

MIGRATION OCH PSYKISK OHÄLSA

FoU Rapport 2008:3

© Malmö högskola, 2008
Omslagsfoto: Karin Ingvarsdotter,
Gångtunnel under V. Kattarpsvägen, Rosengård
ISBN 978-91-7104-213-2
ISSN 1650-2337
Holmbergs, Malmö 2008

MIGRATION OCH PSYKISK OHÄLSA

Malmö högskola, 2008
Hälsa och samhälle

Tidigare utkomna titlar i serien

2005:1 Carlsson, A. Olycksfallsrisker i barnets hemmiljö – fokus på skållskador. (Licentiatavhandling).

2006:1 Andersson, F. och Mellgren, C. Våldsbrottsligheten – ökande, minskande eller konstant?

2007:1 Andersson, F. och Mellgren, C. Brottsutvecklingen i Skåne, en introduktion.

2007: 2 Konferens: Socialpsykiatrisk forskning, programbok.

2007:3 Eiman Johansson, M. Sjuksköterskors kliniska beslutsfattande med fokus på perifera venkatetrar (PVK). (Licentiatavhandling).

2007:4 Laanemets, L. Från policy till verksamhet, implementering av Malmös strategi mot prostitution.

2008:1 Tikkanen, R. Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivstesterfarenheter och preventiva behov bland män som har sex med män.

2008:2 Östman, M. och Afzelius, M. Barnombud i psykiatrin – i vems intresse?

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep

INNEHÅLL

FÖRORD

1. STUDIENS BAKGRUND OCH DESS GENOMFÖRANDE Margareta Östman.....	9
2. ROSENGÅRD, ETT BOSTADSOMRÅDE I FÖRÄNDRING. – KORT FAKTABESKRIVNING AV STADSDELEN Eva Alterbeck	21
3. REGION SKÅNES PERSPEKTIV Bo Sönnerdahl	33
4. FÖRDELNING AV PSYKISK OHÄLSA OCH SJUKVÅRDSRESURSER I MALMÖ, REGION SKÅNE Juan Merlo och medarbetare	45
5. SOCIALA INSATSER VID PSYKISK OHÄLSA – INVENTERING I STADSDELARNA ROSENGÅRD OCH KIRSEBERG I MALMÖ Olle Östman	95
6. KULTURELLA ASPEKTER AV PSYKISK OHÄLSA Sara Johnsdotter	123
7. INDIVID OCH SOCIAL KONTEXT – HYPOTESER KRING PSYKISK OHÄLSA I ETT SEGREGERAT OMRÅDE Aje Carlbom	165
8. STADSDELENS BETYDELSE FÖR OHÄLSA OCH SOCIALA PROBLEM Marie Torstensson Levander	207

9. DINA FINGRAR HAR OLIKA STORLEK – OM NORMALA LIVSKRISER OCH GALENSKAP Karin Ingvarsdotter	229
10. BRUKARPERSPEKTIV UTIFRÅN MILTONPROJEKTET Dalvin Shahgaldi	267
11. NÖDVÄNDIGT ONT ELLER ENASTÅENDE RESURS? – OM ANVÄNDNINGEN AV TOLK I FORSKNING Karin Ingvarsdotter	275
12. SAMMANFATTANDE ANALYS OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER Margareta Östman.....	293
FÖRFATTARPPRESENTATIONER	307

FÖRORD

Psykisk ohälsa i kombination med migration utgör ett område som, i takt med att antalet personer med utländsk bakgrund ökar i Sverige, ställer krav på kunskap inom området. Forskning kring hur samhället tillgodoser behov vid psykisk ohälsa hos migrerade personer saknas väsentligen.

Därför är utgångspunkten för denna rapport av stort intresse. Den utgår ifrån konstaterandet att boende i en stadsdel, Rosengård i Malmö, med huvudsakligen migrerad befolkning, utnyttjar psykiatrisk vård endast i ca halva den omfattning som motiveras utifrån en skattning av deras vårdbehov.

I rapporten belyses situationen i ett flervetenskapligt perspektiv avseende psykisk ohälsa i Rosengårds stadsdel. Studien har möjliggjorts med ekonomiska medel från den dåvarande statliga psykiatrisamordningen, och är genomförd i projektform med deltagande av forskare med olika vetenskapliga utgångspunkter som i seminarieform gemensamt arbetat fram rapporten. Denna interaktiva metod över vetenskapliga gränsområden har resulterat i att området kunnat belysas i ett brett perspektiv med såväl kvantitativa som kvalitativa analyser. Varje kapitel är självständigt utformat av respektive författare. Tillsammans ger de en god helhetsbild över området psykisk ohälsa inom stadsdelen. Marianne Holst och Ulrika Widlund har förtjänstfullt bidragit med att genomföra språklig granskning och layout av materialet.

Vår förhoppning är att denna rapport kommer att bidra till att stimulera vårdgivarna till bättre anpassat stöd och vård vid psykisk ohälsa. Detta inte bara i Rosengårds stadsdel, utan generellt inom de områden nationellt där de invandrade folkgrupperna utgör en väsentlig andel av befolkningen. Av rapporten framgår också den betydelse sociala förhållanden har i relation till psykisk ohälsa. Därför är det nödvändigt att framhålla behovet av att förutom individuella behandlingsinsatser också utveckla stödsystem inom den sociala strukturen.

Fakulteten Hälsa och samhälle, Malmö högskola, har ansvarat för projektet. Den flervetenskapliga forskarkompetensen i projektledningsgruppen med deltagande såväl från fakulteten som sjukvård och socialtjänst samt från Enheten för Socialepidemiologi, Lunds universitet, har varit garant för att projektet kunnat fullföljas med en samlad presentation i denna bok. Vi vill också framhålla det positiva samarbetet med olika verksamheter inom stadsdelen samt inte minst de boende som deltagit i intervjuerna.

Denna bok är ett resultat av mångas insatser. Jag vill tacka alla varmt som deltagit i detta arbete.

