
MANUAL FÖR PSYKOSOCIALT STÖD TILL ASYLSÖKANDE

LÄKARE UTAN GRÄNSERS INTERVENTIONSMODELL

► Introduktion.....	7
► KAPITEL 1 - ALLMÄN ÖVERSIKT AV PSYKISK HÄLSA HOS ASYLSÖKANDE.....	8
1.1. Introduktion.....	8
1.1.1 Asylsökande och flykting: definitioner.....	8
1.2 Vad är psykisk hälsa?.....	8
1.2.1 Psykiska sjukdomar: prevalens-incidens.....	9
1.3 Konsekvenser av att tvingas på flykt.....	10
1.3.1 Utsatthet för trauma och riskfaktorer för psykisk ohälsa.....	10
1.3.2 Prevalens av psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar.....	12
1.4 Hinder för psykiatrisk vård.....	13
► KAPITEL 2 - DET SVENSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET FÖR ASYLSÖKANDE.....	15
2.1 Allmän översikt över Sveriges mottagningssystem.....	15
2.1.1 Lagändringar.....	15
2.1.2 Myndigheters ansvar.....	16
2.2 Hälso- och sjukvårdssystemet för asylsökande.....	17
2.2.1 Tillgång och rätt till sjukvård för asylsökande.....	17
2.2.2 Hälsoundersökningar.....	18
2.2.3 Psykiatrisk vård.....	19
2.2.4 Brister i identifieringen och tillhandahållandet av sjukvård och specifika brister inom psykiatrisk vård.....	20
► KAPITEL 3 - INTERVENTIONSMODELL.....	22
3.1 Introduktion.....	22
3.1.1 Definitioner av psykisk hälsa och psykosocialt stöd.....	22
3.2 Nyckelprinciper för interventionsmodellen.....	23
3.2.1 Mångfacetterat stöd i interventionsmodellen.....	25
3.3 Operativ strategi och aktiviteter.....	26
► KAPITEL 4 - SCREENING AV PSYKISK OHÄLSA.....	28
4.1 Vad är screening?.....	28
4.1.1 Formulär för screening av psykisk ohälsa.....	28
4.1.2 Refugee Health Screener-15.....	28
4.2 Varför genomföra screening av psykisk ohälsa?.....	29
4.2.1 Syfte.....	29
4.3 Vem genomför screeningen?.....	30
4.3.1 Rådgivare.....	30

4.3.2 Kulturtolk.....	31
4.4 Vilken är målgruppen?.....	31
4.5 Hur ska screeningen genomföras?.....	31
4.5.1 Innan screeningsamtalet påbörjas.....	31
4.5.2 De olika stegen i screeningsamtalen.....	34
4.5.3 Resultat.....	35
4.6 Datainsamling.....	36
4.7 Särskilda hänsynstaganden.....	37
4.7.1 Minderåriga.....	37
4.7.2 Asylsökande som riskerar självskada eller suicid.....	37
► KAPITEL 5 – FÖRDJUPAD BEDÖMNING AV PSYKISK OHÄLSA.....	40
5.1. Vad är fördjupad bedömning?.....	40
5.2 Varför genomföra fördjupad bedömning?.....	40
5.2.1 Syfte.....	40
5.3 Vem genomför den fördjupade bedömningen?.....	40
5.4 Vilken är målgruppen?.....	41
5.5 Hur ska bedömningen genomföras?.....	41
5.5.1 Innan den fördjupade bedömningen påbörjas.....	41
5.5.2 Den fördjupade bedömningen steg för steg.....	41
5.5.3 Resultat.....	42
5.6 Verktyg.....	42
5.7 Datainsamling.....	42
5.8 Särskilda hänsynstaganden.....	42
5.8.1 Minderåriga.....	42
5.8.2 Asylsökande som riskerar självskada eller suicid.....	42
► KAPITEL 6 – INDIVIDUELLT STÖDSAMTAL.....	43
6.1 Vad är ett individuellt stödsamtal?.....	43
6.2 Varför ge individuellt stödsamtal?.....	43
6.2.1 Syfte.....	43
6.3 Vem genomför individuellt stödsamtal?.....	43
6.4 Målgrupp.....	44
6.5 Hur ska det individuella stödsamtalet genomföras?.....	44
6.5.1 Preliminära överväganden.....	44
6.5.2 Metoden individuellt stödsamtal.....	45
6.5.3 Interventionens längd och när den bör avslutas.....	47
6.6 Datainsamling.....	48
6.7 Särskilda hänsynstaganden.....	48
6.7.1 Minderåriga.....	48
6.7.2 Asylsökande som riskerar självskada eller suicid.....	48

► KAPITEL 7 – HÄNVISNING	49
7.1 Vad är en hänvisning?	49
7.2 Varför hänvisa?	49
7.2.1 Syfte	49
7.3 Vem hänvisar?	49
7.4 Målgrupp	49
7.5 Hur genomförs en hänvisning?	50
7.5.1 Preliminära överväganden	50
7.5.2 Förberedelser innan en hänvisning ges	50
7.5.3 Att ge en hänvisning när du inte är en vårdgivare	50
7.5.4 Verktyg	52
7.6 Särskilda hänsynstaganden	52
7.6.1 Minderåriga	52
7.6.2 Personer som upplevt våld och tortyr	53
7.6.3 Sexuellt våld och våld i nära relationer	53
► KAPITEL 8 – PSYKOLOGISK FÖRSTA HJÄLPEN	54
8.1 Vad är psykologisk första hjälpen?	54
8.2 Varför ges psykologisk första hjälpen?	55
8.2.1 Syfte	55
8.3 Vem ger psykologisk första hjälpen?	55
8.4 Vilken är målgruppen?	55
8.5 Hur ska hjälpen ges?	55
8.5.1 Förbered – ta reda på mer om situationen	56
8.5.2 Observera, lyssna och länka	56
8.5.3 Ta hand om dig själv och dina kollegor	58
8.6 Verktyg	58
► KAPITEL 9 – PSYKOEDUKATION	59
9.1 Vad är psykoedukation?	59
9.2 Varför genomföra psykoedukation?	59
9.2.1 Syfte	59
9.3 Vem genomför psykoedukationen?	60
9.4 Vilken är målgruppen?	61
9.5 Hur ska psykoedukation ges?	61
9.5.1 Före psykoedukationssessionen: preliminära reflektioner	61
9.5.2 Steg för att hålla en gruppssession med psykoedukation	62
9.6 Verktyg	63
9.7 Särskilda hänsynstaganden	63
9.7.1 Minderåriga	63
9.7.2 Personer som utsatts för tortyr, sexuellt våld och våld i nära relationer	63

► KAPITEL 10 - FÖRÄLDRAUTBILDNING	64
10.1 Vad är föräldrautbildning?	64
10.2 Varför ge föräldrautbildning?	64
10.2.1 Syfte	64
10.3 Vem ger föräldrautbildning?	64
10.4 Vilken är målgruppen?	65
10.5 Hur ska föräldrautbildning ges?	65
10.6 Verktyg	66
► KAPITEL 11 - PSYKOSOCIALA AKTIVITETER	67
11.1 Vad är en psykosocial aktivitet?	67
11.2 Varför utföra psykosociala aktiviteter?	67
11.2.1 Syfte	69
11.3 Vem utför psykosociala aktiviteter?	70
11.4 Vilka är målgrupperna?	70
11.5 Hur ska de psykosociala aktiviteterna utföras?	70
11.6 Verktyg	71
11.7 Exempel på stödgrupper i Sverige	72
► KAPITEL 12 - KULTURELL BRIEFING	73
12.1 Vad är kulturell briefing?	73
12.2 Varför ge kulturell briefing?	73
12.2.1 Syfte	73
12.3 Vem ger kulturell briefing?	73
12.4 Vilken är målgruppen?	74
12.5 Hur ska kulturell briefing ges?	74
12.5.1 Förberedelser	74
12.5.2 Börja sessionen	75
12.5.3 Avsluta sessionen	75
► KAPITEL 13 - HÄLSOINFORMATION	76
13.1 Vad är hälsoinformation?	76
13.2 Varför ge hälsoinformation?	76
13.2.1 Syfte	76
13.3 Vem ger hälsoinformation?	76
13.4 Vilken är målgruppen?	77
13.5 Hur ska hälsoinformation ges?	77
13.5.1 Förberedelser	77
13.5.2 Genomföra informationsmötet	78
13.5.3 Avsluta informationsmötet	78
13.6 Verktyg	78

13.7 Särskilda hänsynstaganden.....	79
13.7.1 Minderåriga.....	79

► KAPITEL 14 – PSYKOSOCIALT STÖD FÖR PERSONAL OCH VOLONTÄRER.....	80
14.1 Vad är psykosocialt stöd?.....	80
14.2 Varför ge psykosocialt stöd?.....	80
14.2.1 Huvudsakliga risker för personalens och volontärers psykosociala hälsa.....	80
14.2.2 Syfte.....	81
14.3 Vem ger psykosocialt stöd?.....	81
14.4 Vilken är målgruppen?.....	82
14.5 Hur ska psykosocialt stöd ges?.....	82
14.5.1 Förebyggande åtgärder: inriktning på stressfaktorer.....	82
14.5.2 Känslomässigt stöd.....	83

► BILAGOR

BILAGA 1: *Formulär för screening av psykisk ohälsa*

BILAGA 2: *Arbetsbeskrivning rådgivare*

BILAGA 3: *Arbetsbeskrivning kulturtolk*

BILAGA 4: *Formulär för fördjupad bedömning*

BILAGA 5: *Mall för hänvisningsrapport*

BILAGA 6: *Psykoedukationsprogram*

BILAGA 7: *Föräldrautbildning för asylsökande och nyanlända flyktingar*

Samtliga bilagor finns att läsa och ladda ner på

www.lakareutangranser.se/manual-psykosocialt-stod-asylsokande

FÖRFATTARE: Jenny Gustafsson, Gaia Quaranta, Isabelle Sandberg.

FAKTA- OCH SPRÅKGRANSKNING: Sylvie Fagard Sultan, Rosa Crestani, Yasmine Al Kourdi, Barbara Laumont, Francesca Zuccaro, Tomas Thiels, Matti Ek och Åsa Nyquist Brandt.

INTRODUKTION

Den här manualen ger en praktisk översikt av Läkare Utan Gränsers interventionsmodell för psykosocialt stöd, som implementerades i ett projekt för asylsökande i Sverige mellan augusti 2016 och augusti 2017. Modellen bygger på Läkare Utan Gränsers långa erfarenhet av insatser för flyktingars, migranternas och asylsökandes psykiska hälsa världen över, men har anpassats till en svensk kontext och vävts samman med kunskap och verktyg från andra relevanta aktörer.

Modellen har ett preventivt fokus och är inriktad på asylsökandes förmåga till återhämtning och att klara av påfrestningar. Den grundläggande principen är att psykosocialt stöd i ett tidigt skede kan förbättra individens psykiska välmående och förhindra att psykisk ohälsa förvärras. För att åstadkomma detta innehåller modellen en rad olika typer av kompletterande stöd, som screening av psykisk ohälsa, individuella stödsamtal, gruppstöd samt psykosociala aktiviteter.

Manualen består av 14 kapitel. De första tre kapitlen ger en allmän översikt av psykisk hälsa hos asylsökande, det svenska hälso- och sjukvårdssystemet samt en beskrivning av modellen. Kapitel 4–13 beskriver de psykosociala aktiviteter som modellen är uppbyggd av. Kapitel 14 handlar om psykosocialt stöd till personal och volontärer.

Manualen är framtagen för att vara en vägledning och inspiration för personer som arbetar med att ge psykosocialt stöd till asylsökande med lindriga till måttliga symptom på psykisk ohälsa. Det kan exempelvis vara personal inom hälso- och sjukvård eller socialtjänsten – som i denna manual motsvaras av rådgivare och kulturtolkar (se kapitel 4 för yrkesbakgrund och ansvarsområden).

En del kapitel kan även användas av personer som arbetar på volontärbasis med att ge stöd till asylsökande, som exempelvis kapitel 8 om psykologisk första hjälpen, kapitel 11 om psykosociala aktiviteter samt kapitel 14 om psykosocialt stöd till personal och volontärer. Tanken är att manualen ska kunna användas i sin helhet men även att varje aktivitetskapitel ska kunna användas för sig. Flera kapitel hänvisar dock till kapitel 4 som handlar om screening av psykisk ohälsa, bland annat de kapitel som behandlar rådgivarnas och kulturtolkarnas roll, förberedelser samt särskilda hänsynstaganden.

Förhoppningen är att Läkare Utan Gränsers interventionsmodell ska kunna implementeras av aktörer inom hälso- och sjukvård, socialtjänsten, civilsamhällesorganisationer och myndigheter för att förbättra det psykosociala stödet till asylsökande i Sverige. Manualen är ett verktyg för att underlätta implementerandet av modellen, eller valda delar av den.

PROJEKTET I SVERIGE

Läkare Utan Gränsers drev mellan augusti 2016 och augusti 2017 ett projekt med fokus på psykosocialt stöd till asylsökande i Sverige i Skaraborg. Läkare Utan Gränsers gav under projektets gång psykosocialt stöd till över 500 personer vid fyra anläggningsboenden och nio HVB-hem i Skaraborgs län. Projektet utmynnade även i rapporten "Ett liv i limbo" som lanserades i januari 2018 och innehåller slutsatser och rekommendationer.

KAPITEL 1

ALLMÄN ÖVERSIKT AV PSYKISK HÄLSA HOS ASYLSÖKANDE

1.1. Introduktion

Under de senaste två decennierna har det globala antalet människor på flykt ökat markant, från 33,9 miljoner 1997 till 65,6 miljoner 2016. Dessa siffror inkluderar 22,5 miljoner flyktingar och 2,8 miljoner personer vilkas asylansökningar ännu inte hade behandlats vid utgången av år 2016. Största delen av den här ökningen tillkom mellan 2012 och 2015, främst som en följd av konflikten i Syrien. Men ökningen beror också på andra konflikter i regionen, som exempelvis i Irak och Jemen, liksom i Afrika söder om Sahara, inklusive Burundi, Centralafrikanska republiken, Kongo-Kinshasa, Sydsudan och Sudan. Vid slutet av 2016 hade ytterligare 2 miljoner asylansökningar lämnats in¹.

1.1.1 Asylsökande och flykting: definitioner

Asylsökande och flyktingar definieras av sin juridiska status².

En **asylsökande** är en person som söker skydd och fristad i ett annat land än hemlandet. I länder med individuellt ansökningsförfarande är en asylsökande en person vars ansökan ännu inte har behandlats slutgiltigt av landet där personen sökt asyl.

En **flykting** är en person som ”med anledning av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin ras, religion, nationalitet, tillhörighet till viss samhällsgrupp eller politiska åskådning befinner sig utanför det land, vari hen är medborgare, samt är ur stånd att eller på grund av sådan fruktan, som nyss sagts, icke önskar att begagna sig av sagda lands skydd”.

Flyktingar och asylsökande flyr eftersom de har utsatts för risker som hotar deras liv och mänskliga rättigheter som exempelvis förföljelse och väpnad konflikt. De har oftast inte möjlighet att planera omständigheterna runt sin flykt eller sin slutdestination. Vidare kan de vara hindrade från att återvända till sitt ursprungsland så länge som situationen som tvingade dem att lämna inte har förbättrats. De utsätts för olika risker för psykisk ohälsa och kan stöta på hinder när det gäller möjligheten att få lämplig vård. Det ökande antalet asylsökande och flyktingar utgör ett väsentligt tryck på samhällstjänster och organisationer i mottagarländerna, inklusive på den psykiatriska vården³.

1.2 Vad är psykisk hälsa?

Världshälsoorganisationens konstitution⁴ och Internationella konventionen om medborgerska och politiska rättigheter⁵ identifierar hälsa, inklusive psykisk hälsa, som en grundläggande rättighet oavsett etnicitet, kön, ålder, religion, politiska åsikter och socioekonomiska förhållanden. WHO:s definition av hälsa lyder: ”hälsa är ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välmående och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet”.

¹ UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global trends: Forced displacement in 2016.

² UNHCR. UNHCR Master Glossary of Terms, June 2006, Rev.1. www.refworld.org/docid/42ce7d444.html (Hämtad 2018-03-28).

³ Bradby H. Et al. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Köpenhamn: WHO:s regionalkontor för Europa, 2015. (Health Evidence Network Synthesis Report 44).

⁴ World Health Organization (WHO). Constitution of WHO: principles. 2018. www.who.int/about/mission/en/ (Hämtad 2018-03-29)

⁵ United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. International Covenant on Civil and Political Rights. www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx (Hämtad 2018-03-29)

Vidare definieras psykisk hälsa som “ett tillstånd av välmående i vilket en individ kan bruka sina egna förmågor, kan hantera livets stressmoment, kan arbeta produktivt och fruktsamt och har möjlighet att bidra till samhället” ⁶. Psykisk hälsa eller “psykiskt välmående” är ett positivt koncept och handlar om mer än frånvaron av psykisk ohälsa. Det omfattar en persons förmåga att hantera påfrestningar och förmåga att fungera väl i sin vardag samt att känna lycka och möjligheten att få ut det mesta av livet.

Psykisk hälsa baseras på interaktionen mellan biologiska faktorer som är kopplade till personens genetiska och fysiskt utmärkande drag, psykiska faktorer vilka är kopplade till personens kognitiva, affektiva och relationella aspekter, samt sammanhangsfaktorer som handlar om förhållandet mellan personen och dennes levnadsmiljö ⁷.

1.2.1 Psykiska sjukdomar: prevalens-incidens

Psykiska sjukdomar står för 13% av den globala sjukdomsbördan och det beräknas att depression kommer att vara den näst största bidragande orsaken till den globala sjukdomsbördan år 2030 ⁸. Den genomsnittliga incidensen av svåra psykiska sjukdomar i en befolkning är 2-3%. Vidare tenderar psykiska sjukdomar att öka i samband med naturkatastrofer och katastrofer orsakade av människor. I humanitära kriser stiger milda eller måttliga

WHO:S BERÄKNING AV PSYKISKA SJUKDOMAR HOS VUXNA SOM PÅVERKATS AV HUMANITÄRA KRISER		
	FÖRE HUMANITÄR KRIS: 12-MÅNADERSPREVALENS [A]	EFTER HUMANITÄR KRIS: 12-MÅNADERSPREVALENS [B]
Allvarlig psykisk sjukdom (t.ex. psykos, svår depression, allvarligt invalidiserande form av ångeststörning)	2% till 3%	3% till 4% [C]
Mild eller måttlig psykisk sjukdom (t.ex. milda eller måttliga former av depression och ångest inklusive milda eller måttliga former av posttraumatiskt stressyndrom)	10%	15% till 20% [D]
Normal oro/andra psykologiska reaktioner (inga sjukdomar)	Ingen uppskattning	Stort procentantal
[A] De uppskattade jämförelsetalen är mediantal från länder som observerats i globala undersökningar om psykisk hälsa. [B] Värdena är mediantal från olika länder. Observerade tal varierar beroende på mätmetod (t.ex. val av mätinstrument) och omständigheter (t.ex. tid som gått sedan den humanitära krisen, sociokulturella faktorer i hanterandet och socialt stöd i samhället, tidigare och pågående utsatthet för motgångar). [C] Det här är en kvalificerad gissning baserad på antagandet att traumatiska händelser och förluster kan bidra till återfall i tidigare stabila psykiska sjukdomar och orsaka allvarligt invalidiserande former av humör- och ångeststörningar. [D] Det är konstaterat att traumatiska händelser och förluster ökar risken för depressioner och ångest, inklusive posttraumatiskt stressyndrom.		

⁶ WHO. Mental health: a state of well-being. 2014. www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html (Hämtad 2018-03-27).

⁷ Läkare Utan Gränser. Mental health policy 2015. Psychosocial and mental health interventions in humanitarian contexts. International working group.

⁸ WHO. Mental Health Key Facts. 2010.

psykiska sjukdomar från 10% till 15-20% och svåra psykiska sjukdomar från 2-3% till 3-4% (se textruta på föregående sida)⁹.

1.3 Konsekvenser av att tvingas på flykt

Asylsökande och flyktingar som anländer till Europa har ofta varit utsatta för krig, förföljelse och/eller extrema påfrestningar i sina hemländer. Många som befinner sig på flykt har dessutom upplevt andra slags påfrestningar i transitländer och tvingats ge sig ut på potentiellt livsfarliga resor. I Sverige är brist på information, osäkerhet angående asylprocess och flyktingstatus, politiska förändringar, ovärdigt och utdraget kvarhållande faktorer som bidrar till stress.

Att tvingas på flykt urholkar de stödjande skyddssystem som fanns före flykten, till exempel sammanhang, vänner eller familj, religion och kultur finns inte längre kvar. Detta gör att en individ står utan stöd och referensramar för att kunna hantera nya omständigheter och livsförutsättningar.

Att tvingas på flykt innebär att den asylsökande måste anpassa sig till nya omständigheter vid flera tillfällen under en kort tidsrymd. Redan existerande sociala problem och problem med psykisk ohälsa riskerar därmed att förvärras. Faktum är att flykt ofta går hand i hand med en tillfällig begränsning i/nedsättning av förmågan att hantera stress och påfrestningar. Det är därför viktigt att individer och grupper får stöd i att återuppbygga sina copingstrategier och stärka resiliens. Samtidigt bör det understrykas att den tillfälliga försämringen av förmågan att hantera stress och påfrestningar inte är ett tecken på psykisk sjukdom. Många stressreaktioner är naturliga sätt för kroppen och sinnet att reagera på stress och ingenting som ska anses onormalt under mycket krävande omständigheter.

Det är viktigt att påpeka att sättet som människor behandlas på, och på vilket sätt de får skydd och stöd, kan förorsaka eller förvärra problem, till exempel genom att undergräva mänsklig värdighet, hindra ömsesidigt stöd och skapa beroenden¹⁰.

1.3.1 Utsatthet för trauma och riskfaktorer för psykisk ohälsa

WHO:s rapport om folkhälsoaspekter på psykisk hälsa bland flyktingar och asylsökande understryker riskfaktorerna för psykisk ohälsa som kan uppkomma före och under flykt och/eller efter vidarebosättning i mottagarlandet¹¹.

RISKFAKTORER FÖRE FLYKT

I sina ursprungsländer kan flyktingar och asylsökande ha upplevt förföljelse, väpnade konflikter och/eller ekonomiska påfrestningar.

Förföljelse av politiska, etniska, religiösa eller andra skäl kan innefatta tortyr, fångenskap, bevittnande av en familjemedlems död och/eller brott mot andra mänskliga rättigheter. Utsatthet för väpnad konflikt kan innefatta allt från bevittnande av förstörelse och död på nära håll till att uppleva ett antal potentiellt traumatiska händelser inklusive tortyr

⁹ WHO & UNHCR. Assessing mental health and psychosocial needs and resources. 2012

¹⁰ UNHCR, IOM & MHPSS.net. A Multi-Agency Guidance Note. Mental health and psychosocial support for refugees, asylum-seekers and migrants on the move in Europe, December 2015..

¹¹ Priebe S., Giacco D. & El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Köpenhamn:WHO:s regionalkontor för Europa, 2016 (Health Evidence Network Synthesis Report 47).

och direkt deltagande i strid. Dessutom ställs vissa individer inför extrema ekonomiska påfrestningar som exempelvis brist på mat, vatten, skydd, sjukvård, utbildning och andra grundläggande behov.

RISKFAKTORER UNDER FLYKT

Att befinna sig på flykt kan innebära risk för fysisk skada inklusive sexuellt våld, smittsamma sjukdomar, utpressning och människohandel. Flyktingar och asylsökande kan utsättas för livshotande situationer när de korsar hav i osäkra båtar, är instängda på tåg eller i lastbilar eller när de går till fots längs osäkra färdvägar. Vidare kan flykten innebära separation från familjemedlemmar och sociala nätverk.

RISKFAKTORER EFTER FLYKT

När flyktingar och asylsökande väl har anlänt till mottagarlandet finns andra riskfaktorer som kan leda till psykisk ohälsa. I vissa fall är väntetiderna för behandlingen av deras asylansökningar långa vilket innebär ett konstant tillstånd av ovisshet. Om en asylansökan avslås eller om rätten att få stanna i mottagarlandet upphör kan personen tas i förvar. Även för dem som erkänts som flyktingar och är berättigade att stanna i mottagarlandet är det ofta en utmaning att till fullo integrera sig i det nya samhället. Som nämndes i WHO-rapporten är de stora riskfaktorerna efter flykt följande:

Ovisshet angående asylansökan är en faktor eftersom juridiskt tillträde till ett land ofta är en lång och oförutsägbart process. Asylsökande som har varit i ett mottagarland en längre period är mer benägna att ha flera olika psykiska hälsoproblem inklusive symptom på posttraumatiskt stressyndrom, depression och ångest, jämfört med de som anlänt mer nyligen.

Att hållas i förvar är något asylsökande kan råka ut för och det kommer allt fler bevis för att förvarstagnning har en stark negativ påverkan på den psykiska hälsan hos asylsökande.

Minskad social integrering har noterats i flyktinggrupper som har låga socioekonomiska förutsättningar (d.v.s. social isolering och arbetslöshet). Dessa faktorer har en långtidsverkande negativ effekt på psykisk hälsa: hos flyktingar som varit vidarebosatta i ett land i mer än fem år kopplades en dålig socioekonomisk situation efter flykt till en större sannolikhet att drabbas av depression.

Flera epidemiologiska studier av olika kulturer och situationer har visat på hög grad av traumaexponering hos människor som tvingats fly. Det finns nu starka bevis för att traumaexponering är en av riskfaktorerna för försämrad psykisk hälsa under längre tid¹². De vanligaste faktorer som går att koppla samman med ett flertal psykiska sjukdomar är högre grad av utsatthet för potentiellt traumatiska upplevelser och svårigheter i livet efter flykt. Detta framkommer i ett flertal studier. Till exempel har Laban m.fl. belyst hur tidigare potentiellt traumatiska händelser inte är den enda orsaken till psykisk ohälsa hos majoriteten av asylsökande och flyktingar. Under asylprocessen är en större del av det känslomässiga lidandet direkt relaterat till pågående stress samt oro och ovisshet inför framtiden¹³.

¹² Silove D., Steel Z. & Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. JAMA, august 2, 2000- Vol 284, No. 5.

¹³ Laban CJ. Et al. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. The Journal of Nervous and Mental Disease., 2005; 193: 825-32

Det finns flera faktorer där sambandet med psykisk ohälsa kan säkerställas: (i) förvar och temporärt skydd som exempelvis tillfälliga uppehållstillstånd verkar vara skadligt för den långsiktiga psykiska hälsan hos flyktingar ¹⁴; (ii) familjer som inte återförenas kan utsättas för större risker för förlängd psykisk ohälsa; (iii) en lång asylprocess har negativ påverkan på den psykiska hälsan ¹⁵; (iv) majoriteten av de som utvecklar akuta stressreaktioner eller posttraumatiskt stressyndrom mår bättre när de känner att de är i en trygg situation, även om symptomen för vissa individer kan finnas kvar under en lång period ¹⁶.

1.3.2 Prevalens av psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar

De senaste tjugo åren har det publicerats en stor mängd litteratur om flyktingar och psykisk hälsa. WHO:s regionalkontor för Europa publicerade 2016 en rapport som sammanfattade forskningen efter ett systematiskt översiktsarbete av den tillgängliga akademiska litteraturen om psykisk ohälsa hos flyktingar, asylsökande och papperslösa ¹⁷. Nedan sammanfattas resultaten. Prevalensen av psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar varierar mellan olika studier. Den stora variationen kan spegla skillnader i prevalens mellan olika flyktinggrupper och sammanhangen i olika mottagarländer. Dessa skillnader kan förekomma eftersom grupperna har olika bakgrund, har varit utsatta för olika typer och grader av riskfaktorer för psykisk ohälsa och i mottagarlandet lever i sammanhang som är mer eller mindre stödjande. Resultaten påverkas även av metodiken som används i respektive studie och variationen i resultat kan spegla skillnader i kvalitet och olika typer av forskningsmetoder.

