

## Kapitel 7

# UPPLEVD OHÄLSA HOS VUXNA ASYLSÖKANDE

Solvig Ekblad

I föreliggande kapitel presenteras en avslutad intervjustudie på 108 asylsökande. Under upplägget togs stor hänsyn till gruppens sårbarhet för upplevd ohälsa, stigma och tillträde endast till akut vård och vård som inte kan anstå. De asylsökande visar jämförbara siffror med andra studier när det gäller erfarenhet av krig, men har högre siffror på svåra traumatiska upplevelser före ankomst såsom tortyr och sexuella övergrepp samt förlust av anhöriga. Att inte känna sig isolerad och inte uppleva tidsspillan under väntan på asyl halverade risken för suicidala tankar. Traumatiska påfrestningar före ankomst kom i bakgrunden för påfrestningarna under asylprocessen. Slutsatserna av studien är att hälsofrämjande strategier bör introduceras och utvecklas från Dag 1 i asylmottagandet på olika nivåer: (1) att tiden för asylprocessen minimeras, (2) att den asylsökande är i ett sammanhang, (3) att mottagningspersonal erbjuds kontinuerlig handledning, (4) att asylsökande får av sjukvårdspersonal hälso- och sjukvårdsinformation och kunskap om risk- och skyddsfaktorer för upplevd ohälsa, (5) att kontinuerligt kvalitetssäkra att varje nyanländ erbjuds en gratis hälsoundersökning och hälsosamtal, att tiden utökas för genomförandet och efter behov, samt följs upp i samband med permanent uppehållstillstånd som grund för mål med introduktion, SFI (svenska för invandrare) praktik och arbete, samt (6) att det finns tillgång för vård efter behov och som är oberoende av juridisk status.

**SÖKORD:** etik, upplevd hälsa, asylsökande, arabisktalande, mänskliga rättigheter, trauma, postmigrationsstress, känsla av sammanhang, posttraumatiskt stressyndrom

## INTRODUKTION OCH BAKGRUND

Behovet av forskning och metodutveckling för kartläggning av hälso-relaterade psykosociala behov hos asylsökande betingas av att ett betydande antal asylsökande kommit till vårt land under de senaste åren. Starten här i landet är av betydelse för hur det fortsatta livet kommer att te sig. Enligt FN:s flyktingkommissariat (UNHCR) fanns det i världen under 2007 16 miljoner flyktingar, och 51 miljoner internflyktingar, totalt 67 miljoner flyktingar och internflyktingar i världen. Sverige är det land i Norden som under de senaste fem åren (2003-2007) har tagit emot flest asylsökande, fyra av fem asylsökande sökte asyl i Sverige (31 350, 23 160, 17 530, 24 320 och 36 210). Sverige är bland de 51 industriländerna som under 2007 tog emot näst flest asylsökande (UNHCR 2007). För närvarande kommer hälften av antalet asylsökande från Irak.

Socialstyrelsen har i olika dokument och rapporter betonat vikten av hälsosamtal för människor som söker asyl och bristerna vad gäller forskning om systematisering och effekterna av sådana samtal (SoS-rapport 2000:3). Enligt en internationell (Bhui m.fl. 2006) och nationell kunskapsöversikt (Lindencrona m.fl. 2006) har många asylsökande i sitt bagage svåra traumatiska upplevelser. Dessa kartläggningar visar att sådana upplevelser är en klar signifikant riskfaktor för psykisk ohälsa (Jaranson m.fl. 2007), men en andra riskfaktor är, enligt Silove och Ekblad (2002), postmigrationsstress i form av dåligt bemötandet i flyktingmottagandet (t.ex. att inte få tillgång till vård efter behov). En intervjustudie (Ekblad och Shahnavaz 2004) av vuxna asylsökande visar att det är viktigt att uppmärksamma brott mot mänskliga rättigheter som ägt rum före ankomsten till Sverige och dess samband med upplevd ohälsa och som kan påverka asylsökandes trovärdighet. En förstudie om frågor kring tillgänglighet till vård med asylsökande på en vårdcentral för asylsökande i Stockholm (Ekblad och Zand 2006) visar att ju längre de asylsökande hade bott i Sverige desto färre upplevde att deras behov av vård hörsammades. I ett EU-perspektiv visar en studie (Norrdam, Mygind och Krasnik 2006) att tillgången till sjukvård för asylsökande i EU-länderna varierar och är ofta baserad på miniminormer (European Commission 2003). Sverige tillhör en minoritet av de länder inom EU där vuxna asylsökande endast har rätt till akutvård och vård som inte kan anstå.

Asylsökande överanvänder inte psykiatriska vården (SoS 2003) i någon större utsträckning, men har komplexa behov som utmanar existerande vårdavsnitt. Forskning om nyanländas behov behövs för att kunna utveckla hälsofrämjande strategier i asylmottagandet.

Internationella hälsofrämjande principer för asylsökande handlar bland annat om goda livsvillkor och att väntetiden är en "god arbetsmiljö" för deltagarna. För att uppnå detta behövs ett förbättrat kunskapsläge om orsakerna till varför vissa nyanlända klarar sig bättre än andra under migrations- och integrationsprocessen i mottagarlandet och mekanismerna bakom där brukarnas perspektiv inkluderas. Detta är av värde för vårt samhälles planering av riktade insatser för olika grupper när det gäller att främja folkhälsan generellt i Sverige.