Malmö januari 2008

Margareta Östman

KAPITEL 1

STUDIENS BAKGRUND OCH DESS GENOMFÖRANDE Margareta Östman

Bakgrund till studien

I en kartläggning från 2005 rörande vårdbehov och verksamhet/utbud för personer med psykisk ohälsa/sjukdom i Malmö visade det sig att människor som bor i stadsdelen Rosengård, i relation till bedömda vårdbehov (med utnyttjande av Jarmans index), anlidade den vuxenpsykiatriska vården i endast drygt halva omfattningen jämfört med övriga stadsdelar i Malmö. Detta var utgångspunkten för att projektmedel erhöles från dåvarande statliga psykiatrisamordningen för en närmare studie av förklaringarna till detta förhållande. Tänkbara orsaker kan bla vara att attityder och värderingar av psykisk sjukdom och psykiatri hos invandrargrupper leder till att dessa undviker att söka hjälp i samma omfattning som personer med inhemsk bakgrund. En annan orsak kan vara att de väljer andra vägar för att få hjälp vid psykisk ohälsa. Det kan också tänkas att insatserna från psykiatrins sida nedprioriteras för denna målgrupp, bland annat pga språksvårigheter och otillräcklig kulturkompetens.

Den använda metoden för bedömning av vårdbehov – Jarmans index – är väl beprövad på befolkning i England och i Sverige, men mindre

prövad och anpassad för utomeuropeiska befolkningsgrupper. De variabler som ligger till grund för index är följande: ensamboende äldre (över 65 år), barn under 5 år, ensamstående förälder med barn 0–15 år, utbildad arbetskraft, arbetslösa 18–64 år, flyttningar, födda utomlands och trångboddhet.

Rosengårds stadsdel

I Rosengård bor mer än 21 000 invånare. Av dessa har 84 % utländsk bakgrund, innebärande att själv vara född utomlands eller ha båda föräldrarna födda utomlands. Mer än 50 olika språk finns representerade. Inom stadsdelen finns två vårdcentraler tillhörande primärvården. Inga vuxenpsykiatriska resurser finns lokaliserade inom stadsdelen. Däremot finns en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i stadsdelen. För akutvård och slutenvård för den vuxna befolkningen svarar den psykiatriska verksamheten vid Universitetssjukhuset UMAS. Inom den offentligt drivna verksamheten finns en särskild psykosmottagning respektive en allmänpsykiatrisk mottagning lokaliserade i grannstadsdelar. Dessa har inget särskilt riktat ansvar mot stadsdelen men tar emot patienter från denna. I Malmö finns därutöver tillgång till privat driven psykiatrisk öppenvård med möjlighet att ta emot patienter även från Rosengård. Ytterligare en sådan mottagning startade i en grannstadsdel under 2005 och riktar sig delvis mot Rosengård för att förstärka stödet till stadsdelen.

Studiens syfte

Syftet med projektet enligt projektansökan inför studiens start var:

- att utveckla det psykiatriska vårdutbudet med anpassning till de särskilda behoven hos befolkningen i Rosengård så att dessa ges möjlighet att erhålla vård på samma villkor som befolkningen i övriga Malmö
- att denna anpassning sker med utgångspunkt från den kunskap som erhålles genom en kartläggning av de faktorer och speciella vårdbehov som leder till det låga psykiatriska vårdutnyttjandet
- att fortlöpande följa effekter av genomförda åtgärder
- att analysera resultaten från projektet utifrån generaliserbarhet till andra områden med motsvarande multietniska befolkning.

Tyngdpunkten i redovisningen i denna rapport ligger på kunskapsinsamling och analys relaterade till den andra punkten bland ovanstående syften. Utifrån denna analys, bestående av både kvantitativa och kvalitativa metoder, föreslås åtgärder för att uppnå att befolkningen i Rosengård får sina särskilda behov tillgodosedda på ett likvärdigt sätt med övrig befolkning i Malmö. Vidare bedöms generaliserbarheten av resultaten för andra områden med multietnisk befolkning. Syftet att följa effekter av genomförda åtgärder begränsas av att den enda insatsen efter utgångsåret 2005 har varit upphandling av ovan nämnda privata psykiatriska öppenvårdsmottagning som delvis riktar sig mot Rosengårds befolkning. Syftet att utvärdera effekter av riktade åtgärder till stadsdelens befolkning kan inte ske förrän dessa är implementerade och kan därför inte redovisas i denna rapport. Synpunkter på möjliga sådana åtgärder lämnas dock i rapportens avslutande kapitel.

Studiens organisation och genomförande

Huvudman för studien är fakulteten Hälsa och samhälle inom Malmö högskola, som svarar för projektledning och samordning av projektet. Forskningsprojektet är prövat och godkänt av regionala etikprövningsnämnden i Lund (DNR 101/2006).

I ett inledande kapitel beskrivs Rosengårds stadsdel strukturellt och befolkningsmässigt med tyngdpunkt på sociala förhållanden. Därefter beskrivs Region Skånes samlade hälso- och sjukvårdsresurser tillgängliga för befolkningen i Rosengårds stadsdel. Tyngdpunkten ligger på beskrivning av de samlade psykiatriska vårdresurserna i Malmö stad inom den psykiatriska öppenvården, inom primärvård/familjeläkarsystem och hos privata vårdgivare.

Fakulteten för Hälsa och samhälle svarar för genomförandet av kvalitativa analyser i form av intervjuer med ett urval av representanter för samtliga vårdgivare och samhällsinstanser som möter personer med psykisk ohälsa. Vidare intervjuas ett urval av befolkningen, ett 30-tal, både med och utan egen erfarenhet av kontakt med den psykiatriska vården, rörande attityder till psykisk sjukdom och svensk sjukvård med särskilt fokus på den psykiatriska verksamheten. Dessa analyser tar sin utgångspunkt i kulturella aspekter

av psykisk ohälsa såväl som i hypoteser kring psykisk ohälsa i ett segregerat område.