Generellt sett är studier som rapporterar prevalens av psykisk ohälsa fokuserade på flyktingar och på personer som har anlänt till ett mottagarland under de senaste fem åren (korttidsvidarebosättning). De två största systematiska översiktsstudier och metaanalyser av prevalensen av psykiska sjukdomar ¹⁸⁻¹⁹ studerade enbart flyktingar. Det finns inga systematiska översiktsarbeten av prevalensen av psykiska sjukdomar som specifikt fokuserar på asylsökanden. Generellt sett visar de största studierna att:

PREVALENSEN AV PSYKOTISKA störningar hos flyktingar ligger runt 2%, vilket liknar nivåerna hos den allmänna befolkningen i västländer. Det finns ingen tillgänglig prevalensdata för asylsökande.

SIFFRORNA FÖR FÖREKOMSTEN AV DEPRESSION hos flyktingar och asylsökande liknar förekomsten inom den allmänna befolkningen.

¹⁴ Steel Z. Et al. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188:58-64.

¹⁵ Laban CJ. Et al. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physis health in Iraqui asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 2008; 43: 507-15.

¹⁶ Pottie K. Et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association*. 2011; 183: E824-925

¹⁷ Priebe S., Giacco D. & El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Köpenhamn: WHO:s regionalkontor för Europa. 2016 (Health Evidence Network Synthesis Report 47).

¹⁸ Bogic M., Njoku A. & Priebe S. Long-term mental health of war- refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*. 2015; 15:1.

¹⁹ Fazel M., Wheeler J., & Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systhematic review. *The Lancet*. 2005; 365: 1309-14.

SIFFRORNA FÖR FÖREKOMST AV GENERELL ÅNGEST liknar dem som återfinns hos den allmänna befolkningen i mottagarländerna. I kontrast till detta är prevalensen av posttraumatiskt stressyndrom hos flyktingar (9%) högre än de uppskattade siffrorna för befolkningen i mottagarlandet. Det finns bevis för att prevalensen av posttraumatiskt stressyndrom är ännu högre hos flyktingar och asylsökande som har varit utsatta för potentiellt traumatiska upplevelser.

PREVALENSEN AV DEPRESSION hos flyktingar mer än fem år efter vidarebosättningen är högre än i den motsvarande generella befolkningen i mottagarlandet. Detta har kopplats till ogynnsamma socioekonomiska förhållanden efter flykten.

1.4 Hinder för psykiatrisk vård

Som tidigare identifierats i WHO:s rapporter inom Health Evidence Network ²⁰⁻²¹, stöter flyktingar och asylsökande på ett antal hinder som försvårar möjligheten att söka vård i allmänhet. Sannolikt påverkas också tillgången till och tillhandahållandet av psykiatrisk vård. WHO rapporterar följande faktorer:

Brist på kunskap om juridiska rättigheter och hälso- och sjukvårdssystemet i mottagarlandet.
Flyktingar och asylsökande kan stöta på svårigheter när de försöker ta sig fram i ett hälso- och sjukvårdssystem som är främmande för dem. De saknar kanske kunskap om sina juridiska rättigheter gällande tillgång till vård. Detta kan leda till överanvändning av akut-sjukvård: att man använder dessa tjänster för hälsoproblem som inte är akuta och som skulle kunna hanteras av andra sjukvårdsinstanser. Flyktingar och asylsökande som lider av psykisk ohälsa kanske antar att de inte är berättigade till specialistvård inom psykiatri eller så finner de det för svårt att få tillgång till vården. Anställda inom vården kan också vara ovetande om vilken vård asylsökande och flyktingar har rätt till, vilket kan förhindra eller försena lämplig hänvisning för psykiatrisk vård.

Bristfälliga / Otillräckliga kunskaper i mottagarlandets språk.

Många flyktingar och asylsökande behärskar inte mottagarlandets språk tillräckligt bra, speciellt då de är nyanlända.

Kulturella uppfattningar om psykisk hälsa.

Flyktingar och asylsökande är heterogena grupper med varierande kulturella uppfattningar vilket kan påverka sannolikheten att de söker vård och att psykisk ohälsa upptäcks. Det finns även skillnader i attityden till behandling. Till exempel kan övernaturliga förklaringar till psykisk ohälsa hittas inom specifika etniska grupper. Andra grupper tenderar att betrakta, och därför presentera, sina symptom som fysiska snarare än psykiska problem. Vidare kan det finnas en allmän brist på kunskap runt psykisk ohälsa i vissa grupper.

²⁰ Bradby H. Et al. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Köpenhamn: WHO:s regionalkontor för Europa; 2015 (Health Evidence Network Synthesis Report 44).

²¹ Priebe S., Giacco D., & El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Köpenhamn: WHO:s regionalkontor för Europa; 2016 (Health Evidence Network Synthesis Report 47).

Kulturella förväntningar på vårdpersonal.

Kulturella förväntningar påverkar inställningen till vårdpersonal, till exempel vad gäller status och förmåga att bistå med hjälp. Vissa patienter kan ha höga förväntningar på vårdpersonal eftersom de anses ha hög samhällelig status. Till exempel kan vissa asylsökande ha förhoppningar om att vårdpersonal ska kunna förbättra deras svåra livssituation genom att hjälpa dem bort från ogynnsamma förhållanden, uppdatera dem om asylprocessen eller påverka deras asylansökan.

Brist på tillit till tjänster och myndigheter i mottagarlandet.

Flyktingar och asylsökande kan ha en inneboende brist på tillit till offentliga institutioner. Ofta är detta baserat på upplevelser före flykten, som exempelvis förföljelse och/eller rädsla för att anmälas till myndigheter. Sådana upplevelser före flykt kan göra det svårt för dessa grupper att lita på ett främmande hälso- och sjukvårdssystem och att dela känslig information som har med psykisk hälsa att göra.

Trots att de utmaningar och hinder som diskuterats ovan förekommer överallt finns skillnader mellan länder i hur vårdsystemen är organiserade och vilken hälso- och sjukvård som asylsökande och flyktingar är berättigade till.

KAPITEL 2 innehåller en mer detaljerad beskrivning av situationen i Sverige, hur hälso- och sjukvården organiseras och de olika rättigheterna till och hindren för den psykiatriska vården för asylsökande och flyktingar.

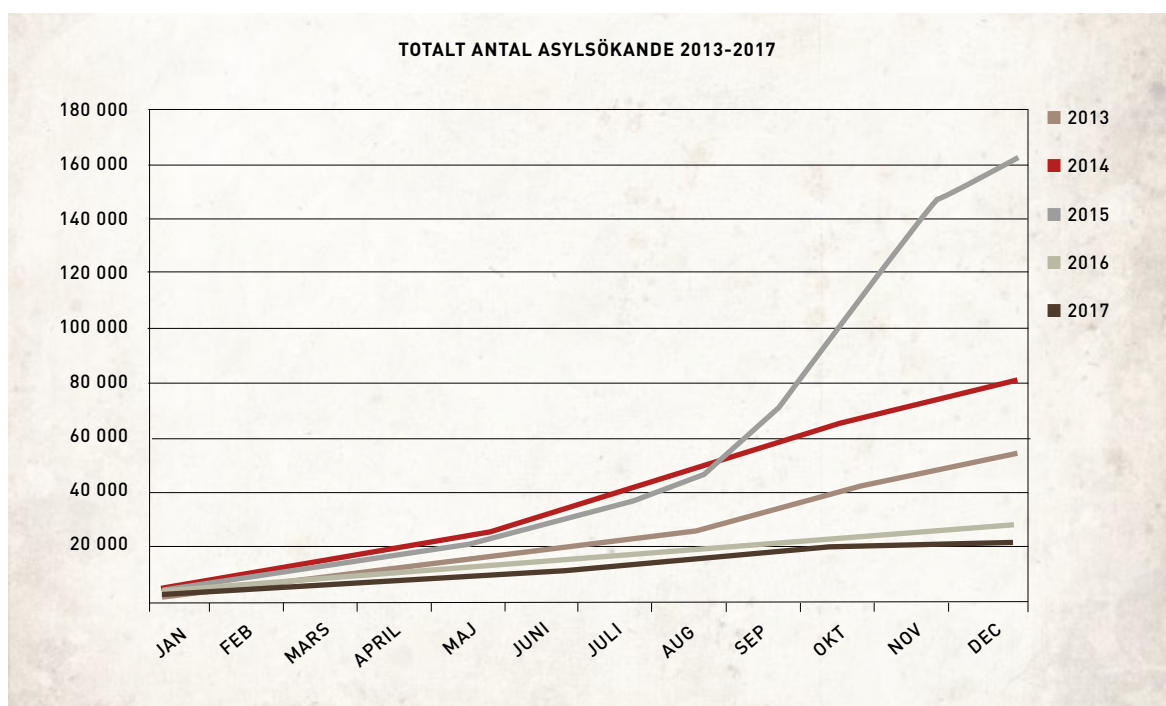
KAPITEL 2

DET SVENSKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET FÖR ASYLSÖKANDE

2.1 Allmän översikt över Sveriges mottagningssystem

Möjligheten att söka asyl är en mänsklig rättighet. Reglerna angående vem som har rätt att söka asyl i Sverige bestäms i utlänningslagen i vilken FN:s flyktingkonvention ingår. De som har flytt till Sverige och söker skydd (asyl) räknas som asylsökande till dess att deras ansökan har behandlats och är slutligt prövad.

Sverige tog emot ett historiskt stort antal asylsökande 2015 då drygt 163 000 personer sökte asyl²². Den 12 november 2015 beslutade den svenska regeringen att tillfälligt återinföra gränskontroller, vilket drastiskt reducerade antalet människor som kunde söka asyl i Sverige. Regeringen har sedan dess vid ett antal tillfällen beslutat att förlänga gränskontrollerna²³. Under 2016 sökte 28 393 personer asyl i Sverige och i november 2017 var motsvarande siffra 21 945 personer²⁴.



2.1.1 Lagändringar

Flera nya lagar instiftades i Sverige under 2016. Sedan 1 juni 2016 har en person som sökt asyl och fått beslut om utvisning inte längre rätt att få bostad eller dagsersättning från Migrationsverket. Familjer med barn under 18 år har fortfarande rätt till ekonomiskt stöd till dess att de lämnar Sverige.

Den 21 juni 2016 antog riksdagen en ny tillfällig lag²⁵ som begränsar asylsökandes

²² Migrationsverket. Statistik. 2018-03-26. www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html (Hämtad 2018-03-27).

²³ Regeringskansliet. Regeringen beslutar att ytterligare förlänga gränskontroll vid inre gräns. 2016-02-04. www.regeringen.se/artiklar/2016/02/regeringen-beslutar-att-ytterligare-forlanga-granskontroll-vid-inre-grans (Hämtad 2018-03-28)

²⁴ Migrationsverket. Statistik. 2018-03-26. www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html (Hämtad 2018-03-27).

²⁵ SFS 2016:752 Lag om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige.

möjligheter att beviljas permanent uppehållstillstånd samt möjligheterna för den sökandes familj att komma till Sverige. Den nya lagen trädde i kraft 20 juli 2016 och ska gälla i tre år. De som är i behov av skydd kommer att beviljas tillfälliga uppehållstillstånd; 13 månaders uppehållstillstånd för personer med så kallat alternativt skyddsbehov och tre år för de som får uppehållstillstånd med flyktingstatus. Om personen fortfarande har skyddsskäl när uppehållstillståndet löper ut kan en förlängning beviljas. Om personen kan försörja sig själv kan ett permanent uppehållstillstånd beviljas. Ensamkommande barn och familjer med barn under 18 år som sökte asyl före 24 november 2015 kan komma att beviljas permanenta uppehållstillstånd. Bara de som har beviljats ett treårigt tillstånd som flykting kommer att kunna ansöka om familjeåterförening. Det finns också ett nytt försörjningskrav vilket betyder att familjemedlemmar endast har rätt till familjeåterförening om personen som beviljats uppehållstillstånd i Sverige kan försörja både sig själv och de familjemedlemmar som ansökan gäller.

2.1.2 Myndigheters ansvar

Migrationsverket har det övergripande ansvaret för mottagandet av asylsökande men kommuner och landsting har vissa uppgifter och visst ansvar.

MIGRATIONSVERKET

Migrationsverket har huvudansvaret för att ta emot asylsökande enligt Lagen om mottagande av asylsökande m.fl.²⁶. Det är Migrationsverket som beslutar om asylansökningar ska beviljas eller ej. Ansvaret innebär också att Migrationsverket ska förse de asylsökande med tillfälliga boenden i de fall de inte har ordnat boende på egen hand, samt administrera ekonomiskt stöd under asylprocessen²⁷. Asylsökande kan välja mellan ett boende som ordnats av Migrationsverket (en delad lägenhet eller på ett anläggningsboende) eller ett eget boende. Vissa boenden är tillfälliga och de asylsökande kan behöva flytta till en annan stad eller region under processens gång.

KOMMUNER

Kommunen har ansvar för förskola, grundskola och gymnasium som påbörjas före 18 års ålder. De har också ansvar för boende och omsorg om ensamkommande asylsökande barn. Kommunen där barnet söker asyl kallas ankomstkommun. I samband med att barnets asylansökan tas emot utser Migrationsverket en kommun som ska ta det långsiktiga ansvaret för barnet, en så kallad anvisningskommun. Socialtjänsten i den aktuella kommunen ansvarar för att barnets behov av boende, stöd och skydd blir tillgodosett inom ramen för socialtjänstlagen. Socialtjänsten är också ansvarig för barnets liv, hälsa och utveckling så länge barnet befinner sig under kommunens ansvar. Varje ensamkommande barn har sin egen socialsekreterare²⁸⁻²⁹. Ensamkommande asylsökande barn tilldelas en god man som juridiskt representerar barnet i vårdnadshavares ställe. I asylprocessen representeras barnen

²⁶ SFS 1994:137. Lag om mottagande av asylsökande m.fl.

²⁷ Migrationsverket. Boende. www.migrationsverket.se/privatpersoner/skydd-och-asyl-i-sverige/medan-du-vantar/boende.html (hämtad 2018-03-29)

²⁸ Socialstyrelsen. Barn och unga i familjehem och HVB. Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter. 2002.

²⁹ Socialstyrelsen. Ett gemensamt ansvar för ensamkommande barn och ungdomar. 2015.

av ett juridiskt ombud som assisterar dem med asylansökan. Ensamkommande asylsökande barn har samma rätt till hälso- och sjukvård som alla barn i Sverige. Till skillnad från vuxna asylsökande har ensamkommande asylsökande barn samma rätt att gå i förskola och grundskola men omfattas inte av skolplikten³⁰⁻³¹. När ensamkommande asylsökande barn fyller 18 år eller får sin ålder uppskriven till 18 år, samt antingen får avslag på sin asylansökan eller ännu inte fått besked om asyl, övergår ansvaret för boende till Migrationsverket. Vissa kommuner har dock tagit fortsatt ansvar för ensamkommande asylsökande barn som fått sin ålder uppskriven under överklagandeprocessen.

Alla som bor i en svensk kommun har rätt att ansöka om ekonomiskt stöd och få sitt ärende individuellt prövat i enlighet med socialtjänstlagen³². Även personer som bor i Sverige utan uppehållstillstånd har enligt socialtjänstlagen rätt till visst bistånd. (Se även 2.2.3 för stöd från socialtjänsten till kvinnor som är brottsoffer).

LANDSTING

Landstingen är ansvariga för asylsökandes hälso- och sjukvård enligt Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.³³(se 2.2.1).

2.2 Hälso- och sjukvårdssystemet för asylsökande

Ansvaret för hälso- och sjukvård ligger i Sverige på 21 landsting (uppdelade i 290 kommuner). Landsting är myndigheter som är ansvariga för vårdcentraler, sjukhus och folktandvården. Socialstyrelsen ligger under Socialdepartementet. Socialstyrelsen instiftar juridiskt bindande föreskrifter och allmänna råd för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården.

2.2.1 Tillgång och rätt till sjukvård för asylsökande

Landstingen är förpliktigade att ge sjukvård baserat på en persons individuella medicinska behov och i enlighet med prioritetsordningen som tillämpas inom sjukvården. Detta gäller alla som befinner sig i Sverige och har ett medicinskt behov av vård. Alla barn under 18 år är enligt lag berättigade till samma sjukvård och tandvård som folkbokförda barn, utan kostnad. Personer med uppehållstillstånd har rätt till samma nivå av sjukvård som svenska medborgare och betalar samma avgifter. Asylsökande och papperslösa i Sverige har rätt till akut sjukvård och tandvård och till "vård som inte kan anstå"³⁴. Denna vård är inte kostnadsfri, alla patienter betalar en grundkostnad för besök hos sjukvården. De olika landstingen beslutar om vilken sorts vård patienterna kan få och för de individuella läkarna finns ett tolkningsutrymme för vad som räknas som "vård som inte kan anstå". Asylsökande och papperslösa har rätt till kostnadsfri mödravård, vård i samband med abort, preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård och vård enligt Smittskyddslagen³⁵.

³⁰ SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

³¹ SFS 2010:800. Skollagen.

³² SFS 2001:453. Socialtjänstlagen.

³³ SFS 2008:433. Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

³⁴ SFS 2008:433. Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

³⁵ SFS 2004:168. Smittskyddslagen.

SKILLNADER I GENOMFÖRANDE MELLAN REGIONER

I skrivande stund har sex landsting beslutat att ge ytterligare vård utöver "vård som inte kan anstå". Fyra landsting – Västmanland, Västerbotten, Södermanland och Gävleborg – har valt att ge vuxna asylsökande och papperslösa utökade rättigheter både inom sjukvård och tandvård. Detta innebär att asylsökande och papperslösa vuxna också har rätt till planerad vård. Vård ges på samma villkor som för resten av befolkningen i länet och avgiften är densamma. Östergötland erbjuder vuxna asylsökande och papperslösa samma tillgång till sjukvård som resten av befolkningen i länet. I Västernorrland har det tagits ett politiskt beslut att utöka förmånerna till att gälla papperslösa men beslutet har ännu inte implementerats. Bakgrunden till besluten har i alla landsting varit etiska och moraliska skäl i kombination med politisk vilja. I underlaget till ett landstingsbeslut beskrivs hur konceptet "vård som inte kan anstå" leder till att etiska principer inte alltid kan följas och speciellt svår att följa är principen om mänsklig värdighet ³⁶.

PATIENTAVGIFTER

Även om patientavgiften är subventionerad är sjukvården för vuxna asylsökande inte kostnadsfri och nedsatta avgifter måste fortfarande betalas för läkarbesök och läkemedel. Dessa avgifter kan innebära ett hinder för att få tillgång till sjukvård. Till exempel är dagersättningen för en ensamstående vuxen 24 kr/dag på boenden där maten ingår och 71 kr/dag på boenden där maten inte ingår. Ett besök på vårdcentralen, ett återbesök, medicinsk vård efter en remiss, akut tandvård och läkemedel på recept kostar 50 kr. Ett besök hos sjuksköterska eller sjukgymnast kostar 25 kr. Avgifterna för akuta besök på sjukhus varierar över landet men kan kosta upp till 400 kr. Sjuktransport kostar 40 kr. Om en asylsökande betalar mer än 400 kr för läkarbesök, sjuktransport eller läkemedel på recept under sex månader kan de ansöka om särskilt bidrag hos Migrationsverket ³⁷. "Fyrahundrakronorsregeln" gäller individuellt för vuxna (tandvård och akut sjukhusvård täcks inte av den här regeln) och gemensamt för syskon under 18.

2.2.2 Hälsoundersökningar

Alla asylsökande bör erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning när de anländer till landstinget, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.³⁸. Hälsoundersökningen har framför allt ett folkhälsofokus, inriktat på att undersöka nyanlända för att upptäcka smittsamma sjukdomar, men rekommendationerna inbegriper också psykisk hälsa. Undersökningarna omfattar:

Ett individuellt hälsosamtal för att få information om personens tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsa, psykosociala situation och erfarenheter av traumatiska upplevelser, vaccinationsbakgrund och för att ge information om den svenska sjukvården.

³⁶ Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Slutrapport 2016.

³⁷ Migrationsverket. Ekonomiskt stöd. www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/Ekonomiskt-stod.html (hämtad 2018-03-29).

³⁸ SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

Blodprov för att upptäcka olika sorters sjukdomar (hepatit A, B & C, hiv, syfilis samt röda hund för gravida) samt undersökning för tuberkulos (tuberkulinprov).

En fysisk undersökning görs endast om något framkommer vid hälsosamtalet eller om blodprovet indikerar något. Om en person lider av någon annan sjukdom blir de hänvisade till det allmänna systemet och till närmaste vårdcentral.

Undersökningarna utförs antingen av en sjuksköterska eller, mer sällan, av en läkare och vanligtvis på en vårdcentral. Vissa län har centraliserat hälsoundersökningarna till ett fåtal primärvårdscentraler medan andra använder både offentliga och privata vårdcentraler. Vid vissa tillfällen besöker vårdpersonal asylboenden och i vissa landsting används mobila team. Hälsoundersökningarna är frivilliga och asylsökande informeras om erbjudandet av hälsoundersökning via brev.

2.2.3 Psykiatrisk vård

Första instansen för att söka hjälp är primärvården. På primärvårdsnivå skiljer sig den psykiatriska vården mellan olika län. Den kan inkludera gruppinterventioner som psyko-
edukation och självhjälsgrupper för att öka motståndskraften (resiliens). På flera vårdcentraler kan det finnas psykologer och/eller kuratorer/terapeuter. Om de har rätt kompetens och expertis kan de erbjuda stöd och behandling, annars ska patienten få remiss till en specialistenhet inom psykiatrin. Till exempel ska behandling av depression påbörjas på primärvårdsnivå, där läkare kan skriva ut antidepressiva medel. Om behandlingen misslyckas kan de remittera patienten till specialistvård. Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer³⁹ för personal inom primärvården för hur de ska bemöta psykisk ohälsa hos flyktingar och asylsökande. De rekommenderar en rad behandlingar för personer med psykisk ohälsa, som exempelvis rådgivning, psykofarmaka och samtalsterapi/psykologisk terapi i kombination med psykoedukation. Specifika åtgärder beslutas och hanteras fortfarande på landstingsnivå.

Det finns olika sätt att få tillgång till specialistvård inom psykiatrin. För vuxna finns ett antal instanser av psykiatrisk specialistvård och öppenvård i varje län. Öppenvårdsmottagningen inom psykiatrin erbjuder behandling för till exempel svår depression, ångest, personlighetssyndrom och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Vid behov kan primärvården ge patienten remiss till öppenvården. Vissa specialistmottagningar inom psykiatrin tar också emot egenremisser. Dock är det fortfarande upp till varje mottagning att tolka vad som inbegrips i "vård som inte kan anstå" för asylsökande. För barn och ungdomar under 18 år finns BUP-mottagningar (Barn- och ungdomspsykiatrisk vård). Remisser till BUP kan komma från primärvården, BVC, socialtjänsten, elevhälsan eller egenremisser.

Vid akuta tillstånd av psykisk ohälsa kan en person uppsöka psykiatrins akutmottagning på sjukhuset. Personen kan eventuellt bli inlagd ett par nätter, dock endast om hen har hög risk för suicid och/eller har remiss till en psykiatrisk vårdavdelning. För att bli inlagd på den psykiatriska vårdavdelningen behöver patienten en remiss från akutmottagningen,

³⁹ Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården. 2015

en somatisk sjukhusavdelning eller från en psykiatriker inom öppenvården. Vissa län har psykiatriska akutteam och mobila team som kan göra hembesök.

PERSONER SOM UPPLEVT VÅLD OCH TORTYR

Det finns ett fåtal behandlingscenter i Sverige som är specialiserade på krigstrauma och tortyr, dit hör sex behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Röda Korsets regi. För asylsökande måste en läkare skriva remiss, personer som har uppehållstillstånd kan dock skriva en egenremiss. I Göteborg, Malmö och Stockholm finns även specialistmottagningar inom primärvården.

I varje kommun ska socialtjänsten erbjuda stöd till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, liksom till barn som utsatts för eller har bevittnat våld. Stödet organiseras av socialtjänsten. Insatsen kan vara både lång- och kortsiktig, eller akut i form av skyddat boende. För att kunna bedöma vilken sorts stöd som är bäst lämpat för en person gör socialtjänsten en kartläggning av individens situation och behov. Socialtjänsten agerar akut och tillhandahåller såväl direkt skydd som långsiktigt stöd. Socialstyrelsen⁴⁰ föreslår att varje socialtjänst ska erbjuda följande stöd:

- Information och råd
- Stödsamtal
- Hjälp att ordna stadigvarande boende
- Stöd i föräldraskap
- Förmedling av kontakt med frivilligorganisationer och andra aktörer
- Hjälp vid kontakt med olika myndigheter, t.ex. Polisen eller Skatteverket
- Hjälp vid kontakt med olika instanser inom hälso- och sjukvården

Rädda Barnen har fyra center för barn och ungdomar i utsatta livssituationer, de finns i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå⁴¹. De har även en stödtelefon.

2.2.4 Brister i identifieringen och tillhandahållandet av sjukvård och specifika brister inom psykiatrisk vård

En rapport från Socialstyrelsen⁴² understryker behovet att hitta bättre sätt att möta behovet av psykiatrisk vård bland asylsökande i Sverige och att "tidiga och förebyggande insatser är nödvändiga för att möta vårdbehovet vad gäller psykisk ohälsa som riskerar att öka med tiden". Vissa slutsatser rapporten tar upp är utmaningen att få tillgång till hälso- och sjukvård och att identifiera behov av psykiatrisk vård:

Utmaningar när det gäller tillgång till vård:

- Brist på information till asylsökande (hur man söker vård/vilken rätt man har till vård) och vårdpersonal (asylsökandes rätt till vård) kan skapa diskussioner om vad asylsökande har rätt till.
- Brist på information kan skada asylsökandes förtroende för vårdinstanser.

⁴⁰ SOSFS 2014:4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.

⁴¹ Rädda Barnen. Centrum för stöd och behandling. www.raddabarnen.se/vad-vi-gor/mer-om-vad-vi-gor/centrum-for-barn-och-ungdomar/ (hämtad 2018-03-27)

⁴² Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Slutrapport 2016.

- Brist på tolkar gör det svårt att ta sig över språkliga och kulturella hinder. Språkförbistringar kan också hindra asylsökande från att boka besök och leda till risker vad gäller patientsäkerhet.
- Tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster varierar i de olika länen vilket blir en utmaning när vård ska ges på lika villkor.

Utmaningar när det gäller att identifiera behov av psykiatrisk vård (vilket kan hindra människor från att bli korrekt diagnostiserade och få lämpligt stöd):

- Brist på samarbete mellan instanser inom vården samt mellan vården och andra instanser gällande identifieringen av vårdbehov.
- Inga specifika screeningverktyg för psykisk hälsa. De frågeformulär som används i hälsoundersökningar och frågorna som gäller psykisk hälsa är olika i olika län. Det finns en risk att alla län inte ställer frågor om psykisk hälsa eftersom många saknar verktyg, kunskap och resurser för att hantera behoven.
- Svårigheter att veta vart personer med symptom på trauma, depression och post-traumatiskt stressyndrom ska remitteras (många remisser skickas tillbaka till primärvården från specialistenheter).
- Psykiatriska specialistvårdenheter har inte möjlighet att hantera alla former av psykiatriska vårdbehov och har inte behörighet att arbeta med förebyggande vård.