Det finns många utmaningar och riskfaktorer för upplevd ohälsa som asylsökande erfar efter att ha flytt från krig, tortyr, förföljelse eller andra kränkningar av deras mänskliga rättigheter. Efter ankomsten till ett mottagarland och i väntan på uppehållstillstånd uppstår i regel nya utmaningar i att bemästra traumatiska livshändelser före ankomst och postmigrationsstress/ackulturationsstress (Silove och Ekblad 2002). Asylsökande befinner sig i en extra utsatt situation då tillgången till service, såsom hälso- och sjukvård, skola och arbete i samhället, är begränsad för dem. Traumatiska påfrestningar har grupperats och kategoriserats i kronologiska sekvenser såsom före flykt, flykt, och efter ankomst erfarenheter (Ager 1993). Senare forskning har skiftat fokus från sådana kronologiska konsekvenser av traumatiska påfrestningar till effekter av erfarenheter i mottagarlandets omgivning. Speciellt har pekats på sambandet mellan olika mottagningspolicy och psykisk hälsa hos asylsökande och flyktingar (för en översikt se Watters och Ingleby 2004). I en kunskapsöversikt på området pekar Silove m.fl. (2000) på att det finns en växande kunskap om att "tyst" postmigrationsstress (t.ex. förvar, restriktioner att få arbeta, boende, utbildning och välfärd, liksom trötthet, isolering, och erfarenheter av diskriminering) tillsammans med tidigare traumatiska upplevelser före ankomst påverkar den upplevda hälsan i en negativ riktning. Detta gäller i synnerhet psykisk hälsa.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården i vårt land planeras utifrån befolkningens behov. Stockholms läns landsting (Blomgren 2002) betonar vikten av gemensam värdegrund och hälsa för hela befolkningen. Upptäckt och kartläggning av upplevd ohälsa är av centralt intresse för denna delstudie. Självrapporterad hälsa har visat sig vara en god markör för framtida mortalitet (Lindström m.fl. 2001).

## **Syfte**

Det aktuella kapitlet har som syfte att kartlägga samband mellan stress före och under asylprocessen och upplevd ohälsa under asyltiden. Avsikten är också att jämföra resultat av studien med tidigare

studier. Ett annat syfte är att belysa etiska utmaningar i forskning på asylsökande.<sup>1</sup>

Nedan följer inledningsvis en metoddiskussion följt av en presentation av studiens resultat. Kapitlet avslutas med en diskussion om resultatet.

### **Metoddiskussion**

Den aktuella studien är en intervjustudie som omfattar 108 vuxna asylsökande under insamlingsperioden november 2007 – juni 2008. I undersökningen<sup>2</sup> har ett skraddarsytt frågeformulär<sup>3</sup> med huvudsakligen validerade och reliabla internationellt erkända formulär använts. Intervjuformuläret innehåller följande delar: 1. Allmänna frågor om det aktuella besöket på asylmottagningen och hälsotillståndet samt frågor om levnadsvanor, 2. För hälsan relevanta bakgrundsfrågor såsom ålder, civilstånd, utbildning, sysselsättning, socialt nätverk och service, 3. Frågor om depressiva symptom, 4. Frågor kring traumatiska händelser före och efter ankomst, postmigrationsstress symptom och upplevd ohälsa, 5. Frågor kring samverkan och nätverk, samt 6. Utvärdering av frågorna. De intervjuade som uttryckte behov av kontakt med sjukvården förmedlades en sådan kontakt genom remiss via flyktingmedicinskt centrum (FMC).

Asylsökande inbjöds till frivilligt deltagande i samband med att de besökte FMC för den gratis erbjudna hälsoundersökningen och hälsosamtalen (SoS 1995, se även [www.uppdragsguiden.sll.se](http://www.uppdragsguiden.sll.se)).<sup>4</sup> De

---

<sup>1</sup> Delresultat kommer att presenteras från ett projekt som bär titeln ”Psykiska funktionshinder i ett transkulturellt perspektiv – samverkan mellan landsting och kommuner inom SLSO kring vård- och stödprocesser för flyktingar med psykisk sårbarhet. Projektet har medfinansiering under 2006-2008 från Europeiska flyktingfonden, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet (tidigare Institutet för Psykosocial Medicin som stängdes 1 okt 2007), FoUU/ psyk klin sydväst, södra länets sjukvårdsområde, Botkyrka psykosmottagning, Botkyrka kommun, Avesina AB Flyktingmedicinskt Centrum, Migrationsverket och Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap ([www.stressforskning.su.se](http://www.stressforskning.su.se)).

<sup>2</sup> Studien har godkännande från regionala etikprövningsnämnden (2007/817-31).

<sup>3</sup> Intresserad läsare är välkommen att ta kontakt med mig om utförlig beskrivning av frågorna.

<sup>4</sup> Tack till de asylsökande som intervjuades samt de tolkar som var behjälpliga under intervjuerna, koncernchef/CEO Shori Zand och verksamhetschef Annakarin Madsen, Avesina/Flyktingmedicinsk

fick information på svenska och arabiska och vid behov med auktoriserad sjukvårdstolk. Det var omöjligt att uppskatta bortfallet, då den erbjudna hälsoundersökningen är frivillig. Eftersom de asylsökande fick välja mellan att svara muntligen eller skriftligen så togs hänsyn till att det fanns eventuella analfabeter eller att man hade dålig syn men saknade glasögon. Språket var översatt/muntligen tillbakaöversatt på en grundskolenivå av auktoriserad translator och auktoriserad tolk.

En semi-strukturerad intervju genomfördes med en kurator från FMC, och en projektanställd PTP-psykolog i projektet under handledning av författaren som även genomförde en förstudie och inledande intervjuer. En arabisktalande tolk fanns med och som vid behov läste upp frågorna på arabiska för deltagaren och som översatte vad deltagaren svarade på de öppna frågorna och som skrevs ned av intervjuaren. Intervjun tog ca en timme.

## **HELHETSSYN PÅ HÄLSA – EN TEORETISK ANSATS**

*Hälsa* är en mänsklig rättighet. Richard Mollica, professor i psykiatri vid Harvard University och ansvarig för Harvard Program on Refugee Trauma (<http://www.hprrt-cambridge.org>) samt gästprofessor vid Karolinska Institutet har utgått från Världshälsoorganisationens (WHO) definition från 1946. Han har utvecklat följande definition på hälsa efter inspiration från forskning kring misshandlade kvinnor och andra utsatta grupper:

Hälsa är ett personligt och socialt tillstånd av balans och välbefinnande i vilket människor känner sig starka, visa och värdefulla; där deras olika kapaciteter och rytmer värderas; där de kan bestämma och välja, uttrycka sig och röra sig i frihet (Lindencrona m.fl 2006:19).