Malmö högskola samarbetar i projektet med Enheten för Social-epidemiologi vid Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet, som svarar för kvantitativa analyser. I detta syfte har de utvecklat en ny metod för bedömning av psykisk ohälsa i form av en socioekonomisk risk score (SRS). Vidare har de analyserat befolkningens vårdutnyttjande med kvantifiering av storleken på obalansen mellan behov och användning av sjukvårdsresurser, omfattande såväl psykiatri som primärvård. Denna analys sker på befolkningsområden motsvarande primärvårdens områdesindelning.

Socialtjänsten har också ett stort ansvar för att tillgodose behov som kan hänföras till psykisk ohälsa. Ett relativt sett lågt utnyttjande av psykiatrisk vård skulle kunna tänkas leda till en överströmning till socialtjänsten. Av detta skäl har en inventering genomförts inom socialtjänsten i Rosengårds stadsdel med kartläggning av antalet personer med psykisk ohälsa som erhåller sociala insatser. För att bedöma den relativa omfattningen av dessa insatser görs jämförelse med Kirsebergs stadsdel, som har en befolkning som är representativ för Malmö som helhet.

Vid fakulteten Hälsa och samhälle har också en analys genomförts av stadsdelens betydelse för människors vardagsliv och livsförlopp utifrån två centrala aspekter. Den ena rör koncentrationen av sociala och hälsorelaterade problem i stadsdelen Rosengård. Den andra aspekten rör den antagna underkonsumtionen av psykiatrisk vård och möjligheterna att tolka denna.

I ett avsnitt redogörs för brukarperspektivet utifrån en enkätundersökning om hur brukare upplever psykiatriska vårdinsatser. Vidare diskuteras i ett kapitel problem med användandet av tolk i forskning.

I ett avslutande kapitel analyseras studien och dess resultat i relation till studiens övergripande syften.

Studien har letts av en projektgrupp med representanter från ovan redovisade delstudier. Företrädare för brukarorganisationer har inbjudits till information kring projektet.

Arbetet med studien har skett i processform med ett tiotal seminarier, med deltagande av samtliga projektmedarbetare för kontinuerlig dialog kring metodutveckling och de uppnådda resultaten.

Befintlig kunskap om vårdbehov hos personer med utländsk bakgrund inom psykiatrisk vård hos personer som lämnat sitt hemland och bosatt sig i ett nytt land som migrerade saknas väsentligen. Till denna grupp brukar också räknas personer som har båda sina föräldrar födda utomlands. I gruppen migrerade personer ingår såväl flyktingar som personer som flyttat av arbetsmarknadsskäl samt anhöriganknytning. Migration utifrån detta perspektiv utgör ett globalt fenomen. Var 30:e människa på jorden är en immigrant. Detta motsvarar ca 200 miljoner människor totalt. I Malmö är ungefär var 3:e person en immigrant. I Rosengård är mer än 8 av 10 invånare en immigrant. Migrationen innebär enligt en rad internationella studier en ökad risk för psykisk ohälsa. Detta kan ha sin förklaring i faktorer före, under och efter själva migrationen, vilket belyses i följande figur (enligt Bhugra and Jones):

Möjliga sårbarhetsfaktorer Migrationsstadier

Personlighet..... Före migrationen

Förlust

Sorg..... Migrationen

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder)

Kulturkrock..... Efter migrationen

Assimilering..... Integration

Förhållanden hänförliga till dessa stadier har betydelse för utvecklingen av psykisk ohälsa inom en migrerad befolkning. Epidemiologisk forskning inom detta område har tidigare varit anmärkningsvärt sparsamt förekommande. Under det senaste decenniet, i samband med att andelen migrerade personer i Västeuropa ökat kraftigt, har

också antalet genomförda forskningsstudier ökat. Det som framförallt redovisas i forskningen är hur migrerade personer förekommer i psykiatrisk sjukhusvård. Forskning som relaterar till hur behov av vård och stöd pga psykisk ohälsa ser ut i dessa grupper och hur dessa behov tillgodoses är emellertid fortfarande sällsynt. I det följande sammanfattas några av fynden övergripande.

Psykisk ohälsa hos migrerade personer

Ödegaard rapporterade redan 1932 att normmän som utvandrat till USA hade en ökad frekvens insjuknande i schizofreni, med en topp 10–12 år efter migrationen. Motsvarande fynd har senare gjorts i en rad studier från England och Nederländerna (Bhugra 2004, Genitsen et al 2005). I dessa studier skiljer sig resultaten utifrån vilket ursprungsland man kommer. Migrerade personer från Syd- och Ostasien skiljer sig inte från den egna befolkningen i de länder de flyttat till.

Intressant är också att en högre frekvens psykiska sjukdomar har noterats hos andra generationens migrerade (Saraiva et al 2005). Detta noterades också i en dansk populationsbaserad kohortstudie (Cantor-Graae et al, 2003) där risken var ökad för såväl första- som andragenerationens invandrade.

Flyktingar har i många fall upplevt traumatiserande händelser i det land de lämnar. De har genomgått kriser i sitt hemland före flytten. Själva integrationsprocessen i ett nytt land är i sig en betydande stressfaktor. Tillsammans utgör de bakgrund till den höga frekvensen stressrelaterade psykiska problem, som PTSD. Ångest och depression är vanligt förekommande (Bhugra 2001, 2004, Carta et al 2005, Borgå et al 2007).

PTSD uppmärksammas särskilt hos flyktinggruppen, som är en stor grupp bland de migrerade i Rosengård. Per Borgå och Suad Al-Saffar ger i en översikt (2007) en ingående analys av detta tillstånd, som de menar inte identifieras och behandlas i nödvändig utsträckning i Sverige. Många av de migrerade har upplevt upprepade traumatiska händelser som de före migrationen ofta inte haft tillfälle att bearbeta, och de har utvecklat klara tillstånd av PTSD. Efter ankom-

sten till Sverige får de ofta vänta på nödvändig behandling, vilken sällan ges under asylfasen.

Migrationsprocessen innebär att de allra flesta har hög frekvens av psykiska symtom av olika slag. Detta innebär i sig inte att de har behov av insatser från den psykiatriska vården. Det är emellertid ur denna stora grupp av lättare psykisk ohälsa som det utvecklas mer omfattande problem som leder till behov av insatser från psykiatrin.