Socialstyrelsens rapport tar också upp hur hälso- och sjukvården bättre ska kunna ge vård till berörda grupper (asylsökande och nyanlända flyktingar) och beskriver flera initiativ på både regional och nationell nivå. Rapporten understryker också vikten av att initiera förändringar för att stärka vårdutbudet, däribland åtgärder med syfte att samordna information till och om de berörda grupperna, kapacitetsutveckling för vårdpersonal och annan personal som arbetar med asylsökande, förbättra bedömning och uppföljning av psykisk hälsa hos de berörda grupperna och utveckla speciellt riktade hälsofrämjande program för dessa grupper⁴³.

⁴³ Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Slutrapport 2016.

KAPITEL 3

INTERVENTIONSMODELL

3.1 Introduktion

Det här kapitlet fokuserar på den interventionsmodell som utarbetats av Läkare Utan Gränser för att främja psykisk hälsa och psykosocialt stöd för asylsökande. I kapitlet förklaras nyckelprinciper samt operativ strategi och aktiviteter för interventionsmodellen.

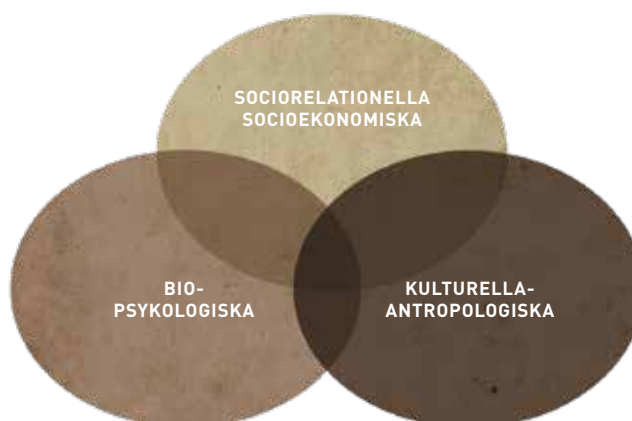
3.1.1 Definitioner av psykisk hälsa och psykosocialt stöd

Enligt FN:s permanenta samordningskommitté (Inter-Agency Standing Committee, IASC) bör termen psykisk hälsa och psykosocialt stöd användas för att beskriva alla typer av lokalt eller internationellt stöd som syftar till att skydda eller främja psykosocialt välmående och/eller förhindra eller behandla psykisk ohälsa ⁴⁴.

Dessa närbesläktade termer speglar olika men samtidigt kompletterande tillvägagångssätt. Tillsammans utgör de ramverket för ett integrerat tillvägagångssätt för att främja psykiskt välmående samt förebygga psykisk ohälsa. Den sammansatta definitionen visar också tydligt kopplingen mellan insatser som riktar sig till den breda allmänheten och fokuserar på att stärka förmågan till återhämtning (resiliens), utveckla lokala stödinsatser och stärka copingmekanismer, samt insatser som riktar sig till den mindre andel av befolkningen som visar påtagliga symptom på psykisk ohälsa och som är i behov av mer specialiserat stöd. Detta speglar en av grundprinciperna i IASC:s riktlinjer, det vill säga behovet av stöd på flera nivåer, som tillgodoser behoven hos olika grupper.

Enligt IASC betonar termen *psykosocial* länken mellan psykologiska och sociala processer och det faktum att båda processer hela tiden interagerar med och påverkar varandra. Aktiviteter för att främja psykisk hälsa liksom psykosociala aktiviteter är sålunda inriktade på länken mellan individuella psykologiska tillstånd, socioekonomiska faktorer, socialt och kollektivt interagerande, händelser och situationer samt de kulturella och antropologiska konstruktionerna runt dessa förhållanden (se figur 1).

DEN PSYKOSOCIALA MODELLEN



⁴⁴ Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidelines on Mental Health and psychosocial support in Emergency Settings. Genève: IASC, 2007.

3.2 Nyckelprinciper för interventionsmodellen

Trots att asylsökandes tillvaro inte kan likställas vid att befinna sig i en humanitär kris är många av de humanitära grundprinciperna relevanta. Interventionsmodellen som här föreslås för att främja psykisk hälsa och psykosocialt välmående hos asylsökande följer dessa grundprinciper. Interventionsmodellen är baserad på praxis och rekommendationer från WHO:s regionalkontor för Europa⁴⁵, riktlinjer från IASC, Multi-Agency Guidance Note liksom på Läkare Utan Gränser erfarenheter av att arbeta med asylsökande och flyktingar runt om i världen.⁴⁶ Nedan följer en översikt av nyckelprinciperna i interventionsmodellen.

Främja en holistisk syn. En holistisk syn på hälsa innebär att varje person betraktas i sin helhet. Den grundläggande principen i helhetssynen är att förstå en persons hälsotillstånd med utgångspunkt i fysiska, psykiska, sociala, kulturella, miljömässiga och andliga faktorer. För att bäst kunna förstå och bemöta en asylsökandes komplexa behov innehåller interventionsmodellen en mängd aktiviteter, strategier och kompletterande stöd. Därför är samarbete med vårdpersonal, socialtjänst, familjeenheter, personal som arbetar med asylsökande, volontärer och organisationer i det civila samhället av mycket stor vikt.

Etablera ett multidisciplinärt integrerat samarbete mellan yrkesgrupper. Forskning har visat att i nästan alla västländer har uppdelningen inom vårdsystemet varit ett enormt problem för marginaliserade grupper som asylsökande och flyktingar. Målet med den här interventionsmodellen är att etablera ett solitt nätverk bestående av hälso- och sjukvården, lokala myndigheter, organisationer och volontärer som på olika sätt arbetar med asylsökande och flyktingar för att bäst kunna möta deras behov. Detta innebär att samarbete, koordination, kommunikation och att dela med sig av erfarenheter är grunden för arbetet.

Etablera uppsökande verksamhet för att aktivt nå grupper av asylsökande på de olika platser där de har tagits emot (t.ex. egna boenden, anläggningsboenden och hem för ensamkommande asylsökande barn). Den uppsökande verksamheten ska sträva efter att lägga grunden för en tillitsfull relation, ge information och stöd, identifiera personer med psykisk ohälsa, upprätta den första kontakten med vårdpersonal i mottagarlandet och hjälpa de asylsökande att övervinna hindren för att få hjälp inom den ordinarie vården för sina fysiska och psykiska problem.

Behandla människor med värdighet och respekt och stärka förmågan att känna självtillit. Det är viktigt att bistå med insatser på ett värdigt sätt med respekt för personens autonomi och integritet. Alla har rätt att bli behandlade på ett rättvist och icke-diskriminerande sätt. I den här interventionsmodellen har asylsökande blivit tillfrågade och lyssnade på för att deras behov ska kunna identifieras och för att de aktivt ska bli involverade i de föreslagna aktiviteterna. Syftet är att bibehålla en känsla av egen kontroll, något som annars ofta försvagas av den situation de befinner sig i.

⁴⁵ Priebe S., Giacco D. & El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Köpenhamn: WHO:s regionalkontor för Europa, 2016. (Health Evidence Network Synthesis Report 47).⁶

⁴⁶ UNHCR, IOM & MHPSS.net. A Multi-Agency Guidance Note. Mental health and psychosocial support for refugees, asylum-seekers and migrants on the move in Europe, December 2015.

Humant och stödjande bemötande. Ett av interventionsmodellens mål är att ge stöd och information till personal som arbetar med asylsökande i hur man möter och hjälper människor med psykisk ohälsa och lindrar deras oro när det är möjligt.

Informera om rätt till sjukvård, om hälso- och sjukvårdssystemet samt om tillgång till lokalt stöd. Asylsökande behöver information om hur man får tillgång till dessa tjänster och vilka typer av stöd som finns tillgängliga. Ofta är även vårdpersonal ovetande om vilka rättigheter asylsökande har och därför bör de också få denna information. Informationen bör presenteras på ett sätt som tar hänsyn både till vad som utmärker asylsökande som grupp och vad som kan variera. Skriftlig information, översatt till olika språk, bör också kombineras med muntlig information då inte alla asylsökande är läs- och skrivkunniga.

Relevant psykoedukation för grupper. Asylsökandes flykt präglas ofta av dramatiska händelser, förlust, sorg och smärta. Vanliga symptom är nedstämdhet, ångslan, rädsla och oro. Det är vanligt med sömnproblem samt fysiska symptom som huvudvärk och smärta. Det är därför viktigt att hjälpa asylsökande att förstå att dessa symptom och reaktioner är helt normala med tanke på vad de varit med om, samt erbjuda dem enkla strategier för att hantera oro och svåra känslor.

Underlätta integration och relationer i samhället. Att verka för social integration är en nyckelstrategi för att reducera förekomsten av psykisk ohälsa både kort- och långsiktigt. Detta förutsätter ofta samarbete mellan det civila samhället och volontärsektorn, specialistvården och socialtjänsten. De strategier som används i den här interventionsmodellen syftar till att utveckla asylsökandes sociala nätverk, främja gemenskap med samhället, volontärgrupper och lokala och regionala tjänster samt underlätta för asylsökande att skapa stödgrupper.

Gör interventioner kulturellt relevanta. Asylsökande är en heterogen grupp med olika kulturella bakgrunder. Kultur är en komplex blandning av attityder, beteenden, värderingar, uppfattningar och seder förvärvade av en person som del av ett samhälle och genom utbildning. Många aspekter av den psykiska hälsan kan påverkas av kulturen, exempelvis hur individer från en specifik kultur kommunicerar kring och visar sina symptom, på vilket sätt de hanterar svåra händelser, vilket stöd de får från familj och den närmaste omgivningen och vad som styr deras val av hälso- och sjukvård. För att säkerställa kvalitén på vården bör all vårdpersonal vara uppmärksam, öppensinnad, nyfiken och respektfull inför kulturella skillnader. Att identifiera och öppet bekräfta kulturella skillnader är första steget för att undvika missförstånd, förbättra kommunikation och stiga in i andras kulturella världar.

Erbjud tidig screening av psykisk ohälsa. Modellen innehåller specifika aktiviteter med syfte att upptäcka asylsökande med svårare psykisk ohälsa och hänvisa dem vidare till befintlig vård. Detta kan inkludera personer med tidigare psykiska sjukdomar som återkommit, personer som befinner sig i kris, personer med psykotiska symptom, personer

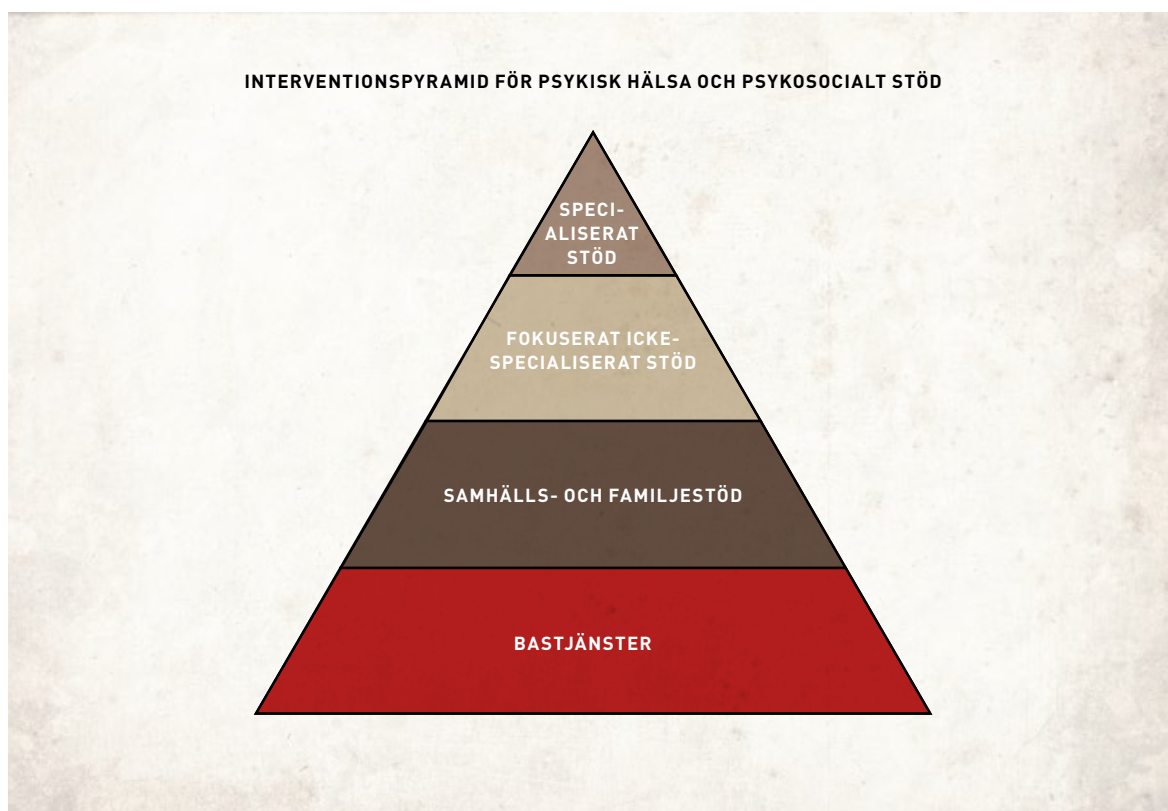
som är oförmögna att fungera i vardagen, personer som riskerar att skada sig själva eller andra, samt personer som missbrukar droger. Asylsökande som uppvisar milda eller måttliga symptom på depression, stress, ångest, trauma eller annan psykisk ohälsa bjuds in att delta i de aktiviteter som föreslås i den här interventionsmodellen.

Utbilda personal i arbetet med asylsökande. Genom att bistå med informationstillfällen för personal som i sitt arbete möter asylsökande och ensamkommande asylsökande barn skapas förutsättningar för en bättre förståelse för de asylsökandes bakgrund och upplevelser och personalen utrustas så att de kan ge bästa möjliga stöd på ett kulturellt lämpligt sätt.

Stödja och hantera välbefinnandet bland personal och volontärer. Se exempel på detta i kapitel 14.

3.2.1 Mångfacetterat stöd i interventionsmodellen

Asylsökande påverkas på olika sätt och behöver olika slags stöd. En viktig utgångspunkt när det gäller insatser för att främja psykisk hälsa och ge psykosocialt stöd, som också är i linje med en av grundprinciperna i IASC:s riktlinjer, är utvecklandet av ett mångfacetterat system som tillgodoser människors behov på olika nivåer. Den här interventionsmodellen strävar efter att tillgodose andra och tredje nivån i pyramiden nedan.



1. BASTJÄNSTER. Det grundläggande välbefinnandet hos asylsökande ska garanteras genom att den personliga säkerheten tillgodoses, samt genom tjänster som tillgodoser basbehov som mat, husrum, vatten och grundläggande hälso- och sjukvård. Dessa tjänster måste tillhandahållas på ett sätt som främjar psykisk hälsa och psykosocialt välbefinnande samt

värdighet. I Sverige är det existerande systemet (Migrationsverket och/eller kommunerna) ansvariga på den här nivån.

II. SAMHÄLLS- OCH FAMILJESTÖD. Den andra nivån består av åtgärder för den mindre grupp asylsökande som kan upprätthålla sin psykiska hälsa och sitt psykosociala välmående om de får hjälp med att få tillgång till samhälls- och familjestöd. Åtgärder som föreslagits i interventionsmodellen är bland annat: aktivering av sociala nätverk och/eller kontakt med organisationer inom det civila samhället, till exempel kvinnogrupper, ungdomsgrupper och stödgrupper, familjerådgivning, psykoedukation i grupp, information om hälso- och sjukvårdssystemet och rätt till vård, stressreducerande psykosociala aktiviteter och information om mottagarlandet för att minska känslan av desorientering och isolering.

III. FOKUSERAT ICKE-SPECIALISERAT STÖD. Den tredje nivån representerar det stöd som behövs för den grupp asylsökande som är i behov av mer fokuserade interventioner på individ-, familj- och gruppnivå. I interventionsmodellen består stödet på den här nivån av psykologisk första hjälpen, individ- eller gruppsamtal samt screening med syfte att tidigt upptäcka psykisk ohälsa. Inom denna nivå ingår även att vid behov hänvisa asylsökande till befintlig vård.

IV. SPECIALISERADE TJÄNSTER. Den översta nivån i pyramiden innehåller stöd för den mindre grupp asylsökande med svårare psykisk ohälsa som är i behov av psykiatrisk vård eller annat specialiserat stöd. Asylsökande som identifieras genom de olika aktiviteter som föreslås i interventionsmodellen hänvisas till specialiserad psykiatrisk vård.

3.3 Operativ strategi och aktiviteter

Interventionsmodellen som föreslås i den här manualen har ett preventivt fokus. Den är också inriktad på individens förmåga till återhämtning och till att klara av påfrestningar (resiliens) genom att betona asylsökandes förmåga att läka. Den grundläggande principen är att fokus på psykisk hälsa och psykosocialt stöd i ett tidigt skede kan förbättra asylsökandes psykiska välmående och förhindra att psykisk ohälsa förvärras.

SYFTE:

- Att lindra psykisk ohälsa, förbättra möjligheten att fungera i vardagen och respektera värdigheten hos asylsökande med psykisk ohälsa
- Att tidigt upptäcka asylsökande i behov av psykiatrisk vård
- Att bedöma och identifiera psykisk ohälsa och psykosociala behov hos asylsökande och erbjuda lämpligt stöd för att främja deras psykosociala välmående
- Att erbjuda stöd till asylsökande för att öka deras copingförmåga, reducera riskfaktorer och minska stress och sårbarhet
- Att hjälpa asylsökande att identifiera sina egna förmågor som skyddar, stödjer och stärker dem (resiliens)

MÅLGRUPP:

Alla asylsökande som upplever lindriga eller måttliga symptom på psykisk ohälsa.

FÖRESLAGNA AKTIVITETER INOM INTERVENTIONSMODELLEN:

- Screening av psykisk ohälsa (kapitel 4)
- Fördjupad bedömning av psykisk ohälsa (kapitel 5)
- Individuellt stödsamtal (kapitel 6)
- Hänvisning (kapitel 7)
- Psykologisk första hjälpen (kapitel 8)
- Psykoedukation (kapitel 9)
- Föräldrautbildning (kapitel 10)
- Psykosociala aktiviteter (kapitel 11)
- Kulturell briefing (kapitel 12)
- Hälsoinformation (kapitel 13)
- Psykosocialt stöd för personal och volontärer (kapitel 14)

KAPITEL 4

SCREENING AV PSYKISK OHÄLSA

4.1 Vad är screening?

Screeningen i den här interventionsmodellen är det första steget i bedömningen om huruvida asylsökande upplever symptom på psykisk ohälsa och görs i form av ett samtal.

Screeningsamtalet utgår från en strukturerad intervjuguide, Formulär för screening av psykisk ohälsa, i vilken även screeningverktyget Refugee Health Screener-15 (13-frågeversionen) ingår.

4.1.1 Formulär för screening av psykisk ohälsa

Formuläret bör fyllas i av rådgivaren. De frågor som ingår i formuläret kan ställas i den ordning de kommer, eller också kan rådgivaren ställa frågorna i en annan ordning om det bedöms som mer lämpligt. Formuläret inkluderar information om livshändelser, stödjande nätverk, sociodemografisk information och resultatet av RHS-15 (13-frågeversionen).

BILAGA 1: Formulär för screening av psykisk ohälsa

4.1.2 Refugee Health Screener-15

Screeningverktyget Refugee Health Screener-15 (RHS-15)⁴⁷ har utvecklats i USA med syftet att fungera som ett validerat, verkningsfullt och effektivt verktyg för att identifiera vanligt förekommande symptom på psykisk ohälsa som ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom hos flyktingar, oavsett status. Det kan användas för personer som är 14 år eller äldre. RHS-15 kan användas av asylsökande när de anländer till mottagarlandet så väl som en tid därefter. RHS-15 kan även användas som ett verktyg för att observera en individs psykiska hälsa över tid.

RHS-15 har 13 symptomfrågor, en copingfråga och en distresstermometer (DT). Syftet med frågorna är att ge en indikation på i vilken utsträckning den asylsökande har besvärats av symptom den senaste månaden. Möjliga svar sträcker sig från 0 = inte alls, till 4 = extremt mycket.

I den här interventionsmodellen har en kortare version med endast de 13 första symptomfrågorna använts – RHS-15 (13-frågeversionen) – eftersom denna kortare version har visat ge ett lika validerat resultat^{48,49}. När verktyget testats i samband med screening av asylsökande, och även vid återkoppling från andra aktörer, tycks copingfrågan vara tidskrävande och svår för många asylsökande att förstå. Dessutom har mervärdet av en distresstermometer (DT) ifrågasatts.

För närvarande finns screeningverktyget RHS-15 översatt och tillgängligt på 16 språk: amhariska, arabiska, burmesiska, dari, franska, karen, kinyarwanda, kubansk spanska,

⁴⁷ Hollifield M. Et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*. 2013. 35:202-209.

⁴⁸ Hollifield M. Et al. Effective Screening for Emotional Distress in Refugees. *The Refugee Health Screener. Journal of Nervous Mental Disease*. 2016. 204:247-253.

⁴⁹ Kaltenbach, E. Et al. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. 8(sup2), 1389205.

mexikansk spanska, nepalesiska, persiska, ryska, somaliska, sorani kurdiska, swahili och tigrinja. En svensk översättning har gjorts av Mittuniversitetet ⁵⁰.

LÄNK TILL SCREENINGVERKTYGET RHS-15 SAMT ANVÄNDARAVTAL MED UTVECKLARNÄN VÄLLNESS (MATERIALET ÄR KOSTNADSFRITT): <https://www.dropbox.com/sh/asbsw52zu7640bm/AACkSxwgxjiZDPCd9iA-fqLqa?dl=0>

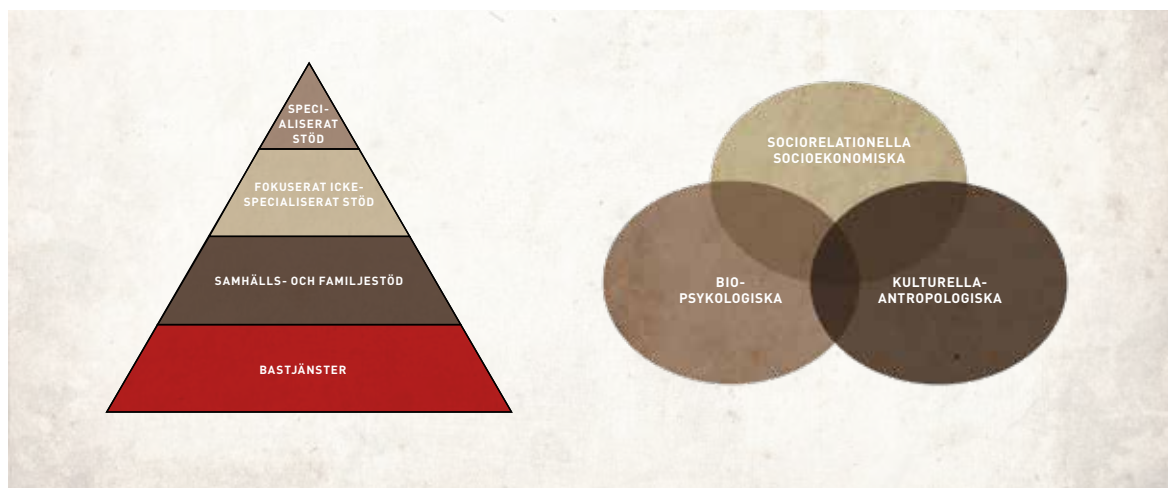
TIDSÅTGÅNG

RHS-15 kan antingen fyllas i av den asylsökande själv eller tillsammans med rådgivaren. Att fylla i själv tar cirka fem minuter. Om den asylsökande fyller i tillsammans med rådgivaren tar det ungefär 15–25 minuter.

4.2 Varför genomföra screening av psykisk ohälsa?

Tidig screening av psykisk ohälsa, liksom en tidig insats vid uppvisade symptom på psykisk ohälsa, ingår inte i standardförfarandet vid asylsökandes ankomst till Sverige och utförs därmed sällan. Samtidigt är sannolikheten stor att asylsökande har bevittnat eller själva upplevt allvarliga trauman och förluster såväl före som under flykten. Många har även genomlevt stora svårigheter efter ankomsten till Europa och Sverige. Därför är det avgörande att på ett tidigt stadium identifiera dem som uppvisar symptom på svårare psykisk ohälsa, innan deras tillstånd försämras ytterligare. Den här interventionsmodellen föreslår screening som ett effektivt sätt att ta reda på förekomst och omfattning av psykisk ohälsa bland asylsökande och därmed göra det möjligt med tidig intervention.

Screeningen kan rymmas inom nivå tre (fokuserat icke-specialiserat stöd) i IASC:s interventionspyramid för psykisk hälsa och psykosocialt stöd (se kapitel 3.3) och i den biopsykologiska cirkeln i den psykosociala modellen (se kapitel 3.1.1).



4.2.1 Syfte

- Att upptäcka symptom på psykisk ohälsa som ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom hos asylsökande.
- Att bedöma och kategorisera omfattningen av psykiska och psykosociala problem och vilka åtgärder som bäst kan möta de asylsökandes behov.

⁵⁰ Leiler, A. Et al. För projektet AMIR-assessment of mental health and early intervention for refugees. Mittuniversitetet. 2017.

- Att identifiera asylsökande som behöver specialiserad bedömning och behandling och hänvisa dem till primärvården eller till specialiserad psykiatrisk vård.

OBS: Syftet är inte att diagnostisera utan att göra en första bedömning. Asylsökande som uppvisar en hög grad av psykisk ohälsa erbjuds en fördjupad bedömning inom interventionsmodellen (se kapitel 5).

4.3 Vem genomför screeningen?

Screening av psykisk ohälsa utförs av en rådgivare och en kulturtolk som har olika roller och kompetensområden.

4.3.1 Rådgivare

PROFESSIONELL BAKGRUND

I den här interventionsmodellen kan rådgivaren ha varierande akademisk bakgrund och professionella meriter. Det är inte obligatoriskt att vara specialiserad inom områden som psykologi och psykiatri (t.ex. psykolog, psykoterapeut eller psykiatriker). För att kunna fungera som professionell rådgivare är det dock viktigt med en utbildningsbakgrund inom socialt arbete (socionom), beteendevetenskap, omvårdnad (sjuksköterska) eller liknande. Inom dessa utbildningar ingår oftast moment som tar upp psykisk hälsa, antingen på en generell eller på en mer specifik nivå. En annan väsentlig förutsättning i rollen som rådgivare är tidigare erfarenhet av att arbeta med asylsökande och/eller flyktingar.

BILAGA 2: Arbetsbeskrivning rådgivare

UPPGIFTER OCH ANSVAR

Under screeningsamtalet är rådgivaren ansvarig för:

- Att leda och utföra screeningen
- Att administrera RHS-15 (13-frågeversionen) om inte personen fyller i själv och att räkna samman resultatet
- Att bedöma om en fördjupad bedömning är nödvändig
- Att bedöma om en omedelbar hänvisning till specialiserad bedömning och behandling är nödvändig
- Att dokumentera väsentlig information

UTBILDNING

Rådgivaren bör ha/införskaffa specifik kunskap och kompetens om:

- Sekretess och tystnadsplikt
- Grundläggande färdigheter inom kommunikation och genomförande av stödsamtal
- Psykologisk första hjälpen
- Grundläggande kunskap om psykisk hälsa och reaktioner på traumatiska upplevelser
- Vanligt förekommande psykiska sjukdomar
- Grundläggande kunskap om psykisk hälsa hos asylsökande och flyktingar
- Att arbeta med tolk och/eller kulturtolk
- Användning av screeningverktyget RHS-15
- Kulturell briefing (se kapitel 12)

4.3.2 Kulturtolk

Professionell bakgrund:

Till följd av olika praxis och utbildningskrav, samt avsaknaden av ett tillsynsorgan, saknar kulturtolkar i europeiska länder en tydlig professionell identitet⁵¹. I den här interventionsmodellen är kulturtolken en person som företrädesvis delar språk och kultur med de asylsökande och/eller har erfarenhet av att ha tvingats fly från sitt hemland. Kulturtolkens utbildnings- och yrkesbakgrund kan variera men en utbildning som översättare och/eller kulturtolk är i högsta grad önskvärd.