Inom forskningsfältet folkhälsa inklusive psykisk hälsa råder konsensus om att livsvillkor har samband med befolkningens hälsa. Vidare finns data om att hälsan för grupper födda utanför Sverige har sämre hälsa än den övriga befolkningen (en översikt – se Lindencrona m.fl. 2006). Arbetet för en förbättrad och jämlik hälsa oberoende av status är därför ett ansvar för många sektorer i vårt samhälle. I den aktuella studien är därför fokus på hur asylsökandes livsförutsättningar och upplevda ohälsa, kan relateras till möjliga hälsoområden

---

centrum AB (FMC), Fittja för möjligheten att genomföra intervjustudien, till intervjuarna: kurator Samuel Rajeus, FMC och forskningsassistent och PTP-psykolog Zaida Millache-Moscoco, Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet. Tack även till auktoriserad translator Nael Tuqan som skriftligen översatte frågorna och auktoriserad tolk Seham Salci som muntligen tillbakäversatte frågorna.

i ett teoretiskt perspektiv såsom anknytning, trygghet, identitet/roller, mänskliga rättigheter och existentiell/meningsskapande (Silove 1999; Ekblad och Silove 1998). Varje individ är unik och har därmed olika förutsättningar för olika hälsoområden. Individer kan också vara olika utsatta för brister på olika nivåer (individ- organisations- och policynivå). Livssituationen under tiden personen har lämnat in en asylansökan och tills dess att denne får ett slutgiltigt besked består av många psykiska påfrestningar, till exempel väntan, osäkerhet om framtiden och boendesituationen (Ginsburg och Bäärnhielm 2007). Hur relationen ser ut mellan en asylsökande och dennes omgivning ger alltså olika förutsättningar för upplevd ohälsa.

Hanteringsförmåga har rönt stor uppmärksamhet i andra forskningssammanhang men ännu väldigt lite inom asylmottagandet och upplevd ohälsa. I de få studier som använt Antonovskys (1991) teoretiska modell om känsla av sammanhang bland utlandsfödda i en svensk mottagningskontext har det konstaterats att låg känsla av sammanhang har samband med psykisk ohälsa. Ett hälsofrämjande asylmottagande måste därför ge fokus på hur omgivningen kring asylsökande ser ut och vilka insatser som kan genomföras för att stärka den asylsökande och optimera förutsättningarna i samhället under tiden i väntan på asyl.

## **RESULTAT**

Det kvantitativa materialet i den föreliggande studien, det vill säga frågor med bundna alternativa svar och skalsteg, fördes in i ett statistiskt program (SPSS 16.0) och analyserades därefter på sedvanligt sätt för att skillnader mellan grupper skulle kunna synliggöras. Några citat belyser resultaten. Totalt deltog/fulföljde 108 (59 män respektive 49 kvinnor) vuxna asylsökande i att besvara frågorna. Siffrorna inom parentes nedan är procentsatser.

### **Intervjupersonernas sociodemografiska bakgrund**

Drygt hälften (61,5) var gifta och knappt en tredjedel ogifta (31,2). Resten var änka/änkling eller skild. Det var jämn fördelning mellan könen, men något högre för män (54,6) jämfört med kvinnor (45,4). Genomsnittsåldern var 28 år (min-max: 19-56 år). Knappt tvåtredjedelar hade barn (63,3) och vanligast var det att ha två barn (min-max 0-7 barn). De hade i medel gått 12 år i skolan (min-max: 0-23). De hade arbetat i genomsnitt nio år (min-max: 0-30 år). Knappt en femtedel (16,5) av kvinnorna hade varit hemmafru i sitt hemland före ankomsten. De asylsökande hade varit i Sverige i medel åtta månader (min-max: 1-147 månader). Alla talade arabiska och de flesta (75,2) kom från Irak, följt av Syrien (11,0) och Egypten (3,7). Enstaka kom

från Libanon, Libyen, Palestina och Tunisien. Nästan fyra av tio (39,4) kom från huvudstaden i Irak, Bagdad, följt av Mosel (11,9). Knappt hälften (45,0) hade bytt bostad efter ankomsten. Bland dem som bytt bostad efter ankomsten svarade knappt hälften (44,9) att de bytt en gång (min-max: 0-6 byten). Drygt hälften (58,7) svarade att de bodde tillsammans med sina barn vid tiden för intervjun och 29,4 tillsammans med andra.

### **Orsak till flykten och påfrestningar innan och efter ankomsten**

Den främsta orsaken till flykten var att man flytt för att rädda sitt liv (74,8). De vanligaste traumatiska upplevelsorna som över hälften av deltagarna erfarit före ankomst var att ha varit nära döden (88,1), upplevt krig (85,3), erfarit mord på familjemedlem eller vän (77,1), har varit sjuk utan att ha haft tillgång till medicinsk vård (76,1), erfarit att ha blivit separerad från familjemedlemmar med tvång (69,7), upplevt avsaknad av mat eller vatten (67,9), någon av anhöriga varit kidnappad i hemlandet (64,2) och själv blivit fysiskt och/eller psykiskt torterad (63,3) (Tabell 1). Aktuella traumatiska upplevelser av separationer och förluster kan åskådliggöras med följande citat från två av de intervjuade:

Kriget har delat min familj och var och en finns i ett land och vi bor långt ifrån varandra. Jag mår psykiskt dåligt, min man lider av djup depression och döden följer honom överallt. Mina barn finns i ett främmande land och ingen kan ta hand om dem. Min son är hotad till döden och han lider av djup depression också på grund av rädsla och han är hotad till döden av en grupp vi inte känner till. (43-årig gift kvinna)

Kriget har påverkat mig mycket, jag har förlorat mina barn, min farbror, min faster. Min man mår inte bra på grund av kriget, mår psykiskt dåligt eftersom vi förlorat gemensamma barn och hans föräldrar och min mor mår inte bra. Jag kunde inte gå och hälsa på min mamma på grund av kriget för att jag bodde i Bagdad och mina föräldrar bodde i en annan stad och jag och min man flyttade från bostaden flera gånger. (28-årig gift kvinna)

En av syftena var att jämföra resultat av traumatiska livshändelser med jämförbara siffror från två andra snarlika studier; på asylsökande som var arabisk-, serbokroatisk- och persisktalande (Ekblad och Shahnava 2004) och massevakuerade från Kosovo (Roth m.fl. 2006). Deltagarna i aktuell studie visar i Tabell 1 jämförbara siffror när det gäller t.ex. upplevelser av krig, men har högre siffror på svåra traumatiska upplevelser såsom tortyr och våldtäkt och sexuella övergrepp samt förlust av nära och kära.