Riskfaktorer för psykisk ohälsa hos migrerade personer

Olika riskfaktorer kan hänföras till de olika stadierna i migrationsprocessen. Det finns alltid orsaker till att någon migrerar och lämnar det egna landet. Det kan vara att man söker sig till något bättre – lön, personlig utveckling m.m. I andra fall att man flyr från något, från kriser, hot, tortyr. Det krävs kraft och initiativförmåga för att fly. Det kan därför tänkas att den grupp som emigrerar är selekterad på ett sådant sätt att förekomst av psykisk ohälsa inte motsvarar befolkningen som helhet.

Invandrargrupper som upplevt krig, tortyr och övergrepp av olika slag löper stor risk för att utveckla stressrelaterade sjukdomar i det nya landet. Posttraumatiska stressyndrom och depressioner är starkt överrepresenterade i dessa grupper (Sundqvist et al 2005).

Migrationsprocessen i det land man kommer till utspelar sig under en period som, särskilt hos flyktingar, präglas av ibland långa tidsperioder med osäkerhet om man får kvarstanna i det nya landet. Många lever med splittrade familjer och med anhöriga kvar i det land man lämnat. I den svenska debatten har asylprocessen som sådan uppfattats vara orsak till depressiva reaktioner med ökad suicidrisk och olika reaktioner på stress. De apatiska barnens situation relaterad till asylfasen är ett annat exempel.

Efter beslut om uppehållstillstånd startar integrationsprocessen. Under denna handlar det bl a om att lära sig det nya språket och bli hemmastadd i de svenska kulturella förhållandena. Många tvingas att som arbetslösa bli bidragsberoende. För många är både ett utomstående tryck och den egna viljan att bli som en svensk en betydande

stressfaktor. Social isolering i det nya landet utgör ytterligare en riskfaktor, och flera studier har visat att kopplat till denna faktor finns en ökad risk att utveckla psykotiska tillstånd efter 10–20 år i det nya landet (Buhgra et al 1997). Även barnen i migrerade familjer påverkas av den sociala situationen och uppvisar också en ökad risk för att utveckla psykisk sjukdom (Fazel & Stein, 2002).

I flera rapporter lyfts social isolering fram som den enskilt viktigaste faktorn för insjuknande i psykisk sjukdom. I tidigare refererad studie från London lyfts denna faktor fram rörande två migrerade grupper i England: afroamerikaner från Karibien och sydasiater från Indien och Pakistan. Afroamerikanerna söker i alla avseenden att snabbt bli som engelsmän och bryter med sina tidigare sedvänjor och sin befolkningsgrupp. De blir ändå inte accepterade som engelsmän och blir socialt mycket isolerade. Sydasiaterna däremot håller kvar sin livsstil och sina nätverk med sina landsmän och undviker därigenom social isolering. Förekomsten av psykisk ohälsa bland sydasiaterna avviker inte från engelsmännen själva, medan afroamerikanerna uppvisar stark överrepresentation i psykiska sjukdomar, inklusive schizofrenisjukdomar.

Hur tillgodoses psykiatriska vårdbehov hos migrerade personer?

Det finns få studier som relaterat bedömning av behov hos personer med psykisk ohälsa till hur dessa behov faktiskt tillgodoses. I en studie från Schweiz (Lay B et al, 2005) analyseras den psykiatriska slutenvården inom ett större geografiskt område. I denna studie visar sig immigranter från Syd-, Väst och Nordeuropa inte skilja sig från den inhemska befolkningen i utnyttjande av psykiatrisk sjukhusvård. Däremot visade det sig att immigranter från andra delar av världen i ökad utsträckning blev tvångsintagna, men de har färre vårddagar. Totalt bedömdes de dock utifrån resultaten vara diskriminerade i sina vårdkontakter. De visade dock ingen ökad frekvens av psykotiska sjukdomar men en ökad frekvens neurotiska och stressrelaterade sjukdomar, medan beroendesjukdomar visade sig vara mer ovanliga. Studien konstaterade att den psykiatriska vårdstrukturen inte är anpassad för behoven hos migrerade grupper.

Motsvarande fynd noterades i en studie från Spanien (Perés-Rodri-

quez et al, 2005) där invandrare som grupp visade sig vara utsatta för mer tvångsvård, medan de totalt sett hade lägre vårdutnyttjande än den inhemska befolkningen. Även i denna studie visade sig de immigrerade mer sällan ha beroendesjukdomar, men däremot en ökad frekvens av ångesttillstånd. Vidare noterades en bristfällig anpassning av vårdstrukturen till migrerade befolkningsgrupper. Ovan redovisade studier relaterar inte i något fall sina fynd till en bedömning av hur vårdbehoven ser ut hos de olika invandrade grupperna, och sådana studier lyser med sin frånvaro i forsknings-sammanhang. En studie som tar hänsyn till behovsbedömningar är Neighbors et al (2007), där det konstateras att relaterat till behov underutnyttjas psykiatrisk service av lågutbildade svarta amerikaner med karibiskt ursprung. En annan studie som också tar hänsyn till behovsbedömningar är från Nederländerna (Laban et al 2007). I denna studie noteras att migrerade från Irak med psykisk ohälsa inte erhåller adekvat behandling utifrån behov och är underrepresenterade i psykiatrisk vård.

Från Videnscenter for Transkulturel Psykiatri i Köpenhamn rapporteras delvis motstridiga fynd. Andelen patienter med invandrarbakgrund överstiger i en undersökning från 2002 dess andel i den totala befolkningen i Köpenhamns kommun, men inte i ett par andra kommuner. Vid ett sjukhus för rättspsykiatrisk vård har upp till 40 % av patienterna annan etnisk bakgrund än dansk. Detta förklaras i studien av att deras etniska bakgrund gör att psykisk sjukdom är så tabubelagt att de inte söker hjälp förrän det är alldeles för sent i ett sjukdomsförlopp, som hunnit bli komplicerat med kriminalitet.