BILAGA 3: Arbetsbeskrivning kulturtolk

UPPGIFTER OCH ANSVAR

Kulturtolken är ansvarig för:

- Att bygga en bro mellan rådgivaren och den asylsökande med syfte att förbättra kvalitén på den service som erbjuds och att övervinna språkliga och kulturella skillnader och hinder
- Att säkerställa översättningen mellan rådgivaren och den asylsökande på hans modersmål, att göra rådgivarens ord begripliga för den asylsökande och vice versa
- Att informera rådgivaren om viktiga kulturella aspekter i den asylsökandes bakgrund

UTBILDNING

Kulturtolken bör halinförskaffa specifik kunskap och kompetens inom följande områden:

- Sekretess och tystnadsplikt
- Tolkningsteknik
- Tolkning vid samtal om psykisk hälsa
- Psykologisk första hjälpen
- Att arbeta tillsammans med en rådgivare
- Grundläggande kunskap om begrepp inom psykisk hälsa
- Kunskap om screeningverktyget RHS-15
- Kulturell briefing

4.4 Vilken är målgruppen?

Helst bör alla asylsökande erbjudas en screening av psykisk ohälsa i samband med ankomsten till Sverige. Det är emellertid också möjligt att genomföra screeningen senare. Enligt utvecklarna bakom RHS-15 kan verktyget användas för asylsökande som är 14 år eller äldre⁵².

4.5 Hur ska screeningen genomföras?

4.5.1 Innan screeningsamtalet påbörjas

Vikten av lämplig lokal

Sammanhanget i vilket screeningen utförs är ofta en viktig faktor när det gäller förståelsen för och acceptansen av psykosocialt stöd. Med tanke på det stigma som kan finnas runt

⁵¹ T-SHARE, Transcultural skills for Health and Care. Standard and Guidelines for Practice and Training. 2012.

⁵² Hollifield et al. Pathway to Wellness, Refugee Health Screener 15. Referral script, 2013.

psykiska hälsa är det att föredra om screeningen kan integreras i hälsoundersökningarna och genomföras i en hälso- och sjukvårdsmiljö. Screeningens kan också vara en fristående aktivitet och genomföras i en miljö som inte har med sjukvård att göra, till exempel i ett anläggningsboende för asylsökande. I det senare fallet bör särskild hänsyn tas så att man väljer en diskret plats där sekretess och avskildhet kan garanteras.

Att genomföra screeningen i klientens eget rum rekommenderas absolut inte.

Bygga förtroende

För att stärka förtroendet mellan asylsökande, rådgivare och kulturtolk är det viktigt att förklara för den asylsökande att det sätt på vilket hen beskriver sitt hälsotillstånd och dess konsekvenser kommer att erkännas och tas med i bedömningen. För att uppnå detta krävs en atmosfär som respekterar mångfald och baseras på ömsesidig respekt, i vilken den asylsökandes perspektiv kan utforskas på ett inkännande sätt.

Garanterar sekretess

Förklara för den asylsökande att sekretess garanteras av alla personer som närvarar vid screeningen (rådgivare och kulturtolk) och att ingen information kommer att spridas utan den asylsökandes godkännande.

*Enkla sätt att visa respekt*⁵³

- Den asylsökande kan ha varit med om och/eller bevittnat extrema händelser som upplevts som traumatiska i sitt ursprungsland eller under flykten. Personens förmåga att överleva och övervinna motgångar bör erkännas och visas full respekt. Tänk på att asylsökande inte ska ses som passiva offer.
- Lär dig att uttala den asylsökandes namn korrekt, vid behov med hjälp av kulturtolken.
- Att kunna några ord på den asylsökandes språk kan bidra till att etablera kontakt och förtroende. Ofta kan några fraser som "hej" eller "hur mår du?" bryta isen vid inledningen av screeningen eller den fördjupade bedömningen. Att säga "hej då" på den asylsökandes språk i slutet av mötet är ett bra sätt att avsluta samtalet. Sådana gester är ofta uppskattade. De visar respekt och att personen tas på allvar.
- För att visa respekt rekommenderas att bemötandet är anpassat till den asylsökandes kultur. Olika kulturer har väldigt skilda inställningar exempelvis till att skaka hand med någon (eller, som också kan vara fallet, att inte göra det), att se andra personer i ögonen, liksom till avstånd/närhet i interaktionen mellan personer. Som en regel bör kulturtolken ha kunskap om vad som är korrekt beteende enligt den asylsökandes kulturella bakgrund. Det rekommenderas att rådgivaren frågar kulturtolken om vad som är respektfullt och uppskattat i ett samtal.

Icke-verbal kommunikation

Rådgivaren bör vara medveten om den icke-verbala kommunikationen. Denna är ofta central när det gäller att tolka en persons känslomässiga tillstånd. När ett gemensamt språk saknas blir det desto viktigare att observera den andra. Röstläge, ansiktsuttryck och

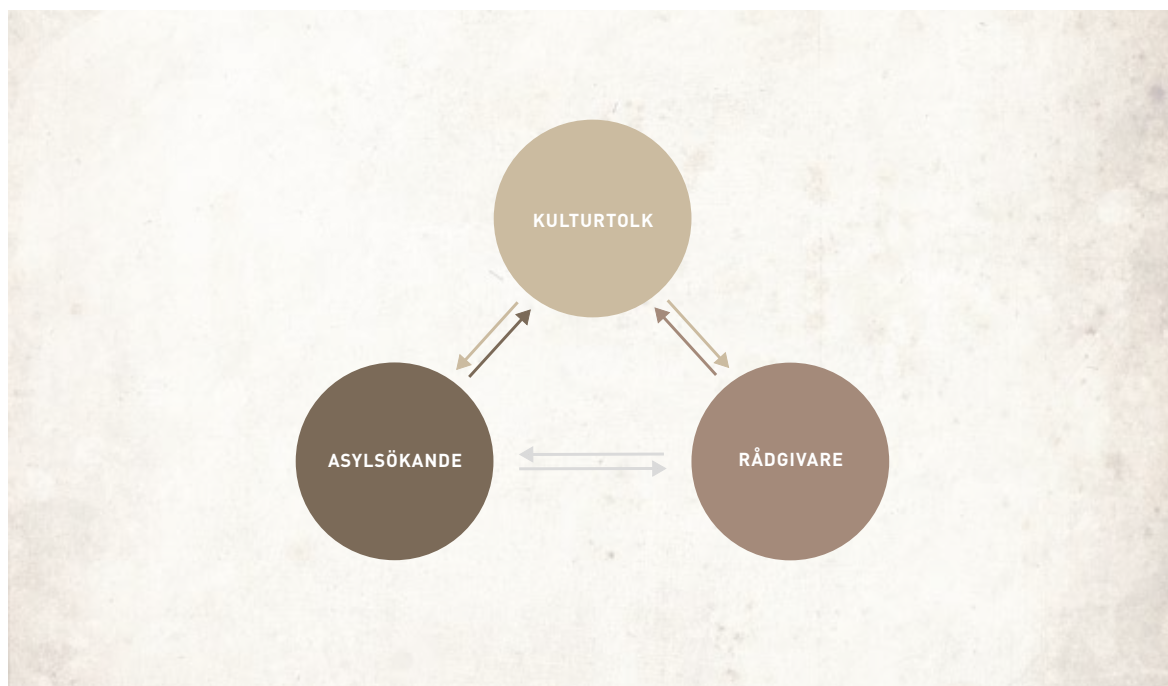
⁵³ Bishoff A. & Loutan L. Other words, other meanings. A guide to health care interpreting in international settings. Genève: HUG, 2008.

rörelser är alla uttryck som bör noteras. Rådgivaren bör också vara medveten om sin egen icke-verbala kommunikation och använda den för att möta den asylsökande.

Rådgivaren bör ta tillvara på de stunder då kulturtolken och den asylsökande kommunicerar för att notera den asylsökandes känslouttryck, gester och hållning. Det här är ett sätt att fånga upp signaler som kan ge bättre förståelse för asylsökandens situation. Icke-verbala kommunikation påverkas av kulturen och sammanhanget personen har levt i. Kulturtolken kan vara behjälplig i att tolka och förklara detta.

Den triangulära stolsplaceringen

Ett förslag är att arrangera stolarna i en triangel vid samtalet. Triangulär stolsplacering bidrar till att klargöra relationer: rådgivaren och den asylsökande kan se direkt på varandra och kulturtolken är i en neutral position och samtidigt involverad i dialogen. Både stolsplaceringen och avståndet mellan stolarna har ett symboliskt värde. Om kulturtolken sitter bredvid rådgivaren isoleras den asylsökande vilket även är fallet om kulturtolken sitter bredvid den asylsökande. En triangulär stolsplacering sätter kulturtolken i en jämlik situation och främjar direkt interaktion mellan rådgivaren och den asylsökande.



ETT EFFEKTIVT SÄTT ATT STÄLLA FRÅGOR

- Rådgivaren bör ställa korta frågor och pausa ofta. Man bör undvika professionell jargong, abstraktioner, dialektala uttryck och talesätt. Det är också viktigt att komma ihåg att vissa uttryck inte existerar på andra språk.
- Det är viktigt att vara försiktig och undvika frågor som kan få den asylsökande att känna sig ifrågasatt (kom ihåg att de ofta redan har upprepat sin historia för Migrationsverket eller andra myndigheter).
- Det rekommenderas att undvika frågor som börjar med ordet “varför” (t.ex. “Varför gjorde du så...”) eftersom det kan ses som en underförstådd anklagelse snarare än en uppriktig fråga.

4.5.2 De olika stegen i screeningsamtalet

STEG	METOD	UTFÖRANDE
STEG 1 Välkomnande och introduktion (sammanhangs- markering)	Introducera dig själv och kulturtolken och förklara vad som kommer att hända under screeningen. Förklara kulturtolkens roll och hur tolkningen kommer att gå till under samtalet. Förklara för den asylsökande att det både är möjligt att säga nej till och att acceptera valet av kulturtolk. Ge den asylsökande information om ungefär hur lång tid screeningen kommer ta och att den kan avbrytas när som helst. Förklara att informationen som delges omfattas av sekretess och att ingen information kommer att föras vidare utan godkännande. Var samtidigt tydlig med dina skyldigheter, till exempel anmälningsplikt kring oro av barn (se 4.7).	Exempel på hur screeningen kan introduceras: “Vi kommer att ställa frågor om hur du mår både i kropp och själ”. “Dessa frågor handlar om sorg, oro, värk och smärta i kroppen och om andra symptom som vissa människor har och som är relaterade till svåra upplevelser, stress hemma eller att tvingas fly till ett nytt land.” Tänk på att asylsökande, på grund av tidigare erfarenheter av förföljelse i sina ursprungsländer, ofta är ovilliga att sätta tillit till och tala om psykisk ohälsa, både med främlingar och inför kulturtolkar eller andra personer från samma område eller ursprungsland.
STEG 2 Första fasen i samtalet - utgå från “Formuläret för screening av psykisk ohälsa.”	Efterfråga generell sociodemografisk information. Om den asylsökande spontant tar upp potentiellt traumatiska händelser i ursprungslandet, under resan eller i mottagarlandet, anteckna dessa i screeningformuläret. Fråga om den asylsökandes sociala stödnätverk.	Observera kroppsspråket. Såvida det inte kommer upp spontant, pressa inte den asylsökande att berätta om traumatiska händelser men ge personen utrymme att ta upp det om hen vill. God praxis är att fråga om den asylsökandes juridiska status vid slutet av samtalet för att på så sätt undvika falska förväntningar och missförstånd.
STEG 3 Administration av RHS-15 (13-frågeversionen)	Introducera screeningverktyget RHS-15 (13-frågeversionen) och förklara vad syftet är. Förklara att den asylsökande kan avbryta screeningen när som helst. Den asylsökande kan antingen fylla i RHS-15 själv eller tillsammans med rådgivaren. Låt den asylsökande själv bestämma vilket som är det bästa alternativet. Om valet är att fylla i det själv, förklara hur man besvarar frågorna och att du sedan kommer att notera resultatet.	Exempel på introduktion till RHS-15: “Vissa asylsökande har symptom i både kropp och själ på grund av de svårigheter de har varit med om och eftersom det kan upplevas som en stressig och utmanande situation att fly till ett nytt land”. “De frågor vi ställer hjälper oss att identifiera personer som har det svårt och som kanske behöver extra stöd.”

STEG 4 Räkna ut resultatet från RHS-15 (13-frågeversionen)	Ta tid på dig att noggrant räkna ut resultatet på RHS-15 (13-frågeversionen). Notera att uträkningen av resultatet kan göras i närvaro av den asylsökande.	Rådgivaren är ansvarig för uträkningen av resultatet av RHS-15 (13-frågeversionen) oavsett om personen fyller i formuläret själv eller tillsammans med rådgivaren.
STEG 5 Utvärdera screeningsamtalet och resultatet av RHS-15	Om den asylsökande har ett resultat som är precis på gränsen eller ovanför gränsvärde (≥ 11 poäng), erbjud personen möjligheten att genomföra en fördjupad bedömning (se kapitel 5). Förklara syftet med en fördjupad bedömning.	Ett högre resultat av RHS-15 indikerar högre grad av symptom på psykisk ohälsa. <i>Se 4.5.3 för erbjudande om fördjupad bedömning</i>
STEG 6 Riskbedömning och hänvisning	Utför en riskbedömning för asylsökande som uppvisar akuta symptom på psykisk ohälsa och som riskerar självskada eller suicid. Vid behov, hänvisa i enlighet med personens psykosociala behov.	<i>Se 4.7.2: Asylsökande som riskerar självskada eller suicid.</i> <i>Se kapitel 7: Hänvisning.</i>
STEG 7 Avslutning	Ägna en stund åt att avsluta samtalet och sammanfatta vad som har diskuterats. Om det är lämpligt, föreslå att den asylsökande deltar i specifika aktiviteter inom interventionsmodellen. Ge den asylsökande din kontaktinformation ifall ytterligare behov uppstår.	

4.5.3 Resultat

Beroende på vad som framkommer under screeningsamtalet och vad resultatet av screeningverktaget RHS-15 visar, kan olika interventioner vara lämpliga. I denna interventionsmodell används endast de första 13 symptomfrågorna av RHS-15, med gränsvärde 11 poäng. Ett högre resultat av RHS-15 indikerar högre grad av symptom på psykisk ohälsa.

Om resultatet av screeningverktaget RHS-15 (13-frågeversionen) är positivt (≥ 11 poäng) är det rekommenderat att föreslå en fördjupad bedömning för den asylsökande. Denna kan genomföras direkt i anslutning till screeningen eller vid en annan bestämd tidpunkt. Detta är i linje med de rekommendationer som utvecklarna av RHS-15 ger, eftersom verktaget anses ge en mycket känslig första bedömning och indikerar endast att vidare bedömning behövs.

Exempel på erbjudande om fördjupad bedömning (anpassad från hänvisningsmanuset som utvecklats av Pathways to Wellness ⁵⁴):

⁵⁴ Hollifield et al. Pathway to Wellness, Refugee Health Screener 15. Referral script, 2013.

“Med tanke på dina svar på frågorna så verkar det som att du har det tufft. Du är inte ensam. Många asylsökande upplever sorg, mycket oro, svåra minnen eller stor stress på grund av allting de har varit med om och eftersom det kan vara svårt att finna sig tillrätta i ett nytt land. Människor som har dessa symptom tycker ibland att det hjälper att få extra stöd. Det här betyder inte att det är något fel på dem eller att de är galna. Ibland behöver människor hjälp att ta sig genom svåra tider. Om du vill kan vi fortsätta prata om din situation nu eller om du föredrar det så kan jag erbjuda dig ytterligare ett samtal där vi bättre kan utvärdera din situation/behov och vilken typ av stöd vi kan erbjuda.”

Om resultatet på screeningverktyget RHS-15 (I3-frågeversionen) är negativt (< 11 poäng), men specifika psykosociala behov upptäckts kan den asylsökande bjudas in att delta i andra aktiviteter som erbjuds inom interventionsmodellen.



4.6 Datainsamling

För att utvärdera screeningen bör data samlas in i en särskild databas. All data är avidentifierad och skrivs in i databasen med en kod för att säkerställa konfidentialitet. För alla asylsökande som screenas dokumenteras allmänna sociodemografiska variabler: ursprungsland, kön, ålder, civilstånd samt eventuell partners vistelseort, juridisk status, datum då de anlände till mottagarlandet, eventuella traumatiska upplevelser i ursprungslandet eller under resan, huruvida en fördjupad bedömning anses behövas samt resultatet av RHS-15. Datainsamling är nödvändig både för vidare analys av data samt utvärdering av interventionen.

⁵⁴ Hollifield et al. Pathway to Wellness, Refugee Health Screener 15. Referral script, 2013.

4.7 Särskilda hänsynstaganden

4.7.1 Minderåriga

RHS-15 kan erbjudas asylsökande som är 14 år eller äldre. För barn under 14 år finns det ett behov av ytterligare forskning kring framtagandet av kulturellt anpassade screeningverktyg. Innan en screening föreslås ska vårdnadshavaren ha informerats och gett sitt samtycke. När screeningen genomförs bör rådgivaren anpassa språket efter den minderårigas ålder. Det kan vara användbart att förbereda andra verktyg, till exempel ritmaterial, i rummet där screeningen ska utföras.

Enligt svensk lag, som baseras på FN:s barnkonvention⁵⁵, är alla personer som möter barn i sitt yrkesutövande skyldiga att anmäla oro till socialtjänsten om det finns farhågor gällande barnets välbefinnande och säkerhet.

4.7.2 Asylsökande som riskerar självskada eller suicid

Interventioner i ett tidigt skede, med fokus på psykisk hälsa och psykosocialt stöd, kan förbättra asylsökandes psykologiska välbefinnande och förhindra att den psykiska hälsan försämras. Det finns många svåra livshändelser som kan göra det svårt för asylsökande att hantera sin situation och som kan leda till omfattande psykisk ohälsa. Till exempel kan det röra sig om avslag på asylansökan, besked om utvisning, uppskrivning i ålder eller att man fyller 18 år (speciellt för ensamkommande asylsökande barn) och som en konsekvens av detta behöva flytta till ett anläggningsboende för vuxna. Det kan också röra sig om att man fått nyheter om att en närstående dött eller drabbats av något svårt, som till exempel att personen blivit fängslad, förföljd eller utsatt för våld. Det finns ett brett spektrum av möjliga reaktioner och känslor som människor kan ha inför ovannämnda livshändelser. Vissa människor kan bli överväldigade eller förvirrade, och/eller känna rädsla, hopplöshet, oro. Det finns också risk för reaktioner som kan leda till självskadebeteende eller risk för suicid. Det är därför viktigt att erbjuda omedelbart stöd och att utvärdera behovet av specialistvård.

INFÖR RISKBEDÖMNINGEN

Försök att få tillräckligt med information som kan hjälpa dig att bättre förstå den specifika situation som den asylsökande upplever. Informationen kan samlas in från personalen som arbetar på anläggningsboendet, socialtjänsten och god man (om ensamkommande), familjemedlemmar och vänner, eller volontärer.

Var uppmärksam på följande:

Vilken är den utlösande händelsen?

Kommer det att bli några förändringar i den asylsökandes vardag? Om hen ska flyttas, vart och när?

STEG I RISKBEDÖMNINGEN

Stegen i denna riskbedömning grundar sig på WHO:s handbok för intervention vid psykisk ohälsa, MhGap⁵⁶, och Läkare Utan Gränsers riktlinjer för stödsamtal⁵⁷. Rådgivaren bör ha

⁵⁵ United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (OHCHR). Convention on the Rights of the Child. www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx (hämtad 2018-03-28).

⁵⁶ WHO. MhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized settings Version 2.0. 2016.

⁵⁷ Läkare Utan Gränser. Guidance for mental health counselling. 2009

fått utbildning i hur riskbedömningen ska genomföras och under genomförandet bör en psykolog finnas tillgänglig för stöd och handledning. Riskbedömningen kan utföras av rådgivaren (beroende på hens nivå av erfarenhet och utbildning) och kulturtolken eller direkt av psykologen och kulturtolken om det inte förekommit någon tidigare kontakt med rådgivaren. Om en psykolog finns tillgänglig är hen förstahandsvalet för att göra en riskbedömning om någon i den asylsökandes omgivning uppmärksammar eventuella varningssignaler.

OBSERVERA: Rådgivaren kan när som helst under en screening/fördjupad bedömning/riskbedömning begära direkt stöd från psykologen, ringa sjukvårdsupplysningen 1177 för råd eller kontakta det mobila psykiaritteamet om ett sådant finns tillgängligt inom det geografiska området.

Riktlinjer för när riskbedömning utförs av rådgivare om psykolog inte är tillgänglig:

STEG	METOD	KOMMENTAR
STEG 1	Introducera dig själv och kulturtolken. Erbjud möjligheten att prata med personen ensam eller tillsammans med andra om personen så önskar. Förklara syftet med denna intervention. Förklara att den information som ges omfattas av tystnadsplikt, men var tydlig med dina skyldigheter (i händelse av risk för självskada/suicid ska du ringa akutsjukvården).	Skapa en trygg och avskild atmosfär för att personen ska kunna dela med sig av sina tankar. Se till att ha gott om tid.
STEG 2	Lyssna noga på den asylsökande utan att pressa hen att prata. Erbjud psykosocialt stöd och hjälp hen att känna sig lugn. Validera den asylsökandes känslor Var uppmärksam på: ■ Allvarligt känslomässigt lidande ■ Hopplöshet ■ Extrem agitation ■ Passivt avstängt beteende ■ Om personen isolerar sig ■ Våldsamt beteende Asylsökande som visar något eller några av de ovan nämnda tillstånden bör tillfrågas om aktuella tankar eller planer på självskada eller suicid.	En del kan känna rädsla inför att fråga om suicid/självskada då man tror att detta kan provocera fram ett försök till suicid/självskada. Detta är felaktigt. Att prata om suicid minskar tvärtom ofta en persons ångest runt självmordstankar, det hjälper personen att känna sig förstådd och öppnar möjligheter att diskutera problemet ytterligare.

STEG 3	Fråga asylsökande om: Aktuella tankar eller planer på att begå suicid eller självskada Historik av tankar eller planer på självskada under den senaste månaden eller utförd självskada under det gångna året.	För att bedöma risken för suicid eller självskada är det viktigt att ta hänsyn till den asylsökandes historia. En person som nyligen har försökt att skada sig är mer sannolik att falla tillbaka till detta beteende i en krissituation.
STEG 4	Om det finns överhängande risk för självskada/suicid är det ditt ansvar att se till att den asylsökande får en professionell bedömning. Genomför följande åtgärder: ■ Lämna inte personen ensam ■ Kontakta 112 och be om hjälp Om den asylsökande är ett ensamkommande asylsökande barn, kontakta 112 och informera därefter vårdnadshavare, boendepersonal och socialtjänst.	En person som är extremt upprörd, våldsam, orolig eller avstängd kan löpa överhängande risk för suicid eller självskada om något av följande är aktuellt: ■ Aktuella tankar, planer eller suicidhandlingar. ■ Historik av tankar eller planer på självskada under de senaste månaderna eller utförd självskada under det senaste året.
STEG 5	Om den asylsökande beskriver svåra känslor eller symptom, men inte riskerar suicid, genomför följande åtgärder: ■ Ge omedelbart psykosocialt stöd, men erbjud inte potentiella lösningar på personens problem och ge inte falska löften ■ Föreslå möjligheten att hänvisa till primärvården eller till specialiserad psykiatrisk vård ■ Erbjud uppföljande stödsamtal.	
STEG 6	Avsätt tid till att avsluta interventionen och sammanfatta de viktigaste ämnena som har diskuterats. Om det verkar lämpligt, föreslå att den asylsökande deltar i specifika aktiviteter inom interventionsmodellen.	

KAPITEL 5

FÖRDJUPAD BEDÖMNING AV PSYKISK OHÄLSA

5.1. Vad är en fördjupad bedömning?

Den fördjupade bedömningen är ett kompletterande steg efter screening av psykisk ohälsa (se kapitel 4). Bedömningen består av en semistrukturerad intervju som varar 45–50 minuter. Den kan hållas direkt efter screeningen med RHS-15 (13-frågeversionen) eller bokas till ett senare tillfälle. Under den fördjupade bedömningen bör man inte endast leta efter symptom utan även undersöka om personen har svårigheter med sociala kontakter samt utvärdera styrkor, copingstrategier⁵⁸ och återhämtningsförmåga (resiliens)⁵⁹.

5.2 Varför genomföra en fördjupad bedömning?

I den här interventionsmodellen görs den fördjupade bedömningen för att undvika under- eller överskattning av psykiska problem hos asylsökande. Bedömningen är inte ämnad att utmyнна i en diagnos gällande psykisk ohälsa – detta kan enbart göras av läkare/ psykologer. Den fördjupade bedömningen ger en bättre förståelse för de asylsökandes psykiska hälsa och förhindrar att man behandlar psykosociala problem som medicinska, vilket annars kan leda till onödig användning av vårdresurser. Den bidrar också till att identifiera psykosociala problem samt symptom på psykisk ohälsa som kräver vidare bedömning och eventuellt behandling av specialist.

5.2.1 Syfte

- Att göra en fördjupad bedömning av psykisk ohälsa som redan upptäckts under screening samt att bilda sig en bättre uppfattning om dess svårighetsgrad.
- Att identifiera asylsökande med behov av förebyggande och hälsofrämjande stöd och psykosociala insatser samt identifiera de som är i behov av bedömning och eventuellt behandling av specialist, vare sig behovet är psykologiskt och/eller psykiatriskt.
- Att samla tillräckligt med information för att vid behov kunna hänvisa personen till specialistvård.

5.3 Vem genomför den fördjupade bedömningen?

I bästa fall bör samma rådgivare och kulturtolk som utförde screeningsamtalet även göra den fördjupade bedömningen. Det rekommenderas att samma team hanterar hela screening-processen för att bygga upp förtroende mellan teamet och den asylsökande.

(Se kapitel 4.3 för mer information om vilken yrkesbakgrund, uppgifter/ansvarsområden och utbildning som krävs för båda dessa profiler)

⁵⁸ Inom psykologin har coping (anpassning) definierats som ”kognitiva och beteendemässiga strategier som ständigt förändras för att hantera specifika yttre och/eller inre påfrestningar som överstiger personens resurser”. Copingmekanismen är således en medveten ansträngning ämnad att lösa personliga och interpersonella problem i ett försök att överkomma, minimera eller tolerera stress och konfliktsituationer. Psykologiska copingmekanismer kallas ofta copingstrategier eller anpassningsförmåga. Omedvetna eller icke-medvetna strategier (såsom försvarsmekanismer) utelämnas generellt.

⁵⁹ Resiliens, eller återhämtningsförmåga, är en dynamisk process genom vilken individen uppvisar positiva beteendemässiga copingmekanismer som svar på motgångar, trauman, tragedier, hot eller stora källor till stress. När det gäller asylsökande skulle resiliens kunna definieras som ”förmågan att upprätthålla eller återfå hälsa och funktionsförmåga trots tidigare upplevelser och att uthärda stressfaktorerna i asylprocessen och problem i sitt dagliga liv (svårigheter efter flykt)”. Laban CJ Resilience-Oriented Treatment of traumatized Asylum Seekers and Refugees. In Schouler-Ocak, M, editor. Trauma and Migration. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatized immigrants. Heidelberg: Springer Verlag, 2015:191-208.