**Tabell 1.** Traumatiska livshändelser före ankomst till Sverige. Procentuell fördelning. Aktuell studie och jämfört med två tidigare studier på asylsökande (Ekblad och Shahnava 2004; Roth m.fl 2006). Procentsatser i parentes.

	Aktuell studie	Ekblad och Shahnava	Roth m.fl
Har du varit nära döden?	96(88,1)		112(60,5)
Har du någon gång upplevt krig på nära håll?	93(85,3)	83(91)	180(90,9)
Har du erfarit mord på familjemedlem eller vän?	84(77,1)	64(70)	94(48,2)
Har du varit sjuk utan att ha haft tillgång till medicinsk vård?	83(76,1)		108(56,5)
Har du erfarenhet av att ha blivit separerad från familjemedlemmar med tvång?	76(69,7)		86(44,6)
Har du upplevt avsaknad av mat eller vatten?	74(67,9)		147(75,0)
Har någon av dina anhöriga varit kidnappad i ditt hemland före flykten till Sverige?	70(64,2)		
Har du blivit torterad? Systematisk misshandel fysisk och/eller psykisk? Misshandel fysisk och/eller psykisk?	69(63,3)	37(41)	90(52,6)
Har du saknat tak över huvudet (skydd)?	35(32,1)	58(65)	146(74,1)
Har du varit kidnappad i ditt hemland före flykten till Sverige?	33(30,3)		53(27,7)
Blev du i så fall fysiskt skadad?	26(23,9)	18(20)	38(20,2)
Har du någon gång varit fängslad eller internerad av politiska och/eller religiösa orsaker?	24(22,0)	31(34)	19(9,9)
Har du varit utsatt för hjärntvättning?	18(16,5)		39(22,5)
Har du varit utsatt för våldtäkt eller sexuellt övergrepp?	13(11,9)	2(2)	8(4,4)



En faktoranalys av de 14 traumatiska upplevelserna före ankomst resulterade i fem dimensioner: Den första dimensionen, *krig och våld mot anhöriga*, bestod av krig och kidnappning, mord och onaturlig död av familjemedlemmar och anhöriga. Den andra dimensionen, *materiellt drabbad*, inkluderade att personen saknat mat, vatten, mediciner och tak över huvudet. Den tredje dimensionen, *kidnappning, nära döden och med tvång separerad från familj*, stod för kidnappning, utsatt för hjärntvättning, nära döden upplevelser och separerad från familjen med tvång. Den fjärde dimensionen, *brott mot mänskliga rättigheter och skada*, avsåg utsatthet för fysisk skada, att personen blivit fängslad och torterad samt misshandlad. Avslutningsvis den femte dimensionen inkluderade *våldtäkt eller sexuella övergrepp*. Dessa fem dimensioner utgjorde 60% av den totala variansen (21,6, 13,3, 10,4, 7,8, och 6,8). Intern konsistens var relativt hög 0.69 (Cronbach-alpha-koefficient).<sup>5</sup>

**Tabell 2.** Upplevda påfrestande situationer efter ankomst. 0= ingen påfrestning, 4=en mycket stor påfrestning.

Upplevda påfrestande situationer efter ankomst (%)	0	1	2	3	4
Orolig för sin familj eller andra anhöriga i sitt hemland eller i något annat land	1,9	1,9	4,6	3,7	86,1
Känner sig isolerad och ensam	2,8	6,5	9,3	17,6	62,0
Svårt att känna att tiden används på ett tillfredsställande sätt i Sverige	8,3	6,5	12,0	13,9	55,6
Upplever sig ha förlorat respekt och status i Sverige jämfört med tiden innan ankomst till Sverige	72,2	2,8	6,5	1,9	10,2
Känner sig utsatt för våld eller hot under sin tid i Sverige	78,7	4,6	1,9	3,7	6,5
Upplever sig diskriminerad eller dåligt bemött av kommunens eller andra myndigheters personal	81,5	5,6	2,8	0,9	3,7

De asylsökande som intervjuades upplevde de största påfrestande situationerna efter ankomst i att vara orolig för sin familj eller andra anhöriga i sitt hemland eller något annat land (86,1), följt av känner sig isolerad och ensam (62,0), samt har svårt att känna att tiden används på ett tillfredsställande sätt i Sverige (55,6) (Tabell 2).

De sex upplevda påfrestande situationerna efter ankomsten till Sverige utmynnade i en faktoranalys i följande tre dimensioner: (1) *diskriminerad av mottagningspersonal och statusförlust*, (2) *isolerad, ensam och tidsspill under väntan*, och (3) *oro över separerade familjemedlemmar och anhöriga*. Dessa tre dimensioner utgjorde 71% av den totala variansen (30,1, 24,0 och 16,7). Intern konsistens var relativt hög 0,52 (Cronbach-alpha-koefficient).

Tillgång till nätverk och service efter ankomst gav tre dimensioner i en faktoranalys: (1) *att få tillgång till hälso- och sjukvård för fysiska och psykiska behov*, (2) *att få kontakt med personer som är uppvuxna i Sverige och med personer som kommer från samma land som den asylsökande*, och (3) *att få kontakt och information om vad som händer i hemlandet och få tillgång till platser för religionsutövning*. Eftersom den interna konsistensen var låg 0,34 (Cronbach-alpha-koefficient) analyserades inte dessa dimensioner vidare.

## Upplevd ohälsa

Drygt hälften (60,0), något fler män än kvinnor (61,4 respektive 58,3) upplevde sig ha dålig hälsa (i en femgradig skala, 1=dålig, 2=i medel, 3=bra, 4=mycket bra och 5=excellent, min-max: 1-3, ingen svarade att de mätte mycket bra eller excellent). Symtomen kan åskådliggöras i följande citat om hur kriget har påverkat den intervjuade fysiskt och psykiskt.