För vissa invandrargrupper är diagnostiserandet av psykisk ohälsa synnerligen skamfullt och det leder till att de undviker kontakt med psykiatrin. I en rapport från enheten för transkulturell psykiatri och flyktingtrauma vid Akademiska sjukhuset i Uppsala (Fernandez, 2007) undersöktes primärvårdspatienter med flyktingbakgrund och med storkonsumtion av sjukvård. Två tredjedelar av dessa bedömdes ha en traumatisk bakgrund och ha depression och/eller posttraumatiska stressyndrom. De hade presenterat somatiska symtom, ofta smärttillstånd, men vägrade låta sig remitteras till psykiatrin i de fall detta föreslogs.

I en workshop av WHO 2007, belyses en rad aspekter av betydelse för tillgängligheten för migrerade personer med psykisk ohälsa. Rapporten tar upp psykiatrins brist på tillgänglighet, de migrerades frånvaro av delaktighet avseende anpassningen av servicen, den ojämna fördelningen av psykiatriska vårdresurser och kortsiktiga projektlösningar av formerna för vårdutbudet. Dessutom lyfter man fram den dåliga spridningen i den psykiatriska verksamheten av praktiska erfarenheter.

Forskargruppen

Den statliga psykiatrisamordningen har genom att avsätta ekonomiska medel för denna studie möjliggjort att på svenska förhållanden ur ett flervetenskapligt perspektiv analysera hur behov relaterade till psykisk ohälsa tillgodoses inom vården. Forskargruppen har bestått av personer, från doktorander till seniora forskare, med bred vetenskaplig förankring. Projektledare har varit Margareta Östman, Malmö högskola. Ytterligare presentation av deltagande författare till de självständiga kapitlen i projektet följer sist i boken.

REFERENSER

- Bhugra, D. (2004): "Migration and mental health".
Acta Psychiatr Scand 109:243–258
- Bhugra D, Jones P. (2001): "Migration and mental illness".
Advances in Psychiatric Treatment 7:216–22
- Bhugra, D, Leff J, Mallett R et al (1997): "Incidence and outcome of Schizophrenia in white, African-Caribbeans and Asians i London".
Psychol Med 27:791–798
- Borgå P, Al-Saffar S. (2007): "Trauma ger posttraumatiskt stressyndrom – en realitet som myndigheterna inte vill se". *Tidskrift för Svensk Psykiatri*. 2007;1:28–32.
- Byron J Good. (1997): "Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal?" *Ethos* 25(2):230–248
- Breslau J, Aguilera-Gaxiola, Borges K et al (2007): "Risk for Psychiatric Disorder Among Immigrants and Their US-born Descendants".
The Journal of Nervous and Mental Disease. 195:189–195
- Cantor-Graae E, Pedersen C B, McNeil T, et al (2003): "Migration as a risk factor for Schizophrenia: a Danish population-based cohort study".
The British Journal of Psychiatry 182:117–122
- Carta H G, Bernal M, Hardoy M C et al (2005): "Migration and mental health in Europe". *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 1–13
- Cheng A. (2001): "Case definition and culture: are people all the same?"
The British Journal of Psychiatry 179:1–3
- Ekblad S, Jansson S & Svensson P-G (1996): "Möten i vården: Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården". Liber.
- Ekblad, S & Kastrup M. (2007): "Hur införlivas transkulturella aspekter på psykiatri". *Tidskriften för svensk psykiatri* 3:30–31
- Fazel M, Stein A. (2002): "The mental health of refugee children".
Arch Dis Chld 87:366–370
- Fernandez M. (2007): "Vi behöver kulturkompetens och transkulturell psykiatri i svensk sjukvård". *Tidskrift för Svensk Psykiatri* 2007;1:6–7
- Genitsen A, Bransen I, Deville W et al (2006): "Use of health case services by Afghan, Iranian and Somali refugees and asylum seekers living in the Netherlands". *European Journal of Public Health* 26:394–399
- Jacksson J, Neighbors H, et al (2007): "Use of Mental Health Services and Subjectiv Satisfaction with Treatment among Black Caribbeans immigrants". *American Journal of Public Health* 2007;91:1.
- Laban C, Gernaat H, Komprou I (2007): "Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands".
Soc Psychiatry Epidemiol 42:837–844

- Lay B, Lauber C, Rössler W. (2005): "Are immigrants at disadvantage in psychiatric in-patient care?" *Acta Psychiatr Scand* 11:358–366
- Neighbors H W, Caldwell C, Williams DR m fl (2007): "Race, ethnicity, and use of services for mental disorders: results from the National Survey of America Life". *Arch Gen Psychiatry* 64(4):485–94
- Pérez-Rodríguez M, Baca-García E et al (2005): "Psychiatric care and Immigration. Preliminary findings in a hospital in Madrid, Spain." *The European Journal of Psychiatry* 19:2
- Saraiva L, Sundqvist J, Johansson L et al (2005): "Incidence of mental disorders in second-generation immigrants in Sweden: a four-year cohort study." *Ethn Health* 10:243–256
- Sundqvist K, Johansson L, DeMarioanis V et al (2005): "Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity: symptoms in a random sample of female Bosnian refugees". *Eur Psychiatry* 20:158–164
- WHO Workshop on mental health on migration and health in the EU, held by the European Union 2007, Lisbon
- Ödegaard, O. (1932): "Emigration and insanity. A study of mental disease among Norwegian-born population in Minnesota". *Acta Psychiatr and Neurol Scand* 1932 (suppl 4):1–206

KAPITEL 2

ROSENGÅRD, ETT BOSTADSOMRÅDE I FÖRÄNDRING – KORT FAKTABESKRIVNING AV STADSDELEN

Eva Alterbeck

Namnet Rosengård kommer av Rosengård lantegendom som första gången omnämns i en köpehandling från 1811. Ordet ”Rosen” förekom vid denna tid ofta på slott och herrgårdar, som t ex Rosenborgs slott i Danmark. Arealen omfattar 3,3 km² och bebyggelsen består till stor del av flerfamiljshus uppförda under 60–70-talen. I den södra delen finns inslag av villor och småhus. På norra sidan ligger kyrkogården och i nordväst finns ett industriområde. Av den sammanlagda arealen utgör grönytorerna mer än 62 %.