5.4 Vilken är målgruppen?

Alla asylsökande med ett positivt resultat (≥ 11 poäng) av screeningverktöget RHS-15 (13-frågeversionen) eller de som trots negativt resultat (< 11 poäng) anses vara i behov av en fördjupad bedömning. Ett högre resultat av RHS-15 indikerar högre grad av symptom på psykisk ohälsa.

5.5 Hur ska bedömningen genomföras?

5.5.1 Innan den fördjupade bedömningen påbörjas

Se kapitel 4 (4.5.1) för mer information om vikten av att ha en lämplig lokal, att bygga upp förtroende, att bevara sekretess samt enkla sätt att visa respekt och att använda icke-verbal kommunikation.

5.5.2 Den fördjupade bedömningen steg för steg

STEG	METODIK
STEG 1	Använd formuläret "Fördjupad bedömning" för samtalet och ha resultatet av den asylsökandes RHS-15 (13-frågeversion) nära till hands Förklara syftet med den fördjupade bedömningen och ange ungefär hur lång tid den kommer att ta (45–50 minuter) Förklara för den asylsökande att hen när som helst kan avbryta samtalet eller ta en paus Förklara att den information som ges omfattas av tystnadsplikt men var tydlig med dina skyldigheter (se kapitel 4.7 om anmälningsplikt vid oro för barn).
STEG 2	Gör en bedömning av alla de frågor i screeningverktöget RHS-15 (13-frågeversionen) där personen fick höga poäng (svar 3 = "quite a bit" [stämmer ganska väl] och 4 = "extremely" [stämmer mycket väl]).
STEG 3	Fråga om den asylsökandes symptom på psykisk ohälsa, hur länge de har varat, svårighetsgrad och utlösande händelser Be den asylsökande att utvärdera problemets svårighetsgrad samt hens möjlighet att fungera i vardagen.
STEG 4	Om den asylsökande spontant tar upp potentiellt traumatiska händelser i ursprungslandet, under resan eller andra svårigheter i livet efter flykten, anteckna dessa i bedömningsformuläret. Pressa inte personen och ställ inga frågor proaktivt.
STEG 5	Bedöm det befintliga sociala stödet (dvs. vilka personer är viktiga (nära och långt bort) och på vilket sätt ger de sitt stöd till hen).
STEG 6	Bedöm personliga styrkor samt copingstrategier/motståndskraft/risk- och skyddsfaktorer.
STEG 7	Vid behov, skriv en hänvisning (se kapitel 7) utifrån de psykiska och psykosociala behov som identifierats.
STEG 8	Ägna en stund åt att avsluta samtalet och sammanfatta vad som har diskuterats. Om det bedöms som lämpligt, erbjud den asylsökande att delta i olika aktiviteter inom interventionsmodellen. Ge den asylsökande din kontaktinformation ifall ytterligare behov uppstår.

5.5.3 Resultat

Beroende på resultatet av den fördjupade bedömningen kan olika åtgärder vara lämpliga:

- Om allvarliga symptom på svår psykisk ohälsa har identifierats behöver den asylsökande hänvisas till primärvården för vidare bedömning av en specialist. God praxis är att skriva en hänvisningsrapport (se kapitel 7).
- Ifall den asylsökande har behov av förebyggande och hälsofrämjande stödinsatser kan hen erbjudas att delta i passande aktiviteter inom interventionsmodellen.

5.5 Verktyg

Formulär för fördjupad bedömning

Mallen är en semistrukturerad intervjuguide som bör fyllas i av rådgivaren.

BILAGA 4: *Formulär för fördjupad bedömning*

5.6 Datainsamling

För att utvärdera den fördjupade bedömningen bör data samlas in i en särskild databas. All data är oidentifierad och skrivs in i databasen med en kod för att säkerställa konfidentialitet. Rekommendationen är att använda samma mall som för screening (se kapitel 4.6). Datainsamling är nödvändig både för vidare analys av data samt utvärdering av interventionen.

5.7 Särskilda hänsynstaganden

5.7.1 Minderåriga

Den fördjupade bedömningen kan erbjudas asylsökande som är 14 år eller äldre. Barn under 14 år bör hänvisas till specialist inom den befintliga vården. Innan en fördjupad bedömning föreslås ska vårdnadshavare ha informerats och gett sitt samtycke. När den fördjupade bedömningen utförs bör rådgivaren anpassa språket till barnets ålder. Det kan vara användbart att förbereda andra verktyg, till exempel ritmaterial, i rummet där bedömningen ska utföras. Enligt svensk lag, som baseras på FN:s barnkonvention⁶⁰, är alla personer som möter barn i sitt yrkesutövande skyldiga att anmäla oro till socialtjänsten om det finns farhågor gällande barnets välbefinnande och säkerhet.

5.7.2 Asylsökande som riskerar självskada eller suicid

Om rådgivaren bedömer att det finns risk att den asylsökande är en fara för sig själv (självskadebeteende eller suicidal) och/eller andra är rådgivaren förpliktad att kontakta akutsjukvård (Se kapitel 4.7.2).

⁶⁰ OHCHR. Convention on the Rights of the Child. www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx (hämtad 2018-03-28).

KAPITEL 6

INDIVIDUELLT STÖDSAMTAL

6.1 Vad är ett individuellt stödsamtal?

Individuellt stödsamtal i den här interventionsmodellen kan betraktas som en intervention för asylsökande som har svårt att hantera sin vardag på grund av symptom på psykisk ohälsa. Det innebär inte en diagnostisering av psykiska sjukdomar, dock kommer samtalet sannolikt stödja asylsökande med mild eller måttlig psykisk ohälsa och psykosociala problem. Att genomföra ett individuellt stödsamtal är en uppgift som kräver en förmåga att aktivt lyssna, ge känslomässigt stöd och låta de asylsökande formulera och uttrycka sina svårigheter. Det är en process där den asylsökande får möjlighet att identifiera sina egna problem och klargöra sina egna mål med interventionen⁶¹. Syftet med interventionen är att bemöta både psykologiska utmaningar (t.ex. stress, känslor som hjälplöshet eller hopplöshet, rädsla och vrede) och, om möjligt, praktiska problem. Det individuella stödsamtalet är ett komplement till de andra aktiviteterna som föreslås inom ramen för interventionsmodellen.

6.2 Varför ge individuellt stödsamtal?

För att på rätt sätt kunna hjälpa asylsökande, såväl på individnivå som i grupp, att hitta egna copingstrategier och stärka återhämtningsförmågan (resiliensen) krävs det att man tar hänsyn till komplexiteten i deras tillvaro och psykosociala problem⁶². Det är ett välkänt faktum att påtvingad flykt ofta följs av en tillfällig begränsning av förmågan att hantera situationer, inte minst i samband med ackumulerad och pågående stress. Med adekvat stöd, som till exempel individuella stödsamtal, kan de flesta förhindra att deras psykiska ohälsa och psykosociala problem förvärras och därigenom övervinna motgångar och få tillbaka en känsla av välmående.

6.2.1 Syfte

- Att förbättra asylsökandes psykiska hälsa och psykosociala välmående
- Att minska lidande och öka den psykosociala funktionsförmågan
- Att uppmuntra/styrka asylsökandes förmåga att hantera sitt eget känslomässiga lidande och att stärka återhämtningsförmåga (resiliens) och positiva copingstrategier
- Att hjälpa människor att hjälpa sig själva
- Att tillhandahålla löpande stöd och utvärdera behovet av specialiserad bedömning samt fortsatt vård och behandling.

6.3 Vem genomför individuellt stödsamtal?

I den här interventionsmodellen utförs det individuella stödsamtalet av rådgivaren och kulturtolken, med handledning av en psykolog. Helst bör samma rådgivare och kulturtolk som utförde den första screeningen av psykisk ohälsa och den fördjupade bedömningen av en person även genomföra det individuella stödsamtalet. Psykologens handledning består

⁶¹ Läkare Utan Gränser. Trauma guidelines for psychosocial care. 2004.

⁶² För definitioner av coping och resiliens se kapitel 5.1.

av att erbjuda tekniskt stöd till rådgivaren, hjälp i att överbrygga eventuella känslomässiga svårigheter som kan försvåra förhållandet mellan rådgivare och asylsökande, samt ge professionell utbildning för att ytterligare utveckla rådgivarens kompetens⁶³. (Se 4.3 för mer information om den professionella bakgrunden för både rådgivare och kulturtolk.)

6.4 Målgrupp

Målgruppen inom den här interventionsmodellen är asylsökande med mild eller måttlig psykisk ohälsa eller psykosociala problem som kan behöva ett mer riktat individuellt stöd. Behandling av allvarlig psykisk ohälsa ligger utanför vad som omfattas av ett individuellt stödsamtal. Asylsökande som har identifierats lida av allvarlig psykisk ohälsa hänvisas till den psykiatriska vård som finns tillgänglig inom primvården eller specialistvården.

Asylsökande kan få ta del av individuellt stödsamtal efter egenremiss eller hänvisning från andra yrkesgrupper (personal som arbetar på mottagningsenheter, socialtjänsten, god man etc.) eller från volontärer. I majoriteten av fall har de dock identifierats av rådgivare och kulturtolk i samband med den första screeningen eller den fördjupade bedömningen av psykiska ohälsa.

6.5 Hur ska det individuella stödsamtalet genomföras?

6.5.1 Preliminära överväganden

Metoden för individuellt stödsamtal beskrivs i Läkare Utan Gränsers riktlinjer⁶⁴ och har anpassats till sammanhanget i den här interventionsmodellen. Rådgivaren strävar efter att normalisera olika psykosociala reaktioner, uppmuntra såväl uttryck av känslor som förmågan att reglera dem och att bygga upp resiliens och stärka positiva copingstrategier. Rådgivaren stödjer den asylsökande i att stärka befintliga fungerande copingstrategier genom psykoedukation, praktiska råd och genom att hjälpa den asylsökande förstå sina symptom och hur dessa kan påverka vardagen.

Den här metoden baseras på “här och nu”. Individuellt stödsamtal bör inte primärt fokusera på svåra och/eller traumatiska upplevelser före ankomst utan istället uppmärksamma vardagliga levnadsproblem och den varaktiga stress som asylprocessen framkallar⁶⁵. Med utgångspunkt i den asylsökandes besvär kan rådgivaren välja en av sex ansatser för det stödjande samtalet, baserade på Van der Veer⁶⁶. Rådgivare bör använda ett förenklat “diagnostiskt” system för att kategorisera asylsökandes problem inom ett av sex områden:

- Praktiska problem och problem som beror på den svåra livssituation som asylsökande upplever i mottagarlandet/på anläggningsboendet: brist på information och/eller spänningar och konflikter med andra personer (t.ex. andra asylsökande, familjemedlemmar eller personal på boendet).
- Brist på kunskap, till exempel specifik social kompetens som behövs för att skapa ett socialt nätverk i mottagarlandet.

⁶³ Van der Veer G., de Jong KT. & Lanser J. Clinical supervision for counselors in areas of armed conflict. *Intervention – Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*. 2004, 2:118-128.

⁶⁴ Läkare Utan Gränser. Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence: a community based approach. 2011.

⁶⁵ Laban CJ. Resilience-Oriented Treatment of traumatized Asylum Seekers and Refugees. In M Schouler-Ocak, M, editor. *Trauma and Migration. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatized immigrants*. Heidelberg: Springer Verlag, 2015: 191-208.

- Besvär och beteenden relaterade till traumatiska upplevelser eller (extrem) stress. Till exempel: fysiska besvär som en läkare inte kan finna orsaker till, eller symptom som mardrömmar eller oväntade utbrott av ilska.
- Överväldigande känslor som vemod, hopplöshet eller vanmakt.
- Problem som den asylsökande har med sina egna reaktioner. Till exempel självtillit, oförmåga att hantera svåra känslor etc.
- Psykiatriska problem som kräver medicinsk behandling.

Dessa kategorier används för att vägleda det individuella stödsamtalet – de används inte för olika diagnostiska ändamål. Asylsökande uttrycker ofta att de har olika kombinationer av problem som exempelvis praktiska problem och överväldigande känslor. Det är rådgivarens uppgift att, tillsammans med den asylsökande, definiera vilket som är det främsta problemet eller området som påverkar den asylsökandes vardag mest som behöver adresseras. Till exempel ska rådgivaren som arbetar med en asylsökande som upplever överväldigande känslor först använda psykoedukation och normalisera dessa känslor samt understryka att det är hälsosamt att uttrycka dem så länge det sker på ett kontrollerat sätt. Rådgivaren kan hjälpa den asylsökande att uttrycka sina känslor i den här sessionen, ibland genom att använda tekniker som teckning och skrivövningar. Sessionen kommer också fokusera på att hjälpa den asylsökande att bli bättre på att hantera sina känslor. Om det förekommer praktiska problem kan rådgivaren stödja den asylsökande i att finna lösningar och koppla samman personen med externa samhällsstöd, till exempel genom civilsamhällsorganisationer.

6.5.2 Metoden individuellt stödsamtal

Innan ett individuellt stödsamtal inleds är det viktigt att klargöra för den asylsökande vad processen innebär och vad huvudsyftet med interventionen är. Syftet är inte främst att bota psykisk ohälsa utan att stärka copingstrategier och återhämtningsförmåga (resiliens), stärka den asylsökandes autonomi genom psykoedukation och förbättra den sociala kompetensen och kontakten med existerande sociala stödfunktioner. Det är viktigt att vara tydlig angående förväntningar och vilket slags stöd som realistiskt sett kan ges inom interventionsmodellen.

Vilken ansats som är lämpligast beror på den huvudsakliga anledningen till att den asylsökande uppsökte eller hänvisades till ett stödsamtal. Strukturen för varje samtal bör inledningsvis baseras på en kort genomgång av:

- Hur den asylsökande har mått och hanterat sin vardag i allmänhet sedan det senaste besöket. Det ger den asylsökande möjlighet att tala om positiva och/eller svåra upplevelser som uppkommit sedan det senaste mötet.
- Graden av känslomässigt lidande och/eller eventuella förändringar i deras situation.
- De åtgärder som vidtagits för att stötta personen i att övervinna specifika svårigheter (t.ex. tidsbokning hos primärvården, kontakt med socialtjänsten eller god man, kontakt med organisationer inom civilsamhället).

Efter denna korta genomgång kan rådgivaren fokusera på målet med stödsamtalet. På nästa sida följer en schematisk tabell⁶⁷ över strategier för olika psykosociala behov.

⁶⁷ Baserad på: der Veers G. Training counselors in Areas of Armed conflict within a Community Approach. Utrecht: Pharos, 2003.

FOKUS FÖR STÖDSAMTALET	EXEMPEL PÅ SKÄL ATT VÄLJA ETT SPECIELLT FOKUS FÖR STÖDSAMTALET	EXEMPEL PÅ KONKRETA INSATSER OCH/ELLER FOKUS I SAMTALET
PRAKTISKA PROBLEM	Brist på information, hinder för att få tillgång till sjukvårdssystemet eller andra tjänster, otillräckliga kunskaper i språket i mottagarlandet, spänningar och konflikter med andra människor (t. ex. andra asylsökande, familjemedlemmar, personal på anläggningsboendet).	Både muntlig och skriftlig information. Direkt stöd i att övervinna hinder för att få tillgång till olika typer av stöd. Underlätta kontakten med organisationer från civilsamhället eller liknande. Uppmuntra den asylsökande att finna egna sätt att hantera problemen. Reflektera över en upplevelse som nyss inträffat med en annan person. Hjälpa till att se det inträffade från ett annat perspektiv. Ge kulturell information för att öka kunskapen och förståelsen för mottagarlandet.
STRESSRELATERADE BESVÄR	Fysiska besvär för vilka en somatisk läkare inte kan finna orsaker eller symptom som mardrömmar, panikångest eller oväntade utbrott av ilska.	Erbjud psykoedukation för att förstå möjligt ursprung till symptomen. Uppmärksamma och normalisera psykosociala reaktioner. Välj symptom att fokusera på. Öka medvetenheten om självhjälpsstrategier. Bedöm copingstrategier. Stärk de existerande eller introducera nya copingstrategier. Undersök hur individen har hanterat tidigare påfrestningar.
ÖVERVÄLDIGANDE KÄNSLOR	Överväldigande känslor av vemod, hopplöshet, vrede, vanmakt, låg självtillit etc.	Ge känslomässigt stöd och möjliggör uttryckande av känslor i en säker miljö. Erbjud hjälp att uttrycka känslorna (teckna/skriva). Erbjud hjälp att reglera känslorna (med syfte att uppleva och uttrycka känslor på ett kontrollerat sätt).
BRIST PÅ SOCIAL KOMPETENS	Brist på den sociala kompetens som krävs för att bygga nya sociala nätverk i mottagarlandet, och få kontakt med civilsamhället.	Erbjud förslag för att hjälpa till att utveckla kompetensen. Underlätta kopplingen och kontakten med civilsamhällesorganisationer och/eller andra tillgängliga tjänster i mottagarlandet. Uppmuntra den asylsökande att finna egna sätt att lösa problemen.

		Ge kulturell information för att öka kunskapen om och förståelsen för mottagarlandet.
NEGATIV SJÄLV-UPPFATTNING, BRISTANDE SJÄLVTILLIT OCH SKAM	Ihållande negativ självuppfattning, bristande självtillit eller andra känslor som skuld och skam.	Stärk självtilliten och känslan av värde [den kumulativa effekten av stressorer under asylprocessen kan innebära att individen får minskad tilltro till sin egen förmåga att påverka sitt liv]. Arbeta med den asylsökande för att söka efter och sätta nya (uppnåbara) mål. Stärk existerande eller introducera nya copingstrategier. Utforska önskningar som den asylsökande uttryckt, liksom känslor och handlingar.
BEHOV AV PSYKIATRISK VÅRD	Asylsökande med allvarlig psykisk ohälsa	Prioritet måste ges till hänvisningar till specialiserad psykiatrisk vård. I de fall man stöter på hinder vad gäller tillgång till specialiserad vård eller fördröjningar i att erhålla lämplig vård ska grundläggande stöd och uppföljning av den asylsökandes psykiska hälsa garanteras medan man väntar på specialiserad psykiatrisk vård.

6.5.3 Interventionens längd och när den bör avslutas

Individuella stödsamtal ska erbjudas som ett kortsiktigt stöd. Därför ska antalet samtal helst begränsas till max fem men kan också vara färre om den asylsökande mår bättre och inte behöver ytterligare stöd. Sessioner bör helst ske en gång i veckan men rådgivaren kan behöva träffa den asylsökande oftare eller mer sällan beroende på den specifika situationen. Varje samtal kan vara 45–50 minuter, ibland kan dock tolkningen vara så tidskrävande att samtalet tar längre tid än så.

Beslutet att avsluta interventionen fattas av rådgivaren, i samråd med den asylsökande. Detta sker när det definierade problemet lösts eller minskat i omfattning och de överenskomna målen för processen därmed har uppnåtts. Om situationen inte har ändrats finns flera alternativ som kan tas i beaktande:

1. I samråd med den asylsökande kan rådgivaren hänvisa personen till professionell psykologisk hjälp för bedömning och eventuell fortsatt vård.
2. Ytterligare stödjande samtal kan erbjudas.
3. Rådgivaren kan erbjuda möjligheten att göra en uppföljning med den asylsökande vid en specifik tidpunkt i framtiden. I det fallet är det viktigt att komma ihåg att den asylsökande kan komma att flyttas till en annan mottagningsenhet vilket innebär att personens situation bör kontrolleras regelbundet.

6.6 Datainsamling

Alla nya asylsökande som är inskrivna för individuellt stödsamtal återfinns också i en speciell databas (se kapitel 4.6). Kliniska data samlas in vid varje besök av rådgivaren och skrivs in i databasen med en kod för att skydda sekretessen. Datainsamlingen möjliggör monitorering och utvärdering av interventionen.

6.7 Särskilda hänsynstaganden

6.7.1 Minderåriga

Innan individuellt stödsamtal föreslås ska vårdnadshavaren ha informerats och gett sitt samtycke. När den här interventionen utförs bör rådgivaren anpassa sitt språk/sin metodik till den minderårigas ålder. Det kan vara användbart att förbereda andra verktyg, till exempel ritmaterial, i rummet där samtalet hålls. Enligt svensk lag, som baseras på FN:s barnkonvention⁶⁸, är alla personer som möter barn i sitt yrkesutövande skyldiga att anmäla oro till socialtjänsten om det finns farhågor gällande barnets välbefinnande och säkerhet.

6.7.2 Asylsökande som riskerar självskada eller suicid

Om rådgivaren bedömer att det finns risk att den asylsökande är en fara för sig själv (självskadebeteende eller suicidal) och/eller andra är rådgivaren förpliktad att kontakta akutsjukvården (se kapitel 4.7.2).

⁶⁸ OHCHR. Convention on the Rights of the Child. www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx (hämtad 2018-03-28).

KAPITEL 7

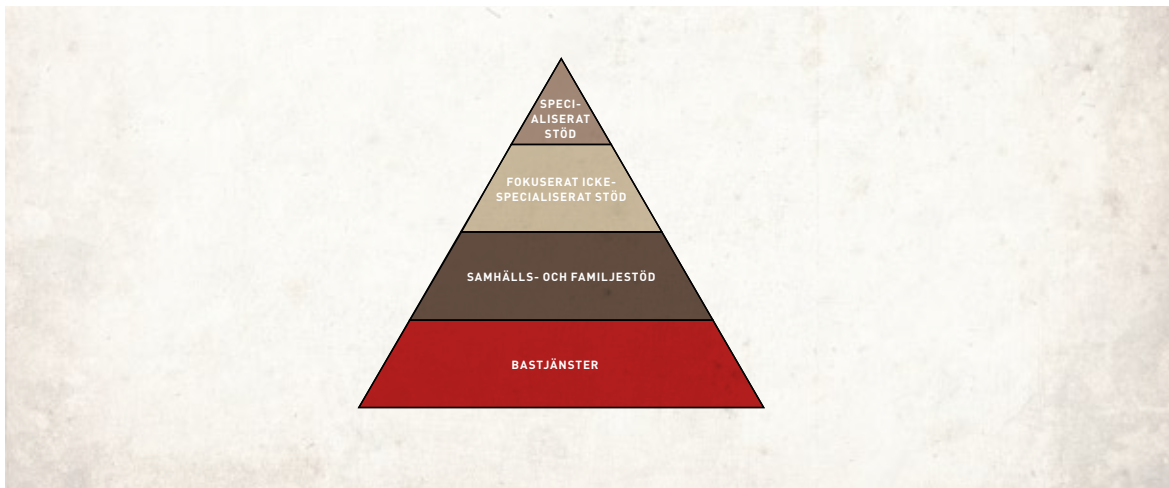
HÄNVISNING

7.1 Vad är en hänvisning?

Att hänvisa är processen där en asylsökande anvisas till en annan instans eftersom personen är i behov av tjänster som ligger utanför expertisen för eller omfattningen av den här interventionsmodellen. En hänvisning kan ske till en rad olika tjänster, till exempel hälso- och sjukvård, specialiserad psykiatrisk vård (t.ex. öppen/slutenvårdspsykiatri eller rehabiliteringscenter för tortyroffer), psykosociala aktiviteter, sociala och juridiska tjänster eller tjänster som ges av volontärer eller civilsamhällesorganisationer.

7.2 Varför hänvisa?

Asylsökande har ofta behov av olika slags stöd. I den här interventionsmodellen är det viktigt att möjliggöra hänvisningar mellan och inom de fyra nivåerna av IACS:s interventionspyramid (se kapitel 3.2.1).



7.2.1 Syfte

- Att hänvisa asylsökande till specifika samhällstjänster för att på bästa sätt möta deras psykosociala behov.
- Att vid behov stötta asylsökande i att övervinna hinder för tillgången till hälso- och sjukvård och specifikt till psykiatrisk vård.

7.3 Vem hänvisar?

Det är rådgivarnas ansvar att, under handledning av en psykolog, identifiera och utvärdera asylsökandes behov och se över olika hänvisningsalternativ.

7.4 Målgrupp

Asylsökande med specifika behov som identifierats under screening av psykisk ohälsa, fördjupad bedömning eller andra aktiviteter inom interventionsmodellen.

7.5 Hur genomförs en hänvisning?

7.5.1 Preliminära överväganden

OBS: Hänvisningsprocessen måste vara kopplad till sammanhanget. Processen och de steg som förklaras i det här kapitlet beskrivs ur perspektivet av den här interventionsmodellen och baseras på det faktum att Läkare Utan Gränser inte betraktas som en vårdgivare i Sverige. Om hänvisningen ges från en vårdgivare till en annan kallas det remiss, hänvisningsprocessen kan då innehålla andra villkor och lokala hänvisningsformulär (remisser).

7.5.2 Förberedelser innan en hänvisning ges

De steg som behöver tas innan en hänvisning kan ges:

1. Identifiera vilken organisation eller instans som kan möta det aktuella behovet.
Identifiera samhällstjänster i det geografiska närområdet som skulle kunna tillgodose personens behov (t.ex. hälso- och sjukvårdssystemet, organisationer från civilsamhället eller aktörer som erbjuder språkundervisning).
2. Kontakta de andra samhällstjänsterna och upprätta en hänvisningskedja. Kontakta de andra samhällstjänsterna i förväg för att ta reda på mer om vilka slags tjänster de erbjuder och deras hänvisningskriterier (t.ex. huruvida den asylsökande själv kan boka besök, om egenremisser tas emot eller om remiss från en läkare/psykolog behövs).
Om möjligt, boka ett möte för att träffa en ansvarig person och upprätta ett samarbete för att underlätta hänvisningar (se också kapitel 2.2.1 om tillgång och rätt till sjukvård för asylsökande).
3. Kartlägg webbsidor med aktuell information om olika tjänster.
4. Ta fram broschyrer/affischer på olika språk som innehåller viktig information om tillgängliga tjänster (t.ex. telefonnummer, adresser, tjänster som erbjuds och hur man bokar en tid). Den skriftliga informationen ska vara klar och koncis. Använd kulturtolken för att få vägledning.

7.5.3 Att ge en hänvisning när du inte är en vårdgivare

STEG	METODIK	KOMMENTARER
STEG 1 BEHOVSBEDÖMNING	Identifiera den asylsökandes psykosociala problem och behov genom screening och fördjupad bedömning. Informera den asylsökande om bedömningen och säkerställ att hen godtar denna.	Om den asylsökande inte håller med om behovsbedömningen kan personen vara ovillig att söka ytterligare vård, gå på besök etc.
STEG 2 GE INFORMATION	Upplys den asylsökande om de tillgängliga hänvisningsalternativen. Ge information om tillgängliga tjänster och förklara för den asylsökande vilken hänvisning du föreslår beroende på vad som erbjuds och finns tillgängligt för asylsökande (dvs. Vilka tjänster ges? Var finns tjänsten? Hur kan den asylsökande komma dit och få hjälp? Varför rekommenderar du hänvisningen?).	Det är lämpligt att ge den asylsökande en skriftlig broschyr, översatt till olika språk, med viktig information om de tillgängliga tjänsterna.