Jag var rädd att jag skulle bli kidnappad, eller att bli av med mina ögon. Jag har mardrömmar hela tiden. Jag var rädd från våldtäkt från okända grupper. Jag brukar säga samma ord hela tiden och varje gång jag tänker på det så blir det bara värre och värre. Jag brukar göra sår på mina fötter och det kan hjälpa mig att inte tänka på andra saker, saker som hänt i familjen. Många gånger tänker jag på döden för att jag önskar att jag ska dö så jag inte får sådana problem (kidnappning). En släkt till mig har de dödat framför mina ögon och fortfarande önskar jag att ha varit i stället för honom. (22-årig ogift kvinna)

---

<sup>5</sup> Cronbach-alpha-koefficient som beräknas innan faktoranalys, mäter hur väl en uppsättning variabler beskriver en latent variabel.

Att inte känna sig isolerad, ensam och ej känna tidsspillan halverade risken för suicidala tankar (Tabell 3).

**Tabell 3.** Logistisk regressionsanalys av riskfaktorer för upplevd ohälsa

Risikfaktorer	Suicidala Odds ratio (OR)	tankar Konfidensintervall	p-värde
<b>Trauma före ankomst</b>			
Krig och våld mot anhöriga	0,970	0,646-1,458	0,883
Materiellt drabbad	1,128	0,748-1,701	0,565
Kidnappning, nära döden och med tvång separerad från familj	0,740	0,491-1,116	0,50
Brott mot mänskliga rättigheter och skada	0,899	0,597-1,353	0,609
Våldtäkt eller sexuella övergrepp	1,012	0,675-1,518	0,953
<b>Postmigrationsstress</b>			
Diskriminerad av mottagningspersonal och statusförlust	0,967	0,618-1,513	0,883
Isolerad, ensam och tidspilan under väntan	0,498	0,307-0,808	0,005
Oro över separerade familjemedlemmar och anhöriga	1,043	0,657-1,655	0,859

## DISKUSSION

### Bortfallet och mätmetodernas relevans

År 2007 genomgick 45% av alla nyanlända asylsökande i Sverige en hälsoundersökning (Wintzer 2008). Det är en ökning från 2006 då endast 30% av de nyanlända hälsoundersöktes. Aktuellt material kan inte svara på hur stort bortfallet var under aktuell insamlingsperiod i studiens upptagningsområde. Dock visar resultaten på att många av de intervjuade är i stort behov av snabb uppföljning och remiss till psykiatriska vården. En tänkbar orsak till bortfallet är en sammanblandning mellan rätten till hälso- och sjukvård och asylopolitiken. I litteraturen finns stöd för att människor som visar motstånd (undviker) mot hälsoundersökning efter en katastrof senare utvecklar diagnosen posttrau-

matisk stressyndrom (Weisaeth 1989). En ytterligare begränsning var att projektet var tidsbegränsat och därför fanns det inga möjligheter att följa upp de som fick remiss för uppföljning inom vården och om de fick nödvändig vård efter behov eller enbart akut vård och vård som inte kan anstå.

Det använda skraddarsyddna intervjuformuläret visade sig i huvudsak vara tillfredsställande för syftena med studien och det var i högsta grad relevant att ställa frågor om tidigare trauman före ankomst och postmigrationsstress i mottagandet under väntan på asyl. Det fanns även stöd från tidigare studier (Ekblad och Shahnavaz 2004; Roth m.fl. 2006). Intervjun avslutades med att deltagarna fick svara på tre utvärderingsfrågor. Deltagarna svarade att frågorna inte alls upplevdes som svåra/inte var så svåra (84). Frågorna upplevdes inte som närgångna/kränkande (84). Frågorna kändes mycket/ganska mycket relevanta (95).

### **Etiska aspekter**

Deltagarna fick en skriftlig och muntlig inbjudan att delta i studien. Den innehöll bland annat information om att det var helt frivilligt att delta i intervjun och som innebar att svara på frågor på arabiska/svenska och vid behov med hjälp av tolk. Intervjun började först efter det att den asylsökande hade gett ett muntligt informerat samtycke (Emanuel m.fl. 2000). Den asylsökande svarade muntligen på frågor som ställdes av en medarbetare som ingick i projektgruppen eller så fyllde den asylsökande i svaren själv. Medarbetare fanns tillgänglig om frågor. Den asylsökande hade full rätt att avbryta sin medverkan när som helst, utan att ange närmare skäl. Valet att delta i studien eller att inte göra det hade inte någon inverkan på dennes asylprocess. Dock fanns vid något tillfälle en osäkerhet för att vilja delta när intervjun sammanblandades med asylprocessen.

Det är viktigt att som forskare vara medveten om relationen till deltagaren. Det handlar om ett maktperspektiv där den asylsökande kan känna sig som offer och har låg status i mottagningslandet. En av de tre faktorer som kom fram var isolering och tidsspillan under väntan på asyl. Maktperspektivet måste hållas i minnet vid varje steg i forskningsprocessen: design, implementering, analys och spridning av kunskap (den tredje uppgiften). Mot denna bakgrund är det av vikt att ställa frågor inte bara om offer- och förövaridentitet utan också om individens styrka, vad han eller hon kan göra själv för att må så bra som möjligt, känslan av hopp, således inte bara fråga om individens sårbarhet. Under samtalet fick deltagaren möjlighet att berätta och få bekräftelse om sina traumatiska erfarenheter, känslor och beteenden.

Den risk som kan finnas är förknippad med hur känsligt sekretessbelagt material hanteras. Varje enkätsvar hade enbart ett kodnummer och allt material kodades samt var bara tillgängligt för forskargruppen. Resultatet redovisas på gruppnivå och citaten är avidentifierade.

## **Hälsofrämjande strategier bör introduceras och utvecklas från Dag 1 i asylmottagandet**

Hälsofrämjande strategier rekommenderas på olika nivåer och nedan diskuteras utifrån resultatet följande sex förslag.

### **1. Tiden för asylprocessen minimeras**

Den aktuella studien bekräftar hur livsförutsättningar som sätts i ett teoretiskt perspektiv för asylsökandes upplevda ohälsa relateras till hälsoområden såsom anknytning, trygghet, identitet/roller, mänskliga rättigheter och existentiell/meningsskapande (Silove 1999; Ekblad och Silove 1998). Isolering och tidsspillan under väntan på asyl är den dimension som framstår som den starkaste signifikanta riskfaktorn för suicidala tankar varför tiden för asylprocessen måste minimeras. Den enskilda människan som söker asyl koncentrerar sig på asylprocessen och det medför att tidigare trauman kommer i bakgrunden, men som förmodligen kommer att ge sig till känna senare.