Stadsdelen byggdes som en del av miljonprogrammet och planerades ursprungligen för en befolkning på 20 000 personer (Ristilampi 1994:60). Tanken med den här typen av platser var att skapa funktionella bostäder för en befolkning som hade sina arbeten annorstädes. Områdets fysiska struktur präglades redan från början av att man ville undvika etablering av småbutiker. All kommersiell verksamhet förlades till ett centralt beläget köpcentrum (ibid).

Idealen som ursprungligen präglade konstruktionen av områdets fysiska struktur ses idag som ett problem. De stora parkeringsytorna, svagt utvecklade förbindelser till, från och inom stadsdelen samt en bebyggelsestruktur präglad av ”otillgänglighet” sätter idag sin prägel på Rosengård. Arbetet med att förändra området och därmed ”bilden av Rosengård” pågår, och det finns långt framskridna planer på genomgripande förändringar också av stadsdelens fysiska struktur.

Stadsdelen har sedan den byggdes utgjort en symbol för olika former av sociala problem. Den första tiden, när invånarna främst utgjordes av svensk arbetarklass, var det ett marxistiskt språkbruk som präglade synsättet. I boken "Fallet Rosengård" (1972) hävdade författarna att "Rosengård typiskt återspeglar vad Marx benämnde utsugning av arbetarklassen" (Flemström och Ronnby 1972: 137). Författarna menade förvisso att stadsdelen i sig erbjöd invånarna ett omänskligt boende men att en stor del av de "sociala problemen" också handlade om "att människorna har psykiskt och fysiskt nedbrytande arbeten, dåligt betalt, dålig utbildning [och är] isolerade och manipulerade och maktlösa inför de s k marknadskrafternas fria spel" (ibid: 93).

Ekonomiska och sociala förändringar som ägt rum de senaste trettio åren har dock fått till följd att vi idag främst förknippar Rosengård och liknande områden med etnisk boendesegregation och arbetslöshet (sic!). Diskussionen om "klass" har ersatts av en diskussion om "kultur". Det bor kvar en mindre grupp svensk arbetarklass i stadsdelen, men den överväldigande majoriteten invånare utgörs av invandrare som kommit till landet i olika vågor sedan 1970-talet (se Carlbom 2003).

Bostäder

Rosengård är i första hand ett bostadsområde, medan arbetstillfällena är lokaliserade till andra delar av Malmö och regionen. Stadsdelen består av totalt 7 691 bostäder, varav merparten (83 %) uppfördes mellan 1960 och 1980. År 2006 fanns i stadsdelen 7 691 lägenheter, varav 68 % i hyresrätt. Andelen bostäder 3 r o k eller större var 63 %. Motsvarande andelar var för hela Malmö 52 respektive 55 %. Utöver de 670 studentlägenheter som håller på att färdigställas planeras nyproduktion av 14 nya lägenheter 2008 (Örtagården) och 12 lägenheter (Västra Kattarp) 2009.

Antalet invånare per lägenhet uppgår i Rosengård till 2,85 mot 1,92 för Malmö i sin helhet. Här ingår enbart den folkbokförda befolkningen. Text tillkommer också här asylsökande i eget boende (EBO) som ofta vistas hos anhöriga eller bekanta som inneboende. På grund av invandring har trångboddhet blivit ett problem i

området. Enligt SCB:s trångboddhetsnorm är 17 % av befolkningen i Rosengård trångbodd, mot 6 % i hela Malmö. Enligt samma definition är 38 % av fyraåringarna i Rosengård trångbodd. I Malmö som helhet uppgår denna andel till 12 %.

Antal boende per lägenhet och delområde framgår av tabellen:

Delområde	Antal boende per lägenhet		
	Antal boende	Antal lgh	Boende/100 lgh
Apelgården	3511	1502	234
Kryddgården	2370	1037	229
Herrgården	4914	1375	357
Persborg	1688	751	225
Törnrosen	3085	997	309
Västra Kattarp	1607	605	266
Örtagården	4770	1422	335
Rosengård	21945	7689	285

Trots trångboddhet och andra problem finns också en hel del positiva aspekter med platsen. Dagens Rosengård är inte riktigt samma plats som 1970–80-talets område. Det senaste decenniet har det pågått ett materiellt och symboliskt renoveringsarbete av stadsdelens kommunala delar. MKB har gått i bräschen för detta och har gradvis lyckats införa en förhållandevis god social ordning. De offentliga utrymmena (gårdar, grönområden, tvättstugor) sköts på daglig basis. Servicenivån är även den hög. Olika problem i lägenheterna åtgärdas i regel både snabbt och effektivt av fastighetsägarens personal.

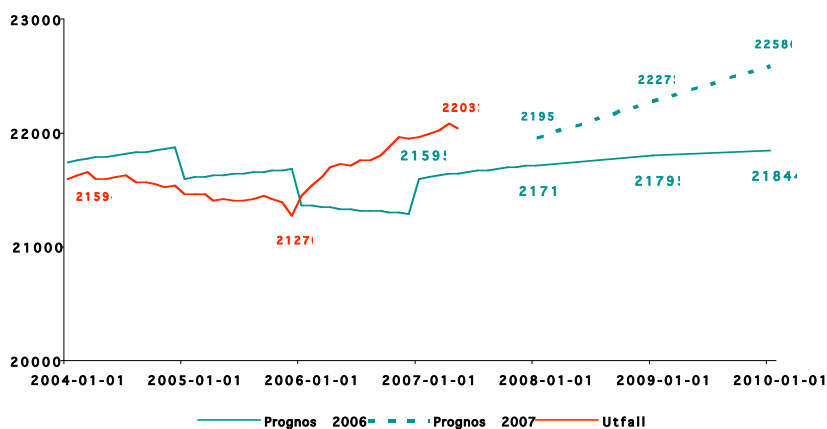
Befolkning

Stadsdelen har gått igenom stora historiska förändringar när det gäller befolkningens sammansättning. Den första tiden dominerades invånarna i Rosengård av infödda svenskar som flyttat från dåliga bostäder i de centrala delarna av Malmö eller från landsbygden (Ristilampi 1994). Flemström och Ronnby (1972:93) påpekar att inflyttningsböckerna från 1969 till 1970 visar att de största grupperna av inflyttade kom från landsorten, annan svensk stad och från Möllevångens församling. Invandrare kom först på sjunde plats i statistiken. Idag präglas områdets befolkning bland annat av följande:

Rosengård har en växande befolkning. Under år 2006 ökade antalet folkbokförda invånare i stadsdelen med nästan 700 personer. I maj 2007 uppgick folkmängden till drygt 22 000 invånare. Härutöver vistades vid ingången av år 2007 ca 600 asylsökande i stadsdelen i sk "eget boende" (EBO). Det motsvarar ca hälften av det totala antalet i Malmö. Merparten av befolkningsökningen beror på ökad flyktinginvandring och är till stor del en effekt av den tillfälliga asyltag som gav fler rätt till permanent uppehållstillstånd. Nästan hela ökningen återfinns i åldersgruppen 20–45 år. En stor del av dessa vistades sannolikt i stadsdelen som inneboende hos anhöriga och bekanta redan före år 2006.

Befolkningsutvecklingen gör att prognoserna framåt generellt är behäftade med stor osäkerhet. Man kan utgå ifrån att de som beviljats uppehållstillstånd under 2006 i större eller mindre utsträckning har familjen kvar i hemlandet. När familjeåterförening kan aktualiseras finns det anledning att utgå ifrån att ökad anhöriginvandring ger upphov till ytterligare befolkningsökning i fler åldersgrupper.

Befolkningsutvecklingen i förhållande till prognoserna från 2006 och 2007 framgår av diagrammet nedan:



Prognoserna baseras på kända befolkningsförutsättningar och häri ingår t ex inte eventuella effekter av ökad anhöriginvandring.

Rosengård har en ung befolkning. Av totalbefolkningen är 10 % under sex år, 30 % under 16 år och 36 % under 20 år. Motsvarande andelar för hela Malmö är 7 %, 20 % respektive 21 %. Befolkningen 70 år och äldre är 6 % i Rosengård mot 13 % för hela Malmö.

Rosengård har en mångkulturell befolkning. Stadsdelens invånare kommer från 111 länder som tillsammans representerar ett femtiotal olika språkgrupper. Andelen invånare med utländsk bakgrund ökar och uppgår till 85 %, varav 59 % är utrikes födda och 26 % är födda i Sverige (med båda föräldrarna födda i utlandet). Motsvarande andel invånare med utländsk bakgrund uppgår för hela Malmö till 33 % (26 % utrikes födda och 8 % födda i Sverige). De största grupperna i området är personer från ex-Jugoslavien, Bosnien-Hercegovina, Irak, Libanon och Polen (Malmö stads planerings- och statistikavdelning 2004).

Intern segregation. Sett utifrån är Rosengård ett segregerat område i förhållande till resten av Malmö. Betraktar man området ”inifrån” kan man konstatera att det också är internt segregerat. Vissa fastigheter och kvarter domineras av olika ”etniska” grupper. Stadsdelens vardagsliv präglas också i hög utsträckning av att många muslimer bosatt sig här. ”Islam är den största religionen i området”, som en intervjuad imam påpekade. Det finns idag runt tretton moskéer i stadsdelen, med olika etnisk och religiös inriktning. Flera av dessa är så kallade ”källarmoskéer” som etablerats efter att den stora moskén, Islamic Center, påbörjade sin verksamhet 1984. Den stora moskén har genom åren dragit till sig muslimer från olika delar av Malmö och Sverige. I samband med detta har det bildats mindre grupper som byggt upp sina egna moskéer. Moskéerna erbjuder ett varierat utbud av social service för områdets muslimer.

Andelen invånare med utländsk bakgrund per delområde framgår av tabellen på nästa sida:

Delområde	Utrikes födda	Födda i Sverige	Utländsk härkomst
Apelgården	57	19	72
Kryddgården	61	19	80
Herrgården	67	30	97
Persborg	51	20	71
Törnrosen	63	31	94
Västra Kattarp	38	17	55
Örtagården	59	33	92
Rosengård	59	26	85

Omflyttningarna in och ut ur stadsdelen är betydande. Under 2005 flyttade drygt 1 900 personer till stadsdelen medan nästan 2 200 flyttade ut. Andelen utflyttade av totalbefolkningen uppgick därmed till 10 %. Motsvarande andel för hela Malmö var 6 %. Statistiken avser den folkbokförda befolkningen i vilken asylsökande i eget boende (EBO) inte ingår. Av de inflyttade till stadsdelen uppgick antalet invandrade direkt från utlandet till nästan en tredjedel. Antalet nyanlända under den senaste treårsperioden uppgår till drygt 1 900, vilket under samma tid motsvarar 26 % av alla nyanlända i Malmö.

Enligt senast tillgänglig statistik från 2003 hade 1 470 personer i Rosengård sjuk- eller handikappersättning. Det motsvarar ca 12 % av befolkningen 16–64 år. Motsvarande andel för hela Malmö uppgick till drygt 8 %. Andelen personer med sista levnadsår mellan 65 och 74 år uppgår till ca 3 % av åldersgruppen mot knappt 2 % för Malmö som helhet.

Av befolkningen över 65 år har drygt 17 % insatser inom Vård och Omsorg mot nästan 19 % för hela Malmö. Om man ser enbart till gruppen ”yngre äldre” 65 till 74 år, är dock ”vårdkonsumtionen” högre i Rosengård. Nästan 55 % av befolkningen i åldersgruppen har insatser i Rosengård mot knappt 3 % i hela Malmö. Det finns alltså goda skäl att anta att folkhälsosituationen i Rosengård är sådan att vårdbehov uppstår längre ned i åldrarna än i resten av Malmö. Stadsdelens kostnader för resursfördelad socialtjänst (Individ- och familjeomsorg samt administration ekonomiskt bistånd) uppgår till 4 311 kronor per invånare mot 2 151 kronor per invånare för hela Malmö.