STEG 3 HÄNVISNING TILL HÄLSO- OCH SJUK- VÅRDSSYSTEMET	Vid hänvisning till hälso- och sjukvårdssystemet (av medicinska eller psykiska skäl), bör den asylsökande, förutom informationen som redan föreslagits i steg 2, erhålla information om sina rättigheter (t.ex. rätten till en tolk), kostnaden för tjänsten och de officiella dokument som krävs, till exempel legitimation/LMA-kort.	Sök efter information på officiella webbsidor (i Sverige kan mer information om asylsökandes rätt till sjukvård till exempel hittas på www.1177.se).
STEG 4 EGENREMISS	Uppmuntra den asylsökande att, med hjälp av den information som getts, själv uppsöka tjänsten, t.ex. boka en tid på vårdcentralen. Vissa specialistmottagningar accepterar också egenremisser som ett alternativ till remiss från en läkare.	Kolla med varje samhällestjänst eller mottagning vad som gäller just där <i>Se 7.5.2 förberedelser.</i>
STEG 5 RÅDGIVARENS STÖD I HÄNVISNINGS- PROCESSEN	Om den asylsökande möter svårigheter med att få vård och/eller efterfrågar mer stöd kan rådgivaren hjälpa till och göra en hänvisning å den asylsökandes vägnar. Om den asylsökande går med på hänvisningen, se till att få den asylsökandes samtycke innan information delas med andra och kom överens med den asylsökande om vilken information som kan delas. Hänvisningar kan göras på telefon (hjälpa till att boka en tid), i skrift eller genom att följa med den asylsökande.	Förutsättning: Samla alla kontaktuppgifter du behöver från den asylsökande (t.ex. namn, personuppgifter, aktuellt telefonnummer).
STEG 6A HÄNVISNINGS- RAPPORT	I händelse av hänvisning till primärvård/specialiserad psykiatrisk vård kan det vara lämpligt att skriva en hänvisningsrapport baserad på information som samlades in genom screening och fördjupad bedömning.	Hänvisningskriterier: Personer med redan existerande psykiska sjukdomar, personer med svår psykisk ohälsa, personer med psykotiska symptom, personer som är oförmögna att fungera i vardagen, personer som riskerar att skada sig själva eller andra, som upplevt allvarligt trauma (t.ex. tortyr).
STEG 6B HÄNVISNINGS- RAPPORT	Adressera hänvisningsrapporten "till den det berör" och skriv datum. Inkludera datum då bedömningen av psykisk ohälsa gjordes samt andra relevanta möten med personen i fråga. Skriv en bakgrundssammanfattning med fokus på relevanta livshändelser. Beskriv symptom, graden av funktionsreduktion i vardagen samt övriga förhållanden.	<i>Se 7.5.4: Verktyg.</i>

	Bifoga en kopia på klientens screening-verktyg RHS-15 (se kapitel 4). Skriv under med ditt namn, yrkestitel och kontaktuppgifter.
STEG 7 YTTERLIGARE INFORMATION	Kontakta den asylsökande och ordna ett möte med denne tillsammans med kulturtolken i syfte att säkerställa att all information är korrekt. Vid behov, fyll i ytterligare information eller personens kommentarer. Säkerställ att den asylsökande går med på att gå vidare med den skriftliga hänvisningsrapporten.
STEG 8	Ge en kopia på hänvisningsrapporten till den asylsökande och/eller en kopia till den mottagande instansen (t.ex. primärvården eller specialistmottagning).
STEG 9 UPPFÖLJNING	Gör en uppföljning med den asylsökande och den mottagande instansen för att säkerställa att hänvisningen var framgångsrik och, om den asylsökande har gett sitt medgivande, utbyt information om resultatet. Områden för uppföljning inkluderar: fick den asylsökande det planerade stödet? Vad var resultatet?

7.5.4. Verktyg

BILAGA 5: Mall för hänvisningsrapport

7.6 Särskilda hänsynstaganden

7.6.1 Minderåriga

När det gäller minderåriga, kom alltid ihåg att vårdnadshavaren ska ha informerats och gett sitt samtycke innan en hänvisning ges. I många län/regioner finns det specifika offentliga enheter för minderåriga både inom primärvården och specialistvården, som till exempel ungdomsmottagning, elevhälsan och BUP (Barn- och ungdomspsykiatri). Vissa regioner har också mottagningar som speciellt inriktar sig på asylsökande och flyktingar. Rädda Barnen har fyra center för barn och ungdomar i utsatta livssituationer, de finns i Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå⁶⁹. De har även en stödtelefon. Mer information om närmaste mottagning finns på www.1177.se

Alla asylsökande barn under 18 år är enligt lag berättigade till samma kostnadsfria sjukvård och tandvård som folkbokförda barn (se kapitel 2.2.1 Tillgång och rätt till sjukvård för asylsökande).

⁶⁹ Rädda Barnen. Centrum för stöd och behandling. www.raddabarnen.se/vad-vi-gor/mer-om-vad-vi-gor/centrum-for-barn-och-ungdomar (Hämtad 2018-03-28).

7.6.2 Personer som upplevt våld och tortyr

Det finns ett fåtal behandlingscenter i landet som är specialiserade på krigstrauma och tortyr, till exempel sex behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Röda Korsets regi ⁷⁰. För asylsökande måste en läkare skriva en remiss medan personer med uppehållstillstånd kan skriva en egenremiss. Se organisationens hemsida för specifik information om målgruppen (ungdom och/eller vuxna) och specifik information relaterad till hänvisningen. I Göteborg, Malmö och Stockholm finns även specialistmottagningar inom primärvården.

7.6.3 Sexuellt våld och våld i nära relationer

I varje kommun ska socialtjänsten erbjuda stöd till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, liksom till barn som utsatts för eller som bevittnat våld. Detta stöd organiseras av socialtjänsten och kan vara både kort- och långsiktigt. Stödet kan också sättas in i samband med akuta behov. För att kunna bedöma vilken sorts stöd som är bäst lämpat gör socialtjänsten en kartläggning av individens situation och behov (se kapitel 2.2.3).

⁷⁰ Röda Korset. Behandlingscenter för krigsskadade och torterade. www.redcross.se/kontakt/behandlingscenter (Hämtad 2018-03-28).

PSYKOLOGISK FÖRSTA HJÄLPEN

8.1. Vad är psykologisk första hjälpen?

Psykologisk första hjälpen (Psychological First Aid, PFA) är den metod som rekommenderas av flera internationella expertgrupper, som Världshälsoorganisationen (WHO)⁷¹, Sphere Project och FN:s permanenta samordningskommitté (IASC)⁷² för att ge stöd till människor som påverkats av svåra händelser eller krissituationer. PFA är en evidensbaserad tidig åtgärd för att hantera praktiska och psykosociala behov hos individer, familjer och hela grupper omedelbart efter en katastrof. PFA är ett humant, stödjande och praktiskt sätt att bistå människor som har utsatts för allvarliga stressorer och som kan vara i behov av stöd. Metoden utgör ett ramverk för hur man kan erbjuda stöd med respekt för personens värdighet, kultur och egen förmåga. Trots sitt namn erbjuder psykologisk första hjälpen både socialt och psykologiskt stöd. PFA bör skiljas från psykiatrisk vård. Tillvägagångssättet kräver inte klinisk kompetens. Istället är det ett empatiskt och pragmatiskt sätt att hjälpa personer i nöd att stabiliseras och påbörja sin egen praktiska och känslomässiga återhämtning. PFA har utformats för att vara flexibel och kunna anpassas till olika miljöer, sammanhang, kulturer och behov.

I den aktuella interventionsmodellen är psykologisk första hjälpen en grundläggande del av det föreslagna programmet och har testats och anpassats till den kontext och de psykosociala behov som är specifika för asylsökande. Huvudprinciperna och de övergripande åtgärdsområdena är oförändrade. En viktig skillnad är dock att PFA inte endast erbjuds asylsökande som befinner sig i svår nöd efter att nyligen ha utsatts för en traumatisk händelse. Det riktar sig även till dem som befinner sig i ett tillstånd av kontinuerlig stress i väntan på att deras asylansökan ska behandlas och som kan behöva psykosocialt stöd.

8.2 Varför ges psykologisk första hjälpen?

Beteendevetenskaplig forskning på platser som drabbats av katastrofer ger empiriskt stöd för PFA⁷³. Detta innefattar forskning kring faktorer som påverkar risker och återhämtningsförmåga (resiliens) samt social funktionsförmåga efter en svår händelse, för berörda individer och grupper. PFA är grundad i antagandet att alla människor sedan tidig ålder har förmåga att hantera yttre påfrestningar och är kapabla att återhämta sig från svåra händelser, särskilt om de kan säkerställa grundläggande behov och har tillgång till stöd.

PFA baseras på faktorer som har beskrivits inom katastrofforskning och som tycks vara till störst hjälp när det gäller långsiktig återhämtning. Dit hör:

- Att känna sig trygg, lugn och hoppfull och känna samhörighet med andra
- Att ha tillgång till socialt, fysiskt och känslomässigt stöd
- Att känna sig kapabel till självhjälp, som individ och som grupp.

⁷¹ WHO. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO, 2011.

⁷² Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC, 2007.

⁷³ Hobfall S. Et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. 70 (4), 2007: 283-314.

Experter på området understryker den nyckelroll som sociala insatser har för människors återhämtningsförmåga när de ställs inför svåra händelser, till exempel tillgång till fysiskt, socialt och psykologiskt stöd.

8.2.1 Syfte

PFA har som syfte att minimera graden av lidande och erbjuda stöd med respekt för personens värdighet, kultur och förmåga. Syftet är pragmatiskt och uppbyggt runt praktiska åtgärdsområden.

Enligt WHO PFA Guide (2011) är huvudsyftet med PFA att:

- erbjuda praktiskt stöd utan att vara påträngande
- bedöma behov och orosmoment
- hjälpa människor med deras grundläggande behov
- lyssna på människor utan att pressa dem till att berätta
- trösta människor och hjälpa dem att känna lugn
- hjälpa människor att hitta information, tjänster och socialt stöd
- skydda människor från ytterligare skada
- hjälpa människor att mobilisera sina egna resurser så att de kan återfå en känsla av kontroll
- främja kort- och långsiktig adaptiv funktion och copingförmåga.

Förutom de ovannämnda målen syftar PFA i den här interventionsmodellen till att etablera tillit hos de asylsökande, underlätta den initiala kontakten med tjänstepersoner i mottagarlandet och hjälpa dem att få tillgång till fysisk och psykisk vård.

8.3 Vem ger psykologisk första hjälpen?

Rådande modeller för PFA är utformade för att kunna användas i vilken miljö som helst och av vem som helst för att erbjuda initialt stöd till personer i behov av hjälp. Både yrkesverkssamma och lekmän kan utbildas i PFA. Alla som kommer i kontakt med asylsökande bör i regel ha förmåga och vara utbildade i att ge PFA (t.ex. personal på anläggningsboenden och skolor, volontärer, värdfamiljer, rådgivare, kulturtolkar).

I den här interventionsmodellen är det i regel kulturtolken som ger PFA till de asylsökande som vill ha och behöver den. PFA erbjöds på anläggningsboenden av interventionsteamet.

8.4 Vilken är målgruppen?

Alla asylsökande som är utsatta för känslomässig stress och som kan tänkas behöva eller vilja ha stöd.

8.5 Hur ska hjälpen ges?

WHO:s riktlinjer för PFA bygger på följande åtgärdssteg: förbered, observera, lyssna och länka till annat stöd. I den här interventionsmodellen har dessa steg anpassats till det specifika sammanhanget, det vill säga psykisk hälsa och psykosocialt stöd för asylsökande. Insatsen ska utföras med respekt för personens värdighet, kultur och förmåga.

8.5.1 Förbered – ta reda på mer om situationen

Innan PFA erbjuds, försök införskaffa tillräckligt med information som kan hjälpa dig att förstå situationen bättre och bli mer medveten om de specifika omständigheterna för asylsökande. Fundera på följande frågor:

SAMMANHANG (T.EX. ANLÄGGNINGS- BOENDE)	■ Hur många asylsökande finns på anläggningsboendet? Finns det även andra på boendet med annan juridisk status (t.ex. personer med uppehållstillstånd)? ■ Vilka är de huvudsakliga nationaliteterna? ■ Finns det några utsatta grupper, t.ex. funktionshindrade, äldre, ensamstående föräldrar med barn, ungdomar (t.ex. ensamkommande barn)? ■ Ligger anläggningsboendet i ett isolerat område eller i närheten av en stad?
PSYKISKA OCH PSYKOSOCIALA BEHOV	■ Vilka olika typer av stressframkallande förhållanden finns som kan påverka de asylsökande? ■ Vilka är riskfaktorerna för psykisk ohälsa (se 1.3.1)? ■ Vilka vanliga symptom på psykisk ohälsa finns hos asylsökande? ■ Vilka psykosociala behov har de generellt? ■ Vilka är de huvudsakliga utmaningarna när det gäller arbete med asylsökande?
KULTURELL BAKGRUND	■ Vilken kulturell bakgrund har de asylsökande? ■ Hur närmar man sig människor från olika kulturella bakgrunder på ett respektfullt sätt? ■ Var hittar man mer information om olika kulturer (t.ex. Kulturell briefing – se kapitel 12)?
TILLGÄNGLIGA TJÄNSTER OCH STÖD	■ Vem tillgodoser grundläggande behov? ■ Anordnas det några aktiviteter på boendet? ■ Var och hur får asylsökande tillgång till olika tjänster (primärvård, skola, idrottsklubbar, offentliga bibliotek, språkkurser, juridiska tjänster)? ■ Finns det volontärorganisationer som erbjuder stöd till asylsökande?

8.5.2 Observera, lyssna och länka

De tre grundläggande principerna för PFA är observera, lyssna och länka till annat stöd (se tabell nedan).

GRUNDPRINCIPER INOM PFA⁷⁴

OBSERVERA	➔ Var uppmärksam på säkerhetssituationen. ➔ Notera vilka som har omedelbara behov. ➔ Notera vilka som uppvisar uttalade stressreaktioner.
------------------	---

⁷⁴ WHO. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO, 2011.

LYSSNA	→ Närma dig och ta kontakt med de som behöver stöd. → Fråga om deras behov och om vad som oroar dem. → Lyssna på drabbade och bidra med stöd som lugnar.
LÄNKA	→ Hjälp drabbade med omedelbara behov och länka till stöd. → Stöd drabbade med att hantera olika problem. → Förmedla information. → Länka samman drabbade med närstående och annat socialt stöd.

När man erbjuder PFA till asylsökande på ett anläggningsboende är det viktigt att vara medveten om följande aspekter för att kunna hitta lämpliga strategier:

	ATT TÄNKA PÅ	UTFÖRANDE
OBSERVERA	Även om det inte går att generalisera är det vanligt att det första man ser på ett anläggningsboende är ett "tomt utrymme". De asylsökande tillbringar ofta den största delen av tiden på sina rum. Det är därför svårare att identifiera människor som kan vara i behov av stöd.	Be personalen eller andra nyckelpersoner om hjälp att nå de som kan vara i behov av stöd.
	Asylsökande på anläggningsboenden är en heterogen grupp som består av vuxna och barn med olika nationaliteter.	Identifiera utsatta grupper: ensamkvinnor, ensamstående föräldrar med barn, ensamkommande barn som fått sin ålder uppskriven, äldre människor, personer som riskerar att utsättas för diskriminering och våld, personer med hälsoproblem eller fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.
	Med tanke på sannolikheten att asylsökande har upplevt allvarliga trauman och förluster före och under sin flykt, liksom svårigheter under tiden efter flykten, är det viktigt att identifiera dem som uppvisar tecken på höga nivåer av psykologisk stress.	Identifiera de asylsökande som visar tecken på psykologisk stress och försök etablera en första kontakt för att bygga tillit. Kom ihåg att personer som uppvisar allvarliga eller långvariga stressreaktioner kan behöva mer stöd än enbart PFA, särskilt om det påverkar deras dagliga liv och de utgör en fara för sig själva eller andra.
LYSSNA	Vissa asylsökande kan ha förhoppningar om att du kan förbättra deras svåra livssituation, uppdatera dem om eller påverka deras asylprocess.	Ge dem inga falska förhoppningar och var ärlig med vad du kan och inte kan göra.

	Det är vanligt att mötas av en generell misstro i förhållandet till myndigheter och även inom den heterogena gruppen av asylsökande.	Hitta en lugn plats att samtala på, respektera integriteten och värna om tystnadsplikten. Förmågan att bygga upp tillit är central.
	De asylsökande kan ha genomlevt extremt traumatiska händelser och deras förmåga att överleva och överkomma svårigheter är mycket viktig. De kan dock ha en överväldigande känsla av maktlöshet och hjälplöshet.	Bekräfta personens styrkor och hur de har kunnat hjälpa sig själva; behandla dem inte som passiva offer. Tänk inte att du ensam måste lösa alla problem åt dem utan ge istället stöd så att de kan återfå en känsla av kontroll över sina liv.
LÄNK	Asylsökande kan sakna kunskap och information om grundläggande samhällstjänster i mottagarlandet, hur de får tillgång till dessa och vilka deras rättigheter är.	Ge korrekt information om tillgängliga tjänster och hur man får tillgång till dem. Informationen bör ges muntligen och även genom uppdaterade informationsblad eller anslag översatta till olika språk. Att länka samman personer med praktiskt stöd är en stor del av PFA. Ge praktiska förslag på hur de asylsökande kan tillgodose sina behov och uppmuntra dem att ta tag i sina problem.
	Många asylsökande behärskar inte mottagarlandets språk tillräckligt bra, speciellt då de nyss anlänt. De kan därför stöta på utmaningar i att få tillgång till grundläggande information och stöd.	Ge personen stöd i att uppsöka dessa tjänster vid behov. Gör en uppföljning om du har lovat en sådan.
	Ofta har den asylsökande inte hunnit etablera ett socialt nätverk eller kopplingar till mottagarsamhället.	Hjälp dem att kontakta civilsamhällsorganisationer eller andra organisationer/tjänster för att stärka deras sociala stöd. Hjälp också till att sammanföra asylsökande så att de kan hjälpa varandra (t.ex. i stödgrupper).

8.5.3 Ta hand om dig själv och dina kollegor

Som stödperson är det viktigt att vara extra uppmärksam på sitt eget välmående. Du kommer att få höra många historier om andra människors smärta och lidande. Du kommer kanske att påverkas av de asylsökandes överväldigande känslor av hopplöshet och hjälplöshet. Du kommer kanske att känna dig otillräcklig och frustrerad av att inte kunna hjälpa dem med alla deras problem och osäkerheten gällande deras asylansökan och framtid. Alla dessa upplevelser kan påverka dig och dina kollegor. I fall av svåra händelser kan även personalen vara i behov av PFA (Se kapitel 14 för mer information om psykosocialt stöd för personal och volontärer).

8.6 Verktyg

Ett grundläggande verktyg för att ge PFA är WHO:s fältarbetarguide som finns översatt till 23 språk⁷⁵.

⁷⁵ WHO. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO, 2011.

KAPITEL 9

PSYKOEDUKATION

9.1 Vad är psykoedukation?

Psykoedukation är en metod för att förmedla information och kunskap, samt sprida medvetenhet om psykisk hälsa och psykosociala problem till asylsökande och personal eller volontärer som arbetar med dem. Psykoedukation som riktar sig till asylsökande är vanligtvis konstruerad som en gruppintervention men det kan också utgöra en del av det individuella stödsamtalet (se kapitel 6). Psykoedukationssessioner kan utföras som ett program (exempelvis á 4 sessioner), som en fristående session eller kombineras med en psykosocial aktivitet (se kapitel 11).

Sessionerna ska genomföras som en semistrukturerad gruppdiskussion där interaktiva tekniker används. Fokus ligger inte enbart på att dela kunskap och information utan också på att stimulera möjligheten till dialog och diskussion. Utifrån erfarenheter inom ramen av den beskrivna interventionsmodellen har de asylsökande erbjudits psykoedukation vid ett flertal tillfällen (se 9.6). Vilken typ av sessioner har bestämts efter att asylsökandes behov har bedömts i en grundläggande enkät ⁷⁶.

OBS: Psykoedukation i grupp är inte detsamma som gruppterapi. För personal eller volontärer som arbetar med asylsökande (t.ex. i anläggningsboenden, socialtjänsten, familjehem och boendepersonal) kan psykoedukation organiseras för att sprida medvetenhet om psykisk hälsa och asylsökandes psykosociala behov, för att underlätta en öppen dialog och diskussion och för att dela kunskap och god praxis.

9.2 Varför genomföra psykoedukation?

I de flesta europeiska länder måste asylsökande vänta länge innan ett beslut fattas om deras asylansökan. Medan de väntar bor många av dem på anläggningsboenden. Under den här perioden kan de vara väldigt sårbara för psykiska och psykosociala påfrestningar på grund av: 1) de svårigheter de upplevde i sitt ursprungsland och som fick dem att fly, eller upplevelser under resan, 2) bristen på stöd från familjen och sociala strukturer i mottagarlandet, 3) osäkerheten om framtiden i det nya landet, 4) de begränsade levnadsvillkoren för asylsökande och 5) förlusten av en positiv social identitet. Asylsökande kan behöva hjälp med ett eller flera av dessa problem.

Psykoedukation strävar efter att minska och/eller förhindra psykisk ohälsa. Den här interventionen kan fylla tomrummet mellan den vanliga sjukvården och asylsökandes specifika behov.

9.2.1 Syfte

Syfte för asylsökande:

- Att göra asylsökande medvetna om grundläggande koncept inom psykisk hälsa.
- Att sprida medvetenhet om problem som trauma, stress och psykosomatiska besvär.
- Att förstärka asylsökandes styrkor, resurser och positiva copingstrategier.

⁷⁶ Läkare Utan Gränser. Baseline survey. 2017.

- Att öka medvetenheten om strategier för självhjälp och stödja dem i att lita på sin egen förmåga att ta hand om sig själva.
- Att hjälpa asylsökande att lära sig nya sätt att hantera specifika psykiska hälsoproblem och psykosociala problem och att känna igen när professionell hjälp behövs.
- Att främja de aktiviteter som föreslås i interventionsmodellen.
- Att identifiera personer som behöver psykosocialt stöd och psykisk hjälp och hänvisa dem vidare till lämplig aktör.

Syfte för personal/volontärer:

- Att öka kännedomen om grundläggande koncept inom psykisk hälsa.
- Att sprida medvetenhet om vanliga psykiska hälsoproblem och psykosociala problem bland asylsökande.
- Att lära personal/volontärer olika sätt att bistå med psykosocialt stöd och hur man identifierar behovet av professionell hjälp.

9.3 Vem genomför psykoedukationen?

I interventionsmodellen som vi beskriver här är det rådgivare och kulturtolkar som genomför gruppssessionerna med psykoedukation för asylsökande. (Se kapitel 4.3 för att få mer information om bägge dessa profilers professionella bakgrund). Asylsökande kan också själva utbildas i att hålla i psykoedukation ⁷⁷.

Sessionerna för personal/volontärer kan genomföras av en psykolog i samarbete med en rådgivare.

A. RÅDGIVARE: UPPGIFTER OCH ANSVAR

- Att utveckla informationen i sessionerna tillsammans med en psykolog
- Att förbereda allt material som behövs för att utföra sessionen (blädderblock, PowerPoint-presentationer, laminerade bilder etc.)
- Att gå igenom materialet för sessionen med kulturtolken
- Att leda gruppssessionen med psykoedukation och att leda dialogen och diskussionen. Rådgivarens roll är att säkerställa att alla känner sig trygga och bekväma med att yttra sig.
- Att stödja utvecklandet av de asylsökandes positiva copingstrategier
- Att utföra sessioner med personal/volontärer i samarbete med en psykolog

B. KULTURTOLK: UPPGIFTER OCH ANSVAR

- Att ge synpunkter på innehållet i psykoedukationen med hänsyn tagen till den kulturella förståelsen av psykisk ohälsa
- Att se till att sessionerna hålls på ett kulturellt inkännande sätt
- Att översätta innehållet i sessionen, att göra informationen kulturellt begriplig
- Att översätta broschyrer och affischer
- Att bedöma asylsökandes behov och nå ut till dem som kan tänkas vilja eller skulle behöva delta

⁷⁷ Uitterhaegen B. Psycho-education and psychosocial support in the Netherlands, a program by and for refugees. Intervention Journal. 2005, vol. 3, no. 2: 141–147.

9.4 Vilken är målgruppen?

Asylsökande och personal/volontärer som arbetar med asylsökande.

9.5 Hur ska psykoedukation ges?

9.5.1 Före psykoedukationssessionen: preliminära reflektioner

- Asylsökande tillbringar en lång tid med att vänta och är ofta pessimistiska om sin framtid och framtida möjligheter i sina liv. En stor insats kan krävas för att övertyga dem om att deltagande i en grupp kan göra skillnad⁷⁸. Om de asylsökande vistas på ett anläggningsboende är det lätt att få ut information om aktiviteter och psykoedukation.
- Många asylsökande kan känna misstro mot institutioner som erbjuder hjälp. De är ofta rädda att information som samlas in kommer att användas mot dem. En del kan känna skam inför att andra människor ska få reda på att de har psykiska problem eller problem att hantera sin livssituation. Dessutom uppger vissa att de inte är vana att tala om sina problem i grupp eller att de inte är övertygade om att deras problem kan lösas genom att tala om dem. Kulturtolkar kan spela en viktig roll i att nå ut till asylsökande, sprida medvetenhet samt sänka trösklarna och bryta ner misstro.
- Asylsökandes levnadsvillkor är ofta högst begränsade och svåra för dem själva att påverka. Situationen kan framkalla mycket stress, frustration, ilska och nedstämdhet och kan också leda till andra psykiska och fysiska symptom.
- Innan psykoedukationen påbörjas rekommenderas att ett informationsmöte organiseras för att ge allmän information och tydligt klargöra syftet med aktiviteten. Rådgivaren kan börja direkt med att tala om ett ämne som ofta är mycket stressfyllt och frustrerande: en asylsökandes liv i mottagarlandet, till exempel Sverige. För de asylsökande kan detta vara ett tillfälle att uttrycka sin ilska, frustration och andra känslor samt uttrycka åsikter om det svenska systemet och det upplevda misslyckandet när det gäller situationen för flyktingar och asylsökande. I detta skede har rådgivaren den svåra uppgiften att övertyga dem att de fortfarande kan påverka sina liv och att de kan dra nytta av att delta i olika slags psykoedukationssessioner. Rådgivaren behöver bekräfta de eventuella känslor av ilska, frustration, sorg och orättvisa som kommer fram. Rådgivaren bör understryka det faktum att psykoedukation inte är detsamma som gruppterapi.
- Psykoedukation kan hållas på anläggningsboenden där asylsökande bor eller utanför dessa (t.ex. på en vårdcentral eller i en kommunlokal). Närheten till lokalen är en viktig faktor eftersom det kan underlätta möjligheten till deltagande.
- Sessionerna bör hållas i ett lämpligt rum med stängd dörr. Det måste vara tyst utan för mycket störande ljud utanför. Personerna måste kunna sitta bekvämt och rummet bör vara stort nog så att deltagarna kan sitta i en cirkel. Detta gör att deltagarna i sessionen

⁷⁸ Uitterhaegen B., 2005, ibid.

kan se varandras kroppar i sin helhet och de ges därmed tillfälle att observera icke-verbala gensvar och ändring i kroppshållning hos varandra.

- Rådgivaren bör bestämma om det ska vara en öppen eller stängd grupp. I en öppen grupp kan deltagare välja att vara med på delar av programmet (enskilda sessioner) eller hela. Rekommendationen är att ha en stängd grupp med asylsökande med samma sorts behov som identifierats under screening och fördjupad bedömning av psykisk ohälsa.
- Längden på varje session bör vara 1–1,5 timme.
- Storleken på gruppen kan variera men lämpligt är en liten grupp (10–15 deltagare) för att underlätta översättningen av huvudbudskap och för gruppdiskussionen.

9.5.2 Steg för att hålla en gruppssession med psykoedukation

STEG 1

FÖRUTSÄTTNINGAR

Organisera ett informationsmöte och informera deltagarna om datum, lokal, innehåll och syftet med psykoedukationssessionen. Att producera några affischer eller broschyrer översatta till olika språk kan också vara till hjälp.

Förbered material som du kan dela ut; rollspel, läxor och andra dokument som behövs under sessionen.

Organisera allt material du behöver för sessionen.

Identifiera huvudbudskapen.

Exempel: om sessionen i fråga berör sömnsvårigheter;

1. Vad är god sömn?

2. Vad är sömnsvårigheter?

3. Vad man ska göra och inte göra: sömnhygien

4. När man bör söka professionell hjälp

Uppdatera och gå igenom innehållet för sessionen med kulturtolken.