### **2. Vikten av ett sammanhang**

I ett pressmeddelande från migrationsminister Tobias Billström (Pressmeddelande 13 december 2007) om mottagande av asylsökande står det bland annat att det är viktigt att bryta det utanförskap som i alltför stor utsträckning präglar nyanländas situation. Regeringens målsättning är att stärka arbetslinjen och ska nu föras även in i migrationspolitiken. Med andra ord ska människor kunna försörja sig själva redan under ansökningstiden. Dock finns det en risk att asylsökande på grund av upplevd ohälsa som har samband med traumatiska erfarenheter före ankomst och psykiskt påfrestande situationer under asylprocessen, har oförmåga att arbeta, något de själva inte kan styra över. Vidare kan de på grund av upplevd kronisk psykisk ohälsa ha sämre möjligheter att erhålla uppehållstillstånd.

Herlihy m.fl. (2002) har forskat på hur väl en asylsökandes berättelse överensstämmer vid två olika intervjutillfällen. Deras studie visade att avvikelser var vanliga och att dessa inte förklarades av vilja "att hitta på en historia". Det fanns en skillnad i minnen utifrån hur centralt respektive perifert dessa minnen upplevdes. Minnen som upplevdes centrala var mer konsistenta över tid än de minnen som kändes perifera. För asylsökande med kronisk psykisk ohälsa såsom

diagnosen PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) förekom avvikelser oftare och ökade ju längre tid som gick mellan intervjuerna. Forskarna i studien drog slutsatsen att i asylärenden försämrar dylika skillnader den asylsökandes trovärdighet. Risken finns att asylsökande med diagnosen PTSD nekas uppehållstillstånd ju längre tiden går mellan utredningstillfällena i asylprocessen.

### **3. Mottagningspersonal erbjuds kontinuerlig handledning**

En explorativ studie (Stålgren 2008) baserad på en total geografisk inventering med intervjuer med deltagare från Migrationsverket och från Svenska Röda Korset visar på vikten av handledning för personal/volontärer för att de ska kunna möta asylsökandes behov och deras osäkra livssituationer.

### **4. Asylsökande får av sjukvårdspersonal hälso- och sjukvårdsinformation och kunskap om risk- och skyddsfaktorer för upplevd ohälsa**

Ett pågående projekt (Ekblad 2008) med medel från Folkhälsoanslaget 2008 inom Stockholms läns landsting har i liten skala sen oktober 2008 startat hälsoinformation om två timmar av en leg sjuksköterska till asylsökande i samband med samhällsinformation. Denna hälsoinformation som till en början sker till arabisktalande vuxna asylsökande visar vid utvärdering med deltagarna vara klart relevant. Denna hälsoinformation i grupp med ansikte-mot-ansikte behöver utvecklas på läns- och nationell nivå med inslag av webbaserade hemsidor om hälsa (t.ex. landstingens vårdguide). Kunskap möjliggör känsla av egen kontroll.

### **5. Kontinuerlig kvalitetssäkring av att varje nyanländ erbjuds en gratis hälsoundersökning och hälsosamtal, att tiden utökas för genomförandet och efter behov, samt följs upp i samband med permanent uppehållstillstånd som grund för mål med introduktion, sfi, praktik och arbete**

Tio undertecknade parter<sup>6</sup> har enats om principer för samsyn till kring hälsa och den första tiden i Sverige samt angelägna förändringsområden för den fortsatta utvecklingen av berörda parternas arbete (Integrationsverket 2004). Ett av de angelägna förändringsområdena är ett förbättrat nyttjande av hälsoundersökning för asylsökande och andra nyanlända. Ett annat är förbättrad utbildning/kompetensutveckling.

---

<sup>6</sup> Integrationsverket, Institutet för Psykosocial Medicin, Karolinska Institutet, Landstingsförbundet, Migrationsverket, Myndigheten för skolutveckling, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, och Svenska kommunförbundet.

Årlig kvalitetssäkring av erbjudna hälsoundersökningar och hälsoamtal i landet finns ännu inte annat än hur många som genomgått undersökningen. Studien visar vid jämförelse med andra liknande studier som forskargruppen har genomfört, att de asylsökande har olika behov beroende på vilka traumatiska upplevelser de kommer med varför det är viktigt att kontinuerligt genomföra screening och med uppföljning efter behov. För att detta ska kunna genomföras på ett etiskt försvarbart sätt måste tiden för hälsoundersökningen och hälsosamtalet utökas. Tiden ska utgå från den enskildes behov och inte som nu antal genomförda undersökningar, och bör skrivas in i avtalet mellan landsting och utövare. Ett "vi – dom-tänkande" leder till en risk för avhumanisering när mottagningspersonal inte förstår den asylsökandes kommunikation av ohälsa. För att förstå de asylsökande som varit utsatta för tortyr och andra traumatiska övergrepp måste sjukvårdspersonal våga fråga om det och ge sig tid att lyssna. Därför behövs ibland särskild tortyrdiagnostik. När det gäller asylsökande vuxna som endast har rätt till akut vård rekommenderas att varje remiss inkluderar frågan: "Kan vård anstå?" (Ekblad och Roth 2009). Det optimala vore att den erbjudna hälsoundersökningen och hälsosamtalet följs upp vid permanent uppehållstillstånd så att introduktionsprogrammet anpassas så långt det är möjligt utifrån den enskildes individuella behov och resurser. Människor som söker asyl är inte en homogen grupp. En intervju med enkät till asylsökande kan öka medvetenheten om nya grupper med andra behov varför det är svårt att generellt använda tidigare resultat för nya målgrupper. Därför behövs forskning göras kontinuerligt på nya grupper och en självklarhet vore att en viss procentsats av verksamheten öronmärks till årlig kvalitetssäkring. Detta kan i sin tur minska risken för feldiagnos och behandling vid möte med asylsökande.