STEG 2

BÖRJA SESSIONEN

Se till att asylsökande känner sig välkomna: bjud på te eller kaffe.

Presentera dig själv och kulturtolken.

Förklara syftet med sessionen, vad som kommer att hända under sessionen och hur lång tid det kommer ta. Förklara några av reglerna (att allting som sägs är konfidentiellt, behovet av att respektera den tid det tar att tolka och använda korta meningar, samt vikten av ömsesidig respekt bland deltagarna).

Förklara att sessionen är baserad på dialog och lyssnande, bjud in deltagarna att ställa frågor och/eller ta upp saker som oroar dem. Påminn dem om att detta är ett tillfälle att lära sig av varandra och att dela med sig av erfarenheter.

Fråga om deltagarna har några frågor. Svara på de frågor som du har svaret på och skriv ner de frågor du inte kan besvara.

Följ de steg som specificeras för den aktuella sessionen.

Under sessionen, ge information men föreläs inte. Fokus ska ligga på gruppdiskussionen och kunskapsutbytet mellan asylsökande och dig själv/kulturtolken. Tänk på huvudbudskapen så att du kan föra in diskussionerna på dessa och styra tillbaka diskussionen om den för mycket kommer in på andra ämnen.

STEG 3

AVSLUTA SESSIONEN

Förbered avslutandet av sessionen i god tid. Det bör finnas tillräckligt med tid för att sammanfatta sessionen och att ha en stund för frågor och utvärdering.

Sammanfatta vad ni har diskuterat under sessionen; lägg fokus på huvudbudskapet när du sammanfattar.

Tacka deltagarna för att de var med och delade med sig av sina tankar. Påminn deltagarna om sekretessreglerna du förklarade i början av sessionen.

När sessionen är avslutad, utvärdera sessionen (på individnivå eller med hela gruppen) och fråga:

1. Lärde du dig något nytt om det här ämnet? Vad?
2. Vad tyckte du var bra med sessionen?
3. Vad kunde ha gjorts annorlunda?
4. Var det någonting du inte gillade?
5. Skulle du vilja delta i en liknande session igen?
6. Har du några förslag på liknande sessioner som skulle kunna planeras i framtiden?

Skriv ner den återkoppling som ges och använd den för att förbättra sessionerna och/eller för att skapa nya sessioner som bäst möter de asylsökandes behov.

9.6 Verktyg

Exempel på 4 psykoedukationssessioner som utarbetats och förslagits till asylsökande finns samlade i bilagan "Psykoedukationsprogram". Nya sessioner kan utvecklas i enlighet med förslagen och asylsökandes specifika behov.

BILAGA 6: Psykoedukationsprogram

9.7 Särskilda hänsynstaganden

9.7.1 Minderåriga

Psykoedukationsprogrammet som föreslås i den här interventionsmodellen har utvecklats för vuxna och minderåriga som är 15 år eller äldre. För minderåriga under 15 år bör innehållet och metodologin i sessionerna anpassas till deras ålder.

9.7.2 Personer som utsatts för tortyr, sexuellt våld och våld i nära relationer

Det är viktigt att vara medveten om att dessa sessioner kan leda till att information om våld, tortyr och andra traumatiska händelser kan framkomma. Våldsutsatta är en särskilt sårbar grupp och om sådana personer upptäcks i samband med psykoedukationssessionen ska de bemötas med varsamhet. Rådgivaren bör varsamt kunna avsluta delandet av information och erbjuda möjligheten att ta ett individuellt samtal efter gruppsessionen. Hen måste understryka för hela gruppen vikten av att sekretessregeln respekteras.

KAPITEL 10

FÖRÄLDRAUTBILDNING

10.1 Vad är föräldrautbildning?

Föräldrautbildningen består av fem olika sessioner som riktar sig till asylsökande föräldrar. Syftet är att främja barns och ungdomars välbefinnande genom att förbättra föräldrarnas förmåga att hantera stress och påfrestningar samt ge dem positiva föräldraskapsmetoder och strategier för att stödja barn och ungdomar med psykosociala behov.

10.2 Varför ge föräldrautbildning?

I den här interventionsmodellen är föräldrautbildningen en aktivitet som fokuserar på att förebygga psykologisk stress hos både föräldrar och deras barn. I aktiviteter som dessa, som riktar sig till människor som tvingats fly, är det av yttersta vikt att fokusera på både föräldrarnas och barnens psykosociala behov för att stödja en hälsosam föräldra-barnrelation.

En av de stora utmaningarna för asylsökande föräldrar är uppgiften att vara förälder i ett mottagarland. Att bo i ett nytt land medan man väntar på beslut om sin asylansökan kan vara påfrestande. Många familjer måste vänja sig vid att leva i en ny kultur och måste dessutom ofta hantera konsekvenserna av traumatiska händelser och svåra upplevelser från tiden före ankomsten eller under vistelsen i mottagarlandet. Förhållandena på många anläggningsboenden präglas av trångboddhet, liten möjlighet att laga sin egen mat samt begränsade utrymmen för lek och aktivitet.

10.2.1 Syfte

Föräldrautbildningen har följande syfte:

- Att stödja föräldrar i att hantera utmaningarna som föräldraskap medför och förstå konceptet positivt föräldraskap
- Att stödja föräldrar i att hjälpa sina barn hantera potentiellt traumatiska händelser, påtvingad flykt och stress
- Att stödja föräldrar i att hantera sin egen stress
- Att hjälpa föräldrar förstå den påverkan deras egen stress har på deras barns välmående
- Att erbjuda grundläggande kunskaper i psykoedukation
- Att förklara vikten av kommunikation mellan förälder och barn
- Att hjälpa föräldrar att identifiera svår psykologisk stress hos ett barn och att vid behov hänvisa barnet till professionell hjälp
- Att underlätta för deltagarna i gruppen att stödja varandra och stärka det sociala stödet.

10.3 Vem genomför föräldrautbildning?

I den här interventionsmodellen är två yrkespersoner involverade i att hålla i föräldrautbildningen, rådgivaren och kulturtolken (Se Kapitel 4.3 för att få mer information om de båda profilerna). De bör få specifik utbildning innan de påbörjar aktiviteten och bör få handledning från en psykolog. Rådgivare och kulturtolk har olika uppgifter och ansvar.

A. RÅDGIVARE: UPPGIFTER OCH ANSVAR

- Att vara införstådd med innehållet i hela utbildningen
- Att förbereda allt material som behövs för att utföra sessionen (blädderblock, PowerPoint-presentationer, laminerade bilder etc.)
- Att uppdatera kulturtolken och dela med sig av innehållet för varje session
- Att leda föräldrautbildningen och styra dialogen och diskussionen, gruppdynamiken är beroende av att rådgivaren ser till att alla känner sig trygga och bekväma med att yttra sig

B. KULTURTOLK: UPPGIFTER OCH ANSVAR

- Att ge synpunkter på innehållet i föräldrautbildningen med hänsyn till deltagarnas kulturella bakgrunder
- Se till att sessionerna hålls på ett sätt som är kulturellt inkännande
- Att översätta innehållet i sessionen, att göra informationen kulturellt förståelig
- Att översätta broschyrer och affischer
- Att bedöma asylsökandes behov och nå ut till dem som kan tänkas vilja eller skulle behöva delta.

10.4 Vilken är målgruppen?

Föräldrautbildningen riktar sig främst till asylsökande föräldrar.

10.5 Hur ska föräldrautbildning ges?

Preliminära överväganden

- Föräldrautbildningen som föreslås i den här interventionsmodellen är baserad på en föräldrautbildning som utvecklats av International Rescue Committee ⁷⁹. Utbildningen består av fem sessioner (se tabellen nedan). Varje session hålls en gång i veckan.
- Storleken på gruppen kan variera men en liten grupp (10-16 deltagare) är att rekommendera för att underlätta översättning av huvudbudskap och för gruppdiskussionen.
- Om det är kulturellt lämpligt kan gruppen bestå av både kvinnor och män. Annars kan två grupper ordnas, en för mödrar och en för fäder.
- Denna utbildning kan hållas på anläggningsboenden där asylsökare bor eller utanför dessa (t.ex. vårdcentral, kommunlokal etc.). Närheten till lokalen är en viktig faktor eftersom det kan underlätta tillgång och deltagande.
- Gruppsessionerna bör hållas i ett passande rum med en dörr som går att stänga, helst på ett lugnt ställe utan för mycket störande ljud utifrån. Personerna måste kunna sitta bekvämt och rummet bör vara stort nog så att deltagarna kan sitta i en cirkel. Att sitta i en cirkel gör att deltagarna i sessionen kan se varandras kroppar i sin helhet och därmed ges tillfälle att observera icke-verbala gensvar och ändring i kroppshållning hos varandra.

⁷⁹ International Rescue Committee (IRC). Parenting skills intervention – trainer's manual. 2016.

- Om det behövs under sessionerna så kan ett barnvänligt utrymme med lite aktiviteter för barnen organiseras. Om möjligt, erbjud barnpassning vid sessionstillfällena, dels för att underlätta deltagande för föräldrar, dels för att det inte rekommenderas att barn är med under sessionerna.

SESSIONER	TEMA	LÄNGD
Session 1	Introduktion till föräldrautbildning	1,5 timmar
Session 2	Förstå stress samt copingstrategier	1,5 timmar
Session 3	Information om barns utveckling	2 timmar
Session 4	Kommunicera med barn	2 timmar
Session 5	Psykologiskt stöd för barn	2 timmar

För mer information om innehållet i varje session och metodiken som används i föräldrautbildningen, se bilagan.

10.6 Verktyg

BILAGA 7: *Föräldrautbildning för asylsökande och nyanlända flyktingar*

PSYKOSOCIALA AKTIVITETER

11.1 Vad är en psykosocial aktivitet?

Psykosocial syftar till det dynamiska förhållandet mellan en människas psykiska och sociala dimensioner, där den ena influerar den andra. Den psykiska dimensionen inkluderar det interna, emotionella och en persons tankeprocesser, känslor och reaktioner. Den sociala dimensionen inkluderar förhållanden, familj och nätverk, sociala värderingar och kulturella sedvänjor. Psykosocialt stöd syftar på de åtgärder som riktar sig till individers och grupper psykosociala behov, med hänsyn till psykiska, sociala och kulturella aspekter på välbefinnande (se kapitel 3).

I den här interventionsmodellen har olika aktiviteter utvecklats i syfte att förbättra asylsökandes sociala och psykiska välbefinnande (individer, familjer och grupper). Som ett komplement till aktiviteterna som redan beskrivits i den här manualen fokuserar aktiviteterna i det här kapitlet på två huvudpunkter:

- A.** Planering och utförande av psykosociala aktiviteter för grupper
- B.** Åtgärder/aktiviteter som syftar till att underlätta aktiveringen av asylsökandes sociala nätverk och kontakt med både existerande tjänster och med andra delar av lokalsamhället (civilsamhällesorganisationer och/eller volontärer).

Det finns inget direkt terapeutiskt mål, vare sig i de psykosociala aktiviteterna för grupper eller i aktiviteterna för att stärka det sociala stödet. Emellertid bidrar aktiviteterna till att förbättra det psykiska välbefinnandet ⁸⁰. Dessa interventioner kan skapa en grund för psykosociala gruppdiskussioner ⁸¹ inriktade på att diskutera tankar, oro och bekymmer bland asylsökande, att förstå deras pågående psykiska lidande, deras sätt att hantera sin vardag och egna förslag på hur de kan bli hjälpta, samt för att berätta om aktiviteterna inom interventionsmodellen. Psykosociala aktiviteter kan, om lämpligt, kombineras med psykoedukationssessioner för grupper.

11.2 Varför utföra psykosociala aktiviteter?

Asylsökande måste ofta vänta en lång tid på anläggningsboendena innan deras asylansökan behandlas ⁸². Den här tiden är för många en period i limbo där de är fast i en situation som karakteriseras av passivitet, förlust av kontroll över sina liv, ovisshet och en rädsla för att få avslag och därefter tvingas återvända till sina ursprungsländer. För många asylsökande är den här väntan svår att hantera. Asylsökande kan tappa hoppet och tillgripa mindre effektiva eller mer stressframkallande copingstrategier för att hantera psykosocialt lidande. Dit hör till exempel att isolera sig eller passivitet, vilket kan göra att den asylsökande fastnar i negativa grubblerier. Asylsökande kan ofta tillgripa sådana passiva copingstrategier eftersom de upplever att det inte är mycket annat de kan göra, de

⁸⁰ Läkare Utan Gränser. Intersectional mental health policy. 2015.

⁸¹ Psykosociala gruppdiskussioner skiljer sig från fokusgruppdiskussioner som vanligtvis används för behovsbedömningar för psykisk hälsa och psykosociala behov. De skiljer sig också från psykoedukation eftersom det inte finns strukturerade budskap/koncept att föra vidare till gruppen.

⁸² Till exempel var Migrationsverkets handläggningstid i genomsnitt 621 dagar för de ansökningar som avslutades i december 2017. Migrationsverket. Avgjorda asylärenden beslutade av Migrationsverket, förstagångsansökningar, 2017.

upplever att de har ytterst lite kontroll över sin livssituation. Sådana passiva copingmekanismer uppstår särskilt när den asylsökandes situation (som på anläggningsboendena) gör det svårt att använda tidigare fungerande copingstrategier och att bibehålla de vanliga dagliga rutinerna som den asylsökande hade före den påtvingade flykten, som till exempel hushållssysslor, matlagning, arbete och engagemang i sociala aktiviteter ⁸³.

Istället för att ses som passiva individer som väntar på besked om sin asylprocess kan tiden på anläggningsboendet användas för att hjälpa dem att återfå en känsla av personlig kontroll över vissa aspekter i tillvaron, en känsla av att tillhöra och att kunna vara till hjälp. Därför är det viktigt att sätta in psykosociala aktiviteter som de asylsökande kan vara delaktiga i och som även kan underlätta integrering och anpassning till en ny situation. I den här interventionsmodellen genomförs de beskrivna psykosociala aktiviteterna på nivå två (samhälls- och familjestöd) i IASC:s interventionspyramid för psykisk hälsa och psykosocialt stöd (se kapitel 3).

CIVILSAMHÄLLET

I ramverket för vår interventionsmodell betraktar vi civilsamhället som **“gemenskapen hos medborgare som förenas av gemensamma intressen och kollektiva aktiviteter”** ⁸⁴. Det kan också definieras som **“alla institutioner, volontärorganisationer och branschorgan som är mindre än staten men större än familjen”** ⁸⁵. Det innefattar volontärgrupper i hela Sverige men också alla medborgare och organisationer som stödjer asylsökande på frivilligbasis i samhället och/eller på anläggningsboenden.

Som påpekades i IASC:s pyramid för psykisk hälsa i kapitel 3 kan en persons välmående inte förbättras utan att personens sociala nätverk, familj och kontakter med samhället tas i beaktande. Det gör det troligt att civilsamhället även kan vara en resurs för asylsökande som känner sig isolerade, ensamma, inaktiva och/eller värdelösa. Huvudsyftet med att skapa kontakter med aktörer i civilsamhället är att underlätta individuella möten och gruppmöten mellan asylsökande, organisationer från civilsamhället och medborgare.

A. PSYKOSOCIALA AKTIVITETER FÖR GRUPPER

Ett stort urval av aktiviteter kan organiseras, t.ex. laga traditionell mat, hennamålning, spel, sportaktiviteter, musik, dans, stickning etc. När en aktivitet planeras är det speciellt viktigt att uppmärksamma att de specifika kulturella sätten att hantera situationen kan skilja sig mellan länder.

Dessa aktiviteter ger de asylsökande möjligheten att ta en ledande roll i en aktivitet och återuppbygga en känsla av identitet och kontroll över vissa aspekter i sina liv. Dessa aktiviteter bör organiseras närhelst det är möjligt och tillsammans med de asylsökande för att främja deltagandet och ge en känsla av medägarande.

Med hjälp av aktiviteter som avleder tankarna kan asylsökande uppleva stolthet och stunder av lycka vilket inte bara kan reducera stress utan också förbättra copingförmågan ⁸⁶. I övrigt kan lokala möjligheter utnyttjas (t.ex. volontärarbete eller andra meningsfulla aktiviteter) och värdet i att delta i sådana aktiviteter ska inte underskattas. Människor får

⁸³ Hassan H Et al. Mental Health and psychosocial wellbeing of Syrian affected by armed conflict. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Vol. 25 (2016): 129-41.

⁸⁴ Oxford Dictionary. Civil society. https://en.oxforddictionaries.com/definition/civil_society (hämtad 2018-03-28).

⁸⁵ Definitions. Civil society. <http://www.definitions.net/definition/civil%20society> (hämtad 2018-03-28).

⁸⁶ Laban CJ. Resilience-Oriented Treatment of traumatized Asylum Seekers and Refugees. In M Schouler-Ocak, M, editor. *Trauma and Migration. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatized immigrants*. Heidelberg: Springer Verlag, 2015: 191-208.

lättare att genomföra saker och ting, de får kontakt med andra, de är helt enkelt i en annan miljö etc. Den huvudsakliga avsikten med den här typen av aktivitet är att bryta upplevelsen av vanmakt och isolering och att skapa mening genom aktiviteterna.

B. AKTIVITETER SOM UNDERLÄTTAR AKTIVERINGEN AV SOCIALA NÄTVERK OCH KONTAKTEN MED LOKALSAMHÄLLET/ORGANISATIONER FRÅN CIVILSAMHÄLLET/VOLONTÄRER

Upplevelser av att höra samman, vara sammankopplad med andra, vara accepterad och älskad är några av människans grundläggande behov. Asylsökande har förlorat många av sina sociala kontakter och att bygga upp ett nytt socialt nätverk är svårt, bland annat på grund av upprepade flyttar, brist på pengar, språksvårigheter och kulturella skillnader.

Vissa asylsökande har bara en vag idé om sina önskningar om socialt stöd, de vet inte vilken typ av stöd de kan få från vem och var de kan hitta detta specifika stöd. Därför frågar de ibland efter eller förväntar sig specifikt stöd från fel personer (t.ex. praktiskt stöd från en psykiatriker och känslomässigt stöd från en traumatiserad partner). Vissa skäms för att fråga om hjälp. Socialt stöd är mycket viktigt när det gäller resiliens. Att länka samman är därför avgörande av två skäl: väldigt ofta finns det ett behov av information om och kontakt med existerande tjänster (t.ex. sjukvård, juridiskt stöd, socialtjänsten) men också kontakt med lokalsamhället, civilsamhällesorganisationer, volontärer som kan vara en positiv resurs för asylsökande som känner sig isolerade, diskriminerade, ensamma och vanmäktiga. Detta kan göras genom information om tillgängliga lokala resurser och organisering av möten eller evenemang mellan asylsökande och organisationer från civilsamhället, volontärer eller lokalsamhället. Kapaciteten hos existerande stödgrupper för asylsökande och flyktingar (se 11.7) kan förstärkas eller nya grupper kan få hjälp att skapas.

11.2.1 Syfte

A. PSYKOSOCIALA AKTIVITETER FÖR GRUPPER

- Att ge asylsökande vuxna och barn en paus från den svåra livssituationen
- Att erbjuda ett kreativt rum för asylsökande att uttrycka sig själva på ett upplyftande sätt
- Att återaktivera tidigare positiva copingstrategier eller att stödja etablerandet av nya strategier som kan underlätta för asylsökande att hantera sin vardag och sitt sammanhang
- Att bidra till förbättringen av personens psykiska välbefinnande och minska graden av psykisk ohälsa
- Att underlätta skapandet av nya relationer och stärka det sociala stödet och en känsla av sammanhang

B. AKTIVITETER SOM UNDERLÄTTAR AKTIVERINGEN AV SOCIALA NÄTVERK OCH KONTAKTEN MED LOKALSAMHÄLLET/ORGANISATIONER FRÅN CIVILSAMHÄLLET/VOLONTÄRER

- Att koppla samman och stärka asylsökandes sociala nätverk i lokalsamhället (organisationer från civilsamhället, volontärer)
- Att främja anpassningen till ett nytt sammanhang och bryta upplevelser av isolering som är vanligt förekommande hos asylsökande.
- Att informera om existerande lokala initiativ och tjänster

- Att bidra till förbättringen av asylsökandes psykiska välbefinnande och minska graden av psykiskt lidande
- Att underlätta dialogen och den ömsesidiga kunskapen mellan asylsökande och lokalsamhället.

11.3 Vem utför psykosociala aktiviteter?

Dessa aktiviteter kan genomföras av teamet i interventionsmodellen, det vill säga rådgivare, kulturtolkar och i bästa fall även en person som arbetar med att kartlägga och etablera kontakt med civilsamhällesorganisationer, lokalsamhället, volontärer eller existerande stödgrupper med asylsökande och flyktingar. Aktiviteter kan också genomföras av andra aktörer (t.ex. volontärgrupper, civilsamhällesorganisationer, kommunen eller privatpersoner) på egen hand eller med stöd från teamet.

11.4 Vilka är målgrupperna?

Asylsökande och lokalsamhället, civilsamhällesorganisationer, volontärgrupper eller privatpersoner.

11.5 Hur ska de psykosociala aktiviteterna utföras?

A. PSYKOSOCIALA AKTIVITETER FÖR GRUPPER

- *Bedömning:* innan en aktivitet planeras är det viktigt att göra en behovsbedömning och ta med de asylsökandes förslag och idéer för att säkerställa att aktiviteten reflekterar deras verklighet. Informationen kan samlas in på individnivå (genom åsikter som samlats in under screening av psykisk ohälsa, fördjupad bedömning och individuellt stödsamtal) eller på gruppnivå (genom gruppdiskussioner). Den här bedömningen kan utföras av olika personer: rådgivare, kulturtolk, en specifik person inom teamet för interventionsmodellen eller av personal som arbetar på anläggningsboendena eller andra som har kontakt med asylsökande.

OBS: under bedömningen är det viktigt att undvika att ge falska förhoppningar och löften eftersom detta kan skada förtroendet.

- *Deltagande:* Under planeringen och genomförandet av alla aktiviteter är asylsökandes deltagande avgörande. Om möjligt är kontakt med asylsökandes egna stödgrupper eller gruppleddare ett bra sätt att förstå egna kunskapsluckor och svårigheter och för att få förslag på hur man bäst kan nå de asylsökande.
- *Organisationen av aktiviteten:*
 - Kartlägg de redan existerande lokala initiativen och/ eller identifiera eventuella partners (organisationer från civilsamhället, volontärgrupper eller privatpersoner) i genomförandet av aktiviteten.
 - Hitta ett lämpligt ställe, inne på eller utanför anläggningsboendet där aktiviteten kan genomföras. Om anläggningsboendet ligger på en isolerad plats utan transportmöjligheter kan det vara nödvändigt att ta med externa aktörer till boendet.
 - Ta på förhand reda på hur många personer som vill delta, deras språk, kön och åldersfördelning så att lämplig planering kan göras.

- Förbered allt material som behövs.
- Informera alla deltagare i god tid om klockslag, datum och hur lång tid aktiviteten kommer ta. Identifiera kommunikationssätt för att bryta kulturella och språkliga barriärer och säkerställ att informationen är tillgänglig för alla (t.ex. kommunicera verbalt eller placera ut affischer/broschyrer på olika språk på ett centralt ställe på anläggningsboendet).

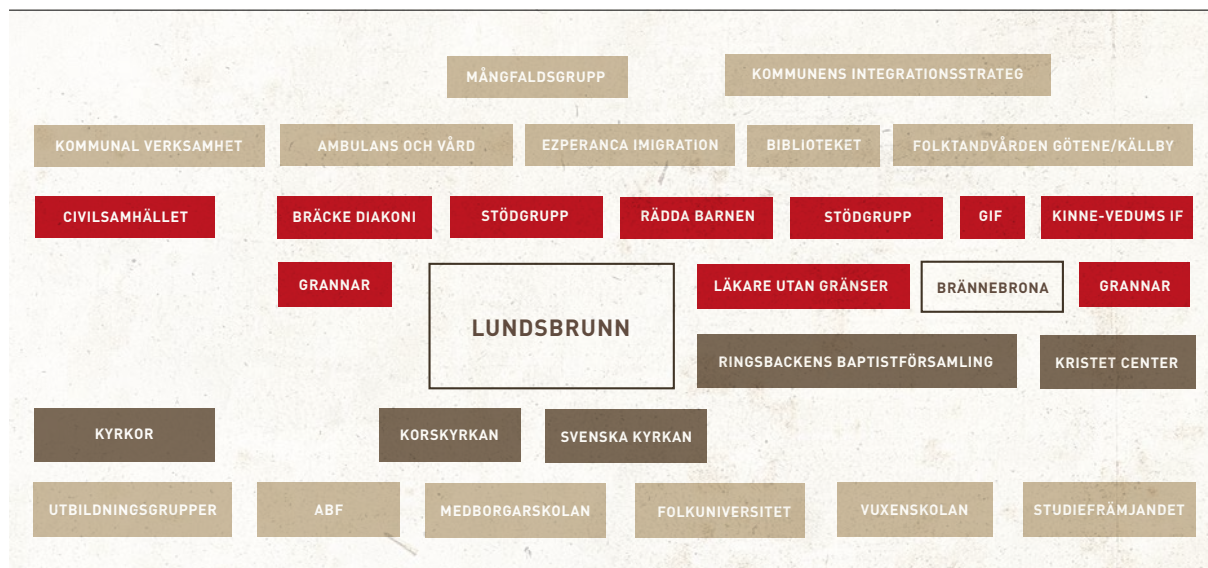
B. AKTIVITETER SOM UNDERLÄTTAR AKTIVERINGEN AV SOCIALA NÄTVERK OCH KONTAKTEN MED LOKALSAMHÄLLET/ CIVILSAMHÄLLESORGANISATIONER/ VOLONTÄRER

- *Kartläggning*: Identifikation och kartläggning av organisationer från civilsamhället, frivilligorganisationer, kommuner, volontärgrupper, stödgrupper med asylsökande eller flyktingar, samt engagerade privatpersoner i det aktuella geografiska området. För att undvika att asylsökande blir isolerade när de lämnar anläggningsboendet eller flyttar från regionen kan kartläggning också behövas på regional och nationell nivå.
- *Samverkan i nätverk*: Deltagande på möten med olika grupper och nyckelpersoner för att etablera ett samarbete med olika aktörer.
- *Ge asylsökande information* om tillgängliga aktiviteter och initiativ från organisationer från civilsamhället och volontärer. Identifiera kommunikationssätt för att bryta kulturella och språkliga barriärer och säkerställ att informationen är tillgänglig för alla (t.ex. kommunicera verbalt eller placera ut affischer/broschyrer på olika språk på ett centralt ställe på anläggningsboendet, på vårdcentralen, biblioteket, kommunhuset, SFI etc.).
- *Organisera möten/evenemang* för att underlätta kontakter mellan asylsökande och lokalsamhället/ civilsamhällesorganisationer/volontärer.
- *Sponsring*: Organisera ett sponsringsprogram med privatpersoner i området för att underlätta kontakter. Sponsringsprogram kan ha två olika former: kompisssystem (att göra aktiviteter tillsammans och träna språk) eller mentorskap (stöd för administrativa uppgifter, hitta ett jobb etc.).

11.6 Verktyg

Nedan följer ett exempel på kartläggning av olika aktörer som ger olika tjänster till asylsökande på två anläggningsboenden i Götene (Lundsbrunn och Brännebrona, december 2016)⁸⁷

⁸⁷ Organisationerna är färgkodade baserat på deras finansieringskällor. Vissa civilsamhällesorganisationer är ideella föreningar som får finansiering till sina aktiviteter från staten. Bräcke diakoni är en sådan organisation. Lokala sportklubbar som GIF och Kinne-Vedums IF organiseras av volontärer men får visst ekonomiskt stöd från staten. Graden av engagemang från sportklubbar när det gäller asylsökande varierar kraftigt. I Götene har Kinne-Vedums IF tagit initiativet att bjuda in asylsökande till sportaktiviteter.



11.7 Exempel på stödgrupper i Sverige

På 16 anläggningsboenden i Sverige finns egenorganiserade stödgrupper, utvecklade enligt supportgruppsmodellen⁸⁸. Supportgruppsnätverket är en ideell förening initierad av flyktingar som samarbetar med lokalsamhällen för att förbättra integrationen. Syftet är att stärka och uppmuntra asylsökandes och flyktingars egna initiativ och att ge psykosocialt stöd genom att skapa behovsbaserade aktiviteter och projekt istället för att de blir passiva mottagare av aktiviteter som initierats av externa aktörer. Egenorganisering i stödgrupper hjälper människor som väntar på sitt asylbeslut att ta kontroll över sina dagliga liv och upprätthålla sin identitet. Att tillsammans med andra diskutera den gemensamma situationen och de olika behoven bidrar till en ökad känsla av egenmakt, ökad känsla av sammanhang och förbättrat välbefinnande.

⁸⁸ Support Group Network. www.supportgroup.se. (Hämtad 2017-12-15)

KULTURELL BRIEFING

12.1 Vad är kulturell briefing?

UNESCO har definierat kultur som “hela komplexet av de andliga, materiella, intellektuella och emotionella egenskaper som är utmärkande för ett samhälle eller en social grupp och omfattar, förutom konst och litteratur, livsstilar, samlevnadsformer, värderingar, traditioner och trosuppfattningar”⁸⁹. En begränsad kulturell kunskap kan förekomma hos både yrkespersoner och andra som kommer i kontakt med asylsökande (t.ex. personal på anläggningsboenden, socialtjänsten, organisationer inom civilsamhället, volontärer, fosterfamiljer och skolpersonal) men även hos asylsökande.

Kulturell briefing svarar på behovet av relevant kulturell kompetens och kunskap för att hantera svårigheter som kan uppstå i den dagliga kontakten med asylsökande. Den kulturella briefingens gör också att personer som har kontakt med asylsökande blir bättre på att bemöta dem utifrån deras kulturella och personliga bakgrund, vilket minskar risken för missförstånd. Asylsökande kan också erbjudas kulturell briefing för att öka deras kunskap och förståelse för mottagarlandet.

Kulturell briefing gör inte någon till “expert” på en specifik kultur, istället är det ett sätt att skapa dialog, ge information och förstärka en gemensam förståelse och respekt för kulturella olikheter.

12.2 Varför ge kulturell briefing?

Kultur, etnicitet, religion, språk, ålder, sexuell läggning och andra liknande tillhörigheter är fundamentala för en persons identitet. Ökad kunskap och information om olika kulturella och personliga bakgrunder kan underlätta ett genuint och värnadsfullt ömsesidigt förhållande mellan asylsökande och de som kommer i kontakt med dem, vare sig de är yrkespersoner eller privatpersoner. Kulturell briefing hjälper till att förstå den kulturella mångfalden och ökar medvetenheten om livserfarenheter, kulturellt arv och historisk bakgrund hos personer som kommer från andra länder samt minskar riskerna för missförstånd.

12.2.1 Syfte

- Att öka medvetenheten och förståelsen för olika kulturella och personliga bakgrunder bland asylsökande
- Att öka asylsökandes kunskap och förståelse för kulturen i mottagarlandet
- Att undanröja riskerna för missförstånd och förstärka ömsesidig respekt
- Att förvärva relevant kulturell kompetens och kunskap för att kunna bemöta de svårigheter som kan uppstå i mötet med asylsökande.

12.3 Vem ger kulturell briefing?

Innehållet i den kulturella briefingens bör utvecklas av en samhällsvetare (antropolog, sociolog eller liknande) i samarbete med asylsökande, kulturtolkar och personer från

⁸⁹ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. 2001-11-02- http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html. (Hämtad 2017-10-12)

mottagarlandet. Efter att ha undervisats i och blivit införstådd med materialet kan den kulturella briefing genomföras av olika personer. I den här interventionsmodellen har kulturell briefing vanligtvis utförts av kulturtolkar med samma kulturella bakgrund som de asylsökande eller, i de fall kulturell briefing handlar om mottagarlandet, av en svensk rådgivare. Kulturell briefing kan även utföras av personer som inte hör till samma kultur som de asylsökande men som besitter kunskap om den (t.ex. antropologer).

12.4 Vilken är målgruppen?

Målgruppen består av asylsökande och människor som kommer i kontakt med dem (t.ex. personal som arbetar på anläggningsboenden eller på Migrationsverket, socialtjänsten, vårdpersonal, organisationer från civilsamhället, volontärgrupper eller privatpersoner).

12.5 Hur ska kulturell briefing ges?

12.5.1 Förberedelser

- Uppskatta behoven (och förväntningarna) hos deltagarna för att få med relevant innehåll i den kulturella briefingssessionen
- Förbered innehållet i den kulturella briefingens liksom även det material som behövs (utdelningsmaterial, PowerPoint-presentation etc.)
- Informera deltagarna om datum, lokal, program och syftet med briefingens

Nedan följer en generell översikt över vad som kan inkluderas i en kulturell briefing

TEMA	ÄMNEN	KOMMENTARER
NATIONSPROFILER	Historia Geografi Befolkning Språk Religion Läs- och skrivkunnighet Etniska grupper	Se till att du baserar innehållet i sessionen på pålitliga källor.
SOCIALT LIV	Familjestruktur Sociala vanor Mat Kroppsspråk Könsroller Tidsuppfattning Barnuppfostran Andra relevanta ämnen	Som nämndes ovan, se till att du baserar innehållet i sessionen på pålitliga källor. Du kan också tala av egen erfarenhet om du har sådan men var väldigt tydlig med vad som är ditt eget synsätt och var försiktig så att du inte presenterar din egen uppfattning som fakta.
HÄLSA	Sjukvårdssystem i ursprungslandet Vårdsökande beteenden Synen på psykisk ohälsa samt förklaringsmodeller för densamma	

12.5.2 Genomföra sessionen

- Förklara syftet med den kulturella briefing och hur lång tid det kommer ta. Introducera ämnet, dig själv och andra personer som är inblandade i att hålla sessionen.
- Förklara att sessionen är baserad på dialog och lyssnande så inbjud deltagarna att ställa frågor och/eller ta upp saker de undrar över. Svara på de frågor som du har svaret på och skriv ner de frågor du inte kan besvara.
- Under sessionen, ge information men föreläs inte. Fokus bör ligga på gruppdiskussionen och utbytet av kunskaper.

12.5.3 Avsluta sessionen

Förbered dig på att avsluta sessionen med kulturell briefing i god tid. Det ska finnas tillräckligt med tid för att sammanfatta sessionen och att få en stund för frågor och utvärdering.

- Sammanfatta vad ni har diskuterat under sessionen.
- Tacka deltagarna för deras medverkan och att de delade med sig av sina tankar.
- När sessionen är avslutad, utvärdera sessionen och fråga:
 1. Lärde du dig något nytt om det här ämnet? Vad då?
 2. Vad tyckte du var bra med sessionen?
 3. Vad kunde ha gjorts annorlunda?
 4. Var det någonting du inte gillade?
 5. Skulle du vilja delta i en liknande session igen?
 6. Har du några förslag på liknande sessioner som skulle kunna planeras i framtiden?

Skriv ner den återkoppling som ges och använd den för att planera nästa kulturella briefing.

HÄLSOINFORMATION

13.1. Vad är hälsoinformation?

Syftet med hälsoinformationsmöten är att stärka asylsökandes förståelse för och kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, hur man söker vård och vilken sorts vård de har rätt till. Mötena är av deltagande karaktär och informationen innehåller följande ämnen:

- Allmänna principer i svensk sjukvård
- Asylsökandes rätt till hälso- och sjukvård
- Information om hälsoundersökningar
- Information om egenvård och 1177 Vårdguiden
- Hur man söker hälso- och sjukvård (primär/sekundär)
- Andra tillgängliga tjänster.

13.2 Varför ge hälsoinformation?

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ser inte likadant ut som i de asylsökandes ursprungsländer. Olika yrken kan ha olika roller, ansvar och status, till exempel är en sjuksköterska ofta den första personen en patient träffar i Sverige och den som gör en bedömning, ger råd och bestämmer om patienten behöver träffa en läkare eller inte. I många andra länder har sjuksköterskor mycket lägre status och mer begränsade ansvarsområden. I andra länder kan sjukvården vara mer frikostig med receptutskrivning av läkemedel, som t.ex. antibiotika. Läkemedel som inte kan köpas receptfritt i Sverige kan finnas tillgängliga på apotek i andra länder. För personer som befinner sig i en ny och kanske väldigt annorlunda kultur kan saker verka förvirrande eller oförutsägbara. Asylsökande har ofta bristfällig kunskap om hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar. Att erbjuda information och verktyg kan ge de asylsökande en känsla av kontroll och större möjligheter att navigera i den situation de befinner sig i. Som nämndes i kapitel 12 om kulturell briefing kan information om mottagarlandet, i synnerhet om hälso- och sjukvårdssystemet, hjälpa till att överbrygga gapet mellan den asylsökande och mottagarlandet.

13.2.1 Syfte

- Att informera om och orientera asylsökande i hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige och främja kulturell anpassning
- Att informera asylsökande vuxna och minderåriga om deras rätt till sjukvård
- Att stärka asylsökande med kunskap om hur man söker vård
- Att underlätta tillgången till vård
- Minska missuppfattningar och missförstånd.

13.3. Vem ger hälsoinformationen?

Hälsoinformationsmöten kan ges av personer med praktisk erfarenhet av hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige och med kunskap om rådande lagstiftning (rätt till vård). Både

yrkespersoner och lekmän (sjuksköterskor, rådgivare och kulturtolkar) kan utbildas i att ge hälso- och sjukvårdsinformation. I den här interventionsmodellen är rådgivaren (med paramedicinsk expertis) vanligtvis ansvarig för planeringen och genomförandet av hälsoinformationsmötet tillsammans med kulturtolken. Flera län och kommuner i Sverige använder hälsokommunikatörer. Hälsokommunikatörer har vårdrelaterad utbildning och kulturell kompetens som underlättar arbetet med informationsspridning och orientering i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Hälsokommunikatörerna talar både svenska och andra språk som är vanliga bland asylsökande och nyanlända flyktingar ⁹⁰.

13.4. Vilken är målgruppen?

Alla asylsökande. Information om asylsökandes rätt till sjukvård kan också ges till all personal som är involverad i att ge stöd till asylsökande, däribland såväl medicinsk som icke-medicinsk personal inom primärvården.

13.5. Hur ska hälsoinformationen ges?

13.5.1 Förberedelser

- Samla in kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet och asylsökandes rätt till vård (se kapitel 2 - Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet för asylsökande).
- Märk ut på en karta platsen för närmaste vårdcentral, jourcentral samt sjukhus med akutmottagning etc. **Vårdguiden 1177** kan användas för att söka lokal information och hitta namn, adress, telefonnummer, öppettider, eventuella specialistavdelningar, avgifter etc. Den samlade informationen kan läggas till i en tabell, på en affisch med kartor etc.
- Förbered allt material som behövs för hälsoinformationsmötet och anpassa materialet i enlighet med de specifika förutsättningarna. I den här interventionsmodellen är materialet baserat på Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) Kultur- och språk-anpassad hälsoinformation ⁹¹:
 - *Affisch*: Affischen är huvudsakligen baserad på symbolspråk för att öka möjligheten att informationen når fler grupper, inklusive de som har läs- och skrivsvårigheter.
 - *Video*: Kortfilmsserier har utvecklats på flera språk för att ge information om den svenska hälso- och sjukvården, information om hälsoundersökningar och hur man söker vård.
 - *Presentation*: En digital presentation kan användas som underlag för gruppinformation och anpassas till varje organisation som använder den. Huvudbudskap kan också skrivas på ett blädderblock eller använd dina bilder utskrivna och laminerade på möten med få deltagare.
- Informera deltagarna om datum, lokal och syftet med hälsoinformationsmötet. Detta kan göras genom att sätta upp affischer på anläggningsboenden eller andra platser (som vårdcentral och bibliotek).

⁹¹ Uppdrag Psykisk Hälsa. Verktysbanken. <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/verktysbanken/?st=13640> (Hämtad 2018-03-28)

13.5.2 Genomföra informationsmötet

- Förklara syftet med hälsoinformationsmötet och hur lång tid det kommer ta. Presentera dig själv och andra personer som deltar, till exempel tolk/kulturtolk.
- Förklara att mötet baseras på dialog och lyssnande, tala om att de gärna får ställa frågor och/eller ta upp saker som oroar dem.
- För att få förståelse för deltagarnas beteende gällande uppsökande av sjukvård i deras ursprungsländer, fråga deltagarna hur de sökte sjukvård i sina ursprungsländer och hur tillgången till vård såg ut där.
- Fråga om deltagarna har några frågor. Svara på de frågor som du har svaret på och skriv ner de frågor du inte kan besvara. Var tydlig med att mötena inte är till för konsultation om deltagarnas personliga hälsoproblem utan istället ska guida dem i hur de kan söka vård.

13.5.3 Avsluta informationsmötet

Förbered avslutandet av hälsoinformationsmötet i god tid (respektera tidsramen som sattes i början av mötet). Det bör finnas tillräckligt med tid för att sammanfatta mötet och att ha en stund för frågor och utvärdering.

- Sammanfatta det ni har diskuterat under mötet.
- Tacka deltagarna för att de var med och delade sina tankar.
- När mötet är avslutat, utvärdera mötet (på individnivå eller med hela gruppen) och fråga:
 1. Lärde du dig något nytt om det här ämnet? Vad då?
 2. Vad tyckte du var bra med mötet?
 3. Vad kunde ha gjorts annorlunda?
 4. Var det någonting du inte gillade?
 5. Skulle du vilja delta i ett liknande möte igen?
 6. Har du några förslag på liknande möten som skulle kunna planeras i framtiden?

Skriv ner den återkoppling som ges och använd den när du planerar nästa hälsoinformationsmöte.

13.6. Verktyg

Affischer på olika språk

- ➔ Se exempel <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/verktyg/kultur-och-sprakanpassad-halsoinformation/>

Videor på olika språk

- ➔ Se exempel <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/verktyg/kultur-och-sprakanpassad-halsoinformation/>

Digital presentation eller utskrivna bilder

- ➔ Se exempel <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/verktyg/kultur-och-sprakanpassad-halsoinformation/>

Dator och projektor (om du använder digital presentation och videor)

13.7 Särskilda hänsynstaganden

13.7.1 Minderåriga

Mötet kan även hållas för minderåriga. Mötet kan anpassas med ytterligare specifik information om barn- och ungdomshälsa, dock har det inte gjorts i den här interventionsmodellen. Relevant information för ungdomar mellan 13 och 25 år finns tillgängligt på webbsidan www.umo.se eller på olika språk på www.youmo.se

KAPITEL 14

PSYKOSOCIALT STÖD FÖR PERSONAL OCH VOLONTÄRER

14.1 Vad är psykosocialt stöd?

Psykosocialt stöd för personal och volontärer inkluderar en rad förebyggande åtgärder som inriktar sig på stressfaktorer när man arbetar med asylsökande. Det innebär också känslomässigt stöd för både grupper och individer som innefattar medvetandegörande, stresshantering, delande av erfarenheter och hantering av den känslomässiga börda som följer av att komma i kontakt med mänskligt lidande.

14.2 Varför ge psykosocialt stöd?

Att arbeta med asylsökande kan ge stor tillfredsställelse men också innebära många stressfaktorer som påverkar personalens/volontärens personliga välmående och hälsa. På sikt kan det även influera kvalitén på stödet som ges. Personal/volontärer finner ofta mening i sitt arbete vilket hjälper dem att klara av situationer de utsätts för (t.ex. traumatiska historier, förlust och sorg, liksom mötet med överväldigande känslor av maktlöshet hos de asylsökande). Trots detta kan den krävande situationen överstiga deras förmåga att hjälpa och i slutändan kan de uppleva att de inte har gjort tillräckligt. Personal/volontärer kan också känna stress som har att göra med arbetsvillkor och organisatoriska problem.

Att vara utsatt för höga stressnivåer kan få konsekvenser för den fysiska hälsan, känslolivet, beteenden och kognitiv förmåga. Det kan leda till utmattning och fysisk kraftlöshet med en ökad risk för infektioner, en berg-och-dalbana av starka känslor, både positiva och negativa, som gör dig känslomässigt utmattad, stark frustration som leder till bristande motivation samt tvivel på dig själv, ditt engagemang och dina värderingar. Att identifiera dessa utmaningar, inse den effekt de har på dig och utveckla resurser för att förebygga eller hantera dem är därför extremt viktigt.

14.2.1 Huvudsakliga risker för personalens och volontärers psykosociala hälsa ⁹²

Arbetsvillkor: kan vara hårda, fysiskt och känslomässigt krävande med långa arbetstimmar och brist på grundläggande bekvämlighet.

Organisatoriska problem: otydlig eller icke-existerande arbetsbeskrivning, brist på information och genomgångar, frånvarande eller bristfällig ledning, inga tydliga gränser mellan arbetstid och ledig tid, icke-stöttande arbetsmiljö där personalens/volontärernas välmående inte värderas och där deras insatser inte erkänns och uppskattas.

Strävan efter heroism och orealistiska förväntningar: i sin strävan att vara till hjälp kan personal/volontärer ibland förneka sina egna behov och arbeta outtröttligt utan att sätta gränser. Det kan leda till höga stressnivåer och utmattning. Vissa asylsökande kan också

⁹² Baserat på: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. Caring for Volunteers – A Psychosocial Support Toolkit.

ha orealistiska förväntningar på vad personalen/volontärerna kan göra för dem. Att vara oförmögen att möta människors överväldigande behov kan skapa en känsla av otillräcklighet och av att vara värdelös.

Långvarigt bemötande av mänskligt lidande kan leda till empatitrötthet: empatitrötthet är ett tillstånd som karakteriseras av ett gradvist minskande av medkänsla över tid och en typ av stress som bl.a. kan orsakas av att ta hand om andra. Det kan vara en naturlig konsekvens av stress som följer av att ta hand om och hjälpa människor som varit med om svåra händelser.

Exponering av berättelser om traumatiska händelser samt erfarenhet av egna trauman: detta utgör stress i sig själv och kan öka ens egen rädsla för död och lidande. Det kan också återuppväcka personliga minnen av liknande traumatiska händelser. Att bevittna traumatiska händelser – eller höra historier om trauma och förlust – kan vara väldigt påfrestande.

14.2.2 Syfte

SYFTET MED FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

- Att identifiera och analysera hälsorisker som är kopplade till varje medarbetares arbete (gällande hälsa, säkerhet och trygghet)
- Att genomföra åtgärder för att stävja eller minska riskerna.
- Att ge tydlig information till de anställda om hälsoriskerna som identifierats och förekommer i arbetet så att de med god kunskap om riskerna kan välja att tacka ja eller nej till arbetet eller till att stanna kvar i en viss befattning

SYFTET MED EN GRUPP FÖR KÄNSLOMÄSSIGT STÖD

- Att minska stress och förhindra utmattningssyndrom
- Att bli medveten om känslor som kopplas till det professionella arbetet, att uttrycka och acceptera känslor, att utveckla verktyg för att bemöta/minska känslorna och förhindra att de går ut över jobbet eller privatlivet
- Att identifiera resurser på individ- och gruppnivå och hitta copingstrategier både för individer och grupper
- Att hjälpa deltagare att analysera yrkesmässiga situationer och hålla emotionell distans
- Att möjliggöra för deltagarna att dela med sig av sina erfarenheter. Att dela med sig av erfarenheter socialt har en terapeutisk effekt
- Att ge tid och plats för alla att uttrycka sig; alla har rätt att tala öppet om vad de upplevt och hur de hanterar situationen
- Att skapa förtroende och stärka banden inom gruppen

14.3 Vem ger psykosocialt stöd?

Organisationer har ofta en “duty of care”-policy som fastställer det ansvar en arbetsgivare har gentemot sina anställda. Duty of care är en juridisk förpliktelse för arbetsgivaren att identifiera och analysera hälsorisker relaterade till varje anställds arbete och upprätta åtgärder för att kontrollera och, vid behov, reducera eller stävja dessa risker. För att undvika

fysiska och psykiska problem och därmed främja de anställdas välmående när de arbetar, måste arbetsgivaren med andra ord vidta nödvändiga förebyggande åtgärder. I den här interventionsmodellen har de anställda erbjudits regelbundna gruppssessioner för känslomässigt stöd och vid behov även individuella stödsamtal med en extern psykoterapeut. För volontärer som inte är del av en organisation är det ännu viktigare att identifiera olika typer av individuella stressfaktorer och personliga behov. Om det inte finns stödnätverk/grupper tillgängliga kan individuellt stöd ges av primärvården eller företagshälsovården.

14.4 Vilken är målgruppen?

All personal och alla volontärer som arbetar med asylsökande.

14.5 Hur ska psykosocialt stöd ges?

14.5.1 Förebyggande åtgärder: inriktning på stressfaktorer

Eftersom det inte är möjligt att totalt förebygga alla stressfaktorer och eftersom alla människor är mottagliga för olika typer av stressorer så kommer en viss grad av stress alltid förekomma i projekt och på arbetsplatsen. Dock kan åtgärder tas för att minska sannolikheten att personalen/volontärer utvecklar stressrelaterade problem, genom att utrusta dem med information och stöd. För att förebygga att stress byggs upp är det viktigt att också tänka på de fyra fundamentala behoven för alla människor:

- *Fysiska behov:* Att ta hand om sina basala fysiska behov är grundläggande. Om din kropp (motorn) inte har tillräckligt med bränsle för att fungera, vad kan du egentligen åstadkomma?
- *Behovet av att ha en känsla av kontroll:* Förståelse är vitalt för att känna kontroll över sig själv och sin miljö, speciellt om sammanhanget är föränderligt eller oförutsägbart.
- *Behovet av att ha en känsla av mening:* Att finna mening i vad vi gör är väsentligt för att kunna arbeta på ett givande sätt i ett projekt.
- *Behovet av att ha en känsla av tillhörighet:* Att vara del av en grupp tillåter oss, genom den sociala interaktionen och säkerheten det skapar, att växa, lära och utveckla oss själva. Människor är sociala varelser.

UNDERSÖK SITUATIONEN/LÄR KÄNNA DIG SJÄLV

Förstå att det är mänskligt att bli berörd av att arbeta med asylsökande. Stress, vemod, sorg eller vrede är normala reaktioner under sådana omständigheter. Det är därför viktigt att undersöka (tillsammans med dina kollegor) de psykosociala risker/stressfaktorer som förekommer i varje projekt/arbetsplats och att diskutera möjliga lösningar tillsammans. Gör sedan en plan för att minska de psykosociala stressfaktorerna.

TA ITU MED STRESS- FAKTORERNA

När personal/volontärer känner negativ stress är det viktigt att ta ett steg tillbaka och hitta sätt att minska stressen, till exempel:

A) Ha realistiska förväntningar

- Behoven kanske är enorma men du kommer inte kunna möta alla behov. Var realistisk och ödmjuk inför vad du kan göra utifrån din nivå och vad som ligger utanför det. Kom ihåg att du inte är den enda som ger stöd till asylsökande, det finns även andra inblandade som kan komplettera ditt arbete. Det kommer

**INFÖR HANDLEDDNING
OCH/ELLER
KOLLEGIAL HAND-
LEDNING PÅ
REGLBUNDEN BASIS**

hjälpa dig att undvika att bli överväldigad av människors behov eller att känna dig otillräcklig.

- Sätt realistiska mål och ta dig inte an mer än du klarar av.
- Sänk kraven på dig själv. Försök att skilja mellan vad som verkligen är viktigt och alla saker som verkar vara brådsakande. Gör prioriteringar och släpp taget om andra uppgifter under tiden.
- Förändra dina förväntningar på dig själv.

B) Jobba med organisatoriska faktorer som arbetsförhållanden och kommunikation

- Organisera genomgångar av projektet.
- Ha tydliga arbetsbeskrivningar (mål och roll i teamet).
- Främja hanterbara arbetsscheman och viloperioder. Begränsa tiden du tillbringar i stressiga sammanhang genom att byta arbetsuppgift och ta lite ledigt.
- Tillhandahåll fysiska arbetsplatser och medel för att arbeta.
- Ge erkännande av engagemanget, arbetet som gjorts och svårigheter genom regelbundna diskussioner och möten.
- Stimulera en stöttande lagdynamik och kommunikation. Teambuilding-aktiviteter kan behövas.

Handledning

För de team som har hand om invecklade fall kan det vara lämpligt att införa ärendediskussioner eller handledning för att stärka deras kompetens. Handledning, vilket kan göras individuellt eller i grupp, bör i den här interventionsmodellen utföras av en expertpsykolog med mer erfarenhet och teknisk bakgrund som tar rollen som facilitator och som kan ge specifika förklaringar, förtydliganden eller verktyg där det behövs.

Kollegial handledning

Kollegial handledning används när en personalgrupp ordnar arbetssessioner med andra kollegor i syfte att stötta varandra och uppmuntra gemensamt lärande och utbildning. Deltagare använder ärendediskussioner och andra verktyg för att diskutera frågor som är av gemensamt intresse. Det baseras på principen om kamratstöd och kräver inte att en extern expert är närvarande.

14.5.2 Känslomässigt stöd

**HANTERING AV DEN
KÄNSLOMÄSSIGA
BÖRDAN KOPPLAT
TILL UTSATTHETEN
FÖR MÄNSKLIGT
LIDANDE**

- Om du märker att du identifierar dig för mycket med asylsökandes smärta, sorg eller svårigheter, försök att distansera dig själv genom att dela med dig av dina erfarenheter med kollegor, volontärer, vänner eller familjemedlemmar eller genom att fokusera mer på dig själv, annars kan det hindra dig att vara effektiv i det hjälpsamma arbetet.
- Den huvudsakliga metoden är att tillåta teammedlemmarna att ge uttryck för känslomässiga svårigheter som de stött på i sitt arbete. Det finns inga fördelar med att dölja dessa svårigheter eftersom de då riskerar att ackumuleras och att ge sig till känna ännu kraftfullare vid ett senare tillfälle.
- Det kan göras informellt, genom småprat när man träffar en kollega, eller ännu bättre mer formellt genom att avsätta en stund för att diskutera dessa frågor på möten med teamet.
- Efter särskilt svåra dagar kan det vara bra om chefen samlar sitt team för att prata om hur varje person upplevde dagen och brainstorma kring stöttande åtgärder som kan vidtas i framtiden.

**BILDA EN GRUPP FÖR
KÄNSLOMÄSSIGT
STÖD**

De anställda bör erbjudas regelbundna gruppssessioner för känslomässigt stöd.

Vi rekommenderar starkt gruppssessioner av följande skäl:

- Att dela erfarenheter socialt har en terapeutisk effekt
- Det gör det möjligt att dela med sig av individuella styrkor och att gruppens resurser/styrkor framgår
- Det bidrar till att stärka länken mellan de anställda och möjliggör ömsesidigt stöd
- Det gör det möjligt att nå många fler än vid individuella sessioner.

INDIVIDUELLT STÖD

Närhelst det behövs ska individuellt stöd med en extern facilitator (psykolog/psykoterapeut) erbjudas.

FRÄMJA EGENVÅRD

Främjande av egenvård som kan mildra effekterna av stress. Att ta hand om kropp och själ kan vara en skyddande faktor mot stress:

- Fysiska övningar: För att bidra till att hantera och förebygga stress och annan psykisk ohälsa.
- Yoga, meditation och avslappningsövningar är också bra sätt att hantera och förebygga stressreaktioner.
- Olika tekniker för andning och för att samla sig kan lugna kropp och själ.