## **6. Tillgång för vård efter behov och oberoende av juridisk status**

I asylmottagandet handlar det om att så tidigt som möjligt bemästra sin situation, något som kommit fram i en tidigare studie på asylsökande (Ekblad och Shahnavaz 2002). Tidiga förebyggande insatser utifrån behov för asylsökande som lider av hälsorelaterade problem är en investering för alla. I FN:s tortyrkonvention (1984) artikel 14 står följande om återupprättelse och rehabilitering: "Varje konventionsstat skall i sitt rättssystem säkerställa att offret för en tortyrhandling erhåller upprättelse och erhåller en verkställbar rätt till en rimlig och adekvat gottgörelse, varmed även förstås medel för ett så fullvärdigt återvinnande av hälsa som möjligt".

Symptombelastning skall avgöra rätten till vård på lika villkor, men den nya lagen begränsar rätten till vård till vuxna asylsökande. Bland de generella principer som ska råda inom den psykiatriska vården är enligt Ginsburg och Bäärnhelm (2007: 7):

alla patienter oavsett juridisk status ska ha tillgång till omedelbar vård och vård som inte kan anstå. Vården ska bygga på en medicinsk bedömning av vårdbehovet. Vårdprogram gäller även asylsökande ... Begreppet "omedelbar vård och vård som inte kan anstå innefattar sådan vård som inte kan skjutas upp utan men för patienten och sådan vård som inte kan skjutas upp utan att läkarens grundprinciper bryts." Asylsökande patienter som aktualiseras vid psykiatriska enheter ska följaktligen få en professionell medicinsk bedömning och erforderlig behandling.

Det finns "a success story" i mottagandet. Vietnamesiska båtflyktingar har klarat sig mycket bra i Australien och det som utmärkte mottagandet av dem var att de snabbt beviljades medborgarskap och genom detta fick de fullständig tillgång till samma rättigheter som bofasta (Ekblad och Søndergaard 2005). Det är dags för samverkan mellan olika aktörer i asylmottagandet för att realisera rätten för vård efter behov och oberoende av juridisk status.



## Faktaruta 1. Vård för vuxna asylsökande i exempelvis Stockholms läns landsting ([www.uppdragsguiden.sll.se](http://www.uppdragsguiden.sll.se))

### **Primärvård**

En grundläggande princip är att asylsökande i första hand ska vända sig till landstingets särskilda asylmottagningar ([www.fmc.nu](http://www.fmc.nu)) i Rissne, Fittja och i Södertälje, där har personalen de kunskaper som behövs för ett adekvat mottagande av denna patientgrupp samt vid behov remitterar vidare till specialist.

### **Specialistvård**

Asylsökande kan vända sig till specialistvården (ex psykiatri, ortopedi, gynekologi, geriatrik m.fl.) utan remiss men betalar då SLL:s patientavgifter.

### **Akutsjukvård**

Vid akut vård kan asylsökande också söka sig till närmaste vårdcentral, jourmottagning, närakut eller sjukhus. Ersättningsanspråk ska riktas till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

### **Hälsosamtal/hälsoundersökning**

Både vuxna och barn ska erbjudas ett hälsosamtal/hälsoundersökning via Migrationsverket. Dessa genomförs av asylmottagningarna i Rissne, Fittja eller Södertälje.

### **Valfrihet och vårdgaranti**

Alla vårdgivare med vårdavtal har möjlighet att ta emot asylsökande om det kan anses orimligt att hänvisa till asylmottagningen med hänsyn till sjukdom, avstånd till asylmottagningen eller av andra liknande skäl.

Asylsökande har inte samma valfrihet som befolkningen i övrigt men kan åberopa vårdgaranti när man är bedömd och väntar på en åtgärd.

## **Faktaruta 2. Rätt till vård**

En asylsökande har tillgång till vård enligt en överenskommelse mellan landstingsförbundet och staten. När den asylsökande behöver vård måste han/hon visa upp LMA-kort alternativt ett intyg om att asylansökan nyligen är inlämnad.

### **Asylsökande barn under 18 år**

Har rätt till all hälso- och sjukvård plus tandvård.

### **Asylsökande över 18 år**

Har rätt till:

Omedelbar vård och vård som inte kan vänta.

Avgiftsfri mödrahälsovård/förlossningsvård.

Avgiftsfri preventivmedelsrådgivning/abortrådgivning.

Vård vid abort.

Avgiftsfri vård och åtgärder enligt smittskyddslagen.

Akut tandvård och tandvård som inte kan anstå.

### **Barn utan uppehållstillstånd ("gömda barn")**

För barn som vistas i landet utan att vara bosatta här och som tidigare har omfattats av bestämmelserna i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl., gäller att de har samma rätt till vård som länsinvånare dvs. all hälso- och sjukvård samt tandvård.

### **Gömda vuxna**

För vuxna som vistas i landet utan att vara bosatta här och som tidigare har omfattats av bestämmelserna i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl., har rätt till akut hälso- och sjukvård. Observera att vård för denna personkrets inte är subventionerad. Personer som omfattas av denna personkrets betalar hela vårdkostnaden.

### **Begrepp i regelverket – t ex vård som inte kan anstå/vänta**

Vuxna asylsökande har tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård samt vård som inte kan anstå. Den enskilde vårdgivaren avgör vad som ingår i vård som inte kan anstå. Därutöver erbjuds alla asylsökande ett hälsosamtal/undersökning via Migrationsverket.

### **Reservnummer**

Vid registrering av person som inte är folkbokförd i Sverige måste ett reservnummer användas. Reservnumret kan endast användas inom Stockholms läns landsting och inte av andra myndigheter eller landsting.

**Faktaruta 3. Ny lag och förordning om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (2008:344)**

En ny lag och en ny förordning om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera gäller från den 1 juli 2008. Lagen ersätter tidigare överenskommelser mellan staten (regeringen) och före detta Landstingsförbundet. Av förordningen framgår att Migrationsverket har en skyldighet att lämna uppgifter till landstingen om utlänningar som omfattas av lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera. De uppgifter som ska lämnas är: namn, födelsedatum, adress, språk, ärendenummer hos Migrationsverket och eventuella familjemedlemmar. Migrationsverket måste därmed i vissa avseenden bryta sekretessen för den enskilde, men asylskälen är fortfarande sekretesskyddade.

Lagen omfattar alla utlänningar som är asylsökande.. Barn under 18 år som inte ansökt om asyl samt barn som kommer till Sverige t ex för familjeåterförening men som inte har permanent uppehållstillstånd har ingen reglerad rätt till allmän sjukvård.

Vårdens omfattning avser de utlänningar som inte har fyllt 18 år, vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget. Ett landsting ska erbjuda utlänningar som har fyllt 18 år vård som inte kan anstå, mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.

Hälsoundersökningar ska erbjudas så snart det är lämpligt.

För mer information: [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se)

## KÄLLOR

- Ager, Alistair (1993) *Mental health issues in refugee populations: A review*, Working paper of the Harvard Center for the Study of Culture and Medicine. Cambridge: Harvard Medical School, Dept of Social Medicine.
- Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bhui, Kamaldeep, Bernhard Audini, Swaran Sing, Richard Duffett, Dinesh Bhugra (2006) "Representation of asylum seekers and refugees among psychiatric inpatients in London", *Psychiatric Services* 57(2): 270-272.
- Blomgren, Gunnel (2002) *Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting*. Stockholm: Stockholms läns landsting, HSN-staben.
- Ekblad, Solvig och Göran Roth (2009) "Transkulturell psykiatri och flyktingpsykiatri", i Jörgen Herlofson, Marie Åsberg, Lisa Ekselius, Anders Lundin och Björn Mårtensson (red), *Psykiatri*, 703-711. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, Solvig och Shervin Shahnavaz (2004) "Trauma, postmigrationsstress och suicidala tankar hos asylsökande", *Suicidologi* 9(1): 19-22.
- Ekblad, Solvig och Derrick Silove (1998) "Proposals for the Development of Mental Health and Psychosocial Services in Refugee Camps Aug 18". Paper from a mission for UNCHR, Geneva.
- Ekblad, Solvig och Hans Peter Søndergaard (2005) "Flyktingpolitiken behöver reformeras. Snabb tillgång till samma rättigheter som bofasta gynnar flyktingars psykiska hälsa – även på lång sikt", *Läkartidningen* 102(48): 3625-3626.
- Ekblad, Solvig och Shori Zand (2006) "Asylsjukvård lider av okunskap från båda håll", *Dagens Medicin* 50-52: 52.

- Emanuel, Ezekiel J., David Wendler och Christine Grady (2000) "What makes clinical research ethical?", *Journal of the American Medical Association* 283(20): 2701-2711.
- European Commission (2003) Council directive 2003/9/EC of 27<sup>th</sup> January 2003. Brussels: European Commission.
- FN:s *tortyrkonvention*, Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 10 Dec. 1984, 1465 U.N.T.S. 85
- Ginsburg, Bengt-Erik och Sofie Bäärnhelm (2007) *Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Transkulturellt Centrum.
- Herlihy, Jane, Peter Scragg, Stuart Turner (2002) "Discrepancies in autobiographical memories-implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study", *British Medical Journal* 324(7333): 324-327.
- Integrationsverket (2004) *Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige*. Norrköping: Integrationsverket.
- Jaranson, James, Solvig Ekblad, Georgi V. Kroupin, David, P. Eisenman (2007) "Epidemiology and Risk Factors", i Patricia F. Walker and Elizabeth D. Barnett (red), James. Jaranson (Assoc. Ed.), *Immigrant Medicine*, 627-632. St. Louis, USA: Saunders, Elsevier.
- Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 2008:344.
- Lindencrona, Fredrik, Solvig Ekblad, Karin Johansson Blight (2006) "Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt", *Rapport Integration 2005. Expertbilaga till Rapport Integration 2005*. Norrköping: Integrationsverket.
- Lindström, Martin, Jan Sundquist, Per-Olof Östergren (2001) "Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden", *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(2): 97-103.
- Norrdam, Marie, Anna Mygind, Allan Krasnik (2006) "Tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU. En jämförande analys", *Läkartidningen* 103(17): 1317-1319.

Pressmeddelande 13 december 2007, Regeringskansliet Presskonferens om mottagande av asylsökande. Justitiedepartementet, Regeringskansliet: Stockholm.

Roth, Göran, Solvig Ekblad och Hans Ågren (2006) "A longitudinal study of PTSD in a sample of mass-evacuated Kosovars, some of whom return to their home country", *European Psychiatry* 21: 152-159.

Silove, Derrick (1999) "The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations and Refugee Trauma – Toward an Integrated Conceptual Framework", *Journal of Nervous and Mental Disease* 187(4): 200-207.

Shahnavaz, Shervin och Solvig Ekblad (2002) "Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar – och flyktingbarn. Fokusgruppsintervju med skolsköterskor i en av södra Stockholms invandrantäta kommuner", *Stressforskningsrapport* nr. 307. Stockholm: WHO:s Psykosociala center och Karolinska Institutet, Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), Avdelningen för stressforskning, Karolinska Institutet.

Silove, Derrick och Solvig Ekblad (2002) "How well do refugees adapt after resettlement in Western countries?", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 401-402.

Silove, Derrick, Zac Steel och Charles Watters (2000) "Policies of deterrence and the mental health of asylum-seekers", *JAMA* 284(5): 604-611.

Socialstyrelsen (1995) *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4.*

SoS-rapport 2000:3 Olika villkor – olika ohälsa.

Stålgren, Maria (2008) *An explorative study of the protection of health for asylum seekers in Sweden – in relation to health as a human right.* Master uppsats. Uppsala: Uppsala University, Department of Women's and Children's Health.

UNHCR (2007) *Statistical yearbook.* UNHCRs comprehensive annual statistical publication ([www.unhcr.se](http://www.unhcr.se)).

- Watters, Charles och David Ingleby (2004) "Locations of care: Meeting the mental health and social care needs of refugees in Europe", *International Journal of Law and Psychiatry* 27: 549-570.
- Weisaeth, Lars (1989) "Importance of high response rates in traumatic stress research", *Acta Psychiatr Scand Suppl* 355: 131-137.
- Wintzer, Stig (2008) *Hälsoundersökningar av asylsökande har ökat*. ([www.skl.se/artikel.asp?C=361&A=51775](http://www.skl.se/artikel.asp?C=361&A=51775); hämtad 2008-04-12)