Välfärd och sociala förhållanden

Förvärvsfrekvens

Andelen förvärvsarbetande i stadsdelen är låg såväl jämfört med övriga Malmö som med riket i övrigt. Att öka förvärvsfrekvensen och minska beroendet av försörjningsstöd i Rosengård är därför en fråga av central strategisk betydelse för hela Malmö. Antalet arbetstillfällen uppgick 2004 till 4 947, eller 4 % av alla arbetstillfällen i Malmö. Av dessa återfinns drygt 2 000 i offentlig sektor. Rosengårds andel av Malmös befolkning uppgick vid samma tidpunkt till 8 %. Förvärvsfrekvensens utveckling i Rosengård och Malmö i åldersgrupperna 20–64 år totalt och för utrikes födda framgår av nedanstående tabell:

	Rosengård		Malmö		Differens	
	Totalt	Utr födda	Totalt	Utr födda	Totalt	Utr födda
2000	34	30	64	42	-30	-12
2001	36	33	64	43	-28	-10
2002	37	34	63	43	-26	-9
2003	37	36	62	42	-25	-6
2004	37	37	63	43	-26	-6
2005						
Förändring	3	7	-1	1	4	6

Enligt senast tillgänglig statistik avseende inkomståret 2004 uppgår förvärvsfrekvensen i Rosengård till totalt 37 % mot 63 % för hela Malmö. Om man enbart ser till gruppen utrikes födda är skillnaden mindre: 37 % i Rosengård mot 43 % i hela Malmö. Skillnaden mellan Rosengård och Malmö har halverats under den aktuella perioden genom att en större andel av den utrikes födda befolkningen i Rosengård blivit förvärvsarbetande. Noteras bör att det i Rosengård inte heller är någon skillnad mellan total andel förvärvsarbetande och andelen utrikes födda förvärvsarbetande. För Malmö som helhet uppgår denna skillnad inkomståret 2004 till 20 procentenheter.

Skillnaden i förvärvsfrekvens mellan Rosengård och Malmö kan till helt övervägande del förklaras i skillnader i befolkningsstruktur främst när det gäller andelen invånare av utländsk härkomst.

Förvärvsfrekvensen i stadsdelen påverkas också av omflyttningsmönstret med ett i förhållande till folkmängden stort årligt inflöde av nyanlända med kort vistelsetid i landet.

En rimlig grundhypotes är att de som flyttar ut från stadsdelen i större utsträckning än befolkningen i övrigt etablerats på arbetsmarknaden. Stadsdelen måste alltså betraktas som en del i ett större och mer dynamiskt sammanhang.

Utbildning och inkomster

Andelen vuxna (20–64 år) med enbart förgymnasial utbildning uppgår i Rosengård till 33 % (Malmö 16 %). Motsvarande andel med gymnasial utbildning är 41 % (Malmö 42 %) och eftergymnasial utbildning till 18 % (Malmö 39 %). Den disponibla medelinkomsten i stadsdelen uppgår till 175 800 kronor, eller 71 700 kronor per invånare, att jämföra med 203 600 respektive 118 000 kronor för Malmö som helhet.

Ekonomiskt bistånd

Utvecklingen av antalet hushåll med försörjningsstöd och introduktionsersättning i genomsnitt per månad framgår av tabellen nedan:

	Antal hushåll	
	Förs stöd	Intro ers
2004	1515	395
2005	1490	289
2006	1366	320
Förändring	-149	-75

Trots att antalet hushåll med försörjningsstöd minskat är inte minskningen proportionell mot antalet som blivit självförsörjande genom arbete eller reguljära studier. Det beror dels på omflyttningar, dels på att arbetslösa med försörjningsstöd generellt har större familjer och högre kostnader för försörjning än genomsnittet för övriga Malmö. När hushållet får en arbetsinkomst innebär det inte per automatik att behovet av försörjningsstöd upphör helt. Dock minskar det utbetalda beloppet per hushåll, vilket fått effekt på de totala kostnaderna för försörjningsstöd i stadsdelen. Genomsnittligt utbetalt försörjningsstöd per hushåll uppgick år 2005 till 46 133 kronor i Rosengård mot 40 992 kronor för Malmö som helhet.

Bostads- och hemlöshet

Antalet bostads- och hemlösa tenderar att bli fler till följd av befolknings- och bostadssituationen i Malmö. 75 boenden med andrahandskontrakt nyttjades av bostadslösa i oktober 2006. Fördelningen av hemlösa på olika boendeformer framgår av tabellen nedan:

Boendeform	Antal hemlösa 2006-10-02		
	Vuxna	Barn	Summa
Härbärge/dygnsoende	14	5	19
Hotell eller likn	19	17	36
Institution	19	2	21
Kriminalvård	3		3
Ambulerande	8	3	11
Uteliggare	3		3
Uppgift saknas	12	1	13
Summa	78	28	106

Barn och ungdom

Prognoserna pekar på att antalet förskolebarn blir fler medan antalet skolbarn fortsätter att minska. I stadsdelens 26 förskolor är ca 1 360 barn inskrivna. Ytterligare 300 barn från Rosengård har plats i fristående förskolor eller i andra stadsdelar. Hösten 2006 hade 1 279 av 1 360 förskolebarn ett annat modersmål än svenska.

Andelen elever år 9 som är behöriga till gymnasieskolans program understiger genomsnittet för Malmö och Sverige. Resultaten ligger i nivå med bostadsområden med liknande befolkningssammansättning. En hög andel barn och ungdomar med utländsk härkomst, varav en betydande del med kort vistelsetid i landet, är alltså även på detta område viktiga nyckelfaktorer att ta hänsyn till i det strategiska utvecklingsarbetet.

Andelen elever skolår 9 som har behörighet att söka till gymnasiet, dvs har godkända betyg i ämnena svenska, svenska som andraspråk, engelska och matematik, framgår nedan (exkl godkända efter sommarskola).

	2004	2005	2006
Äpelgårdsskolan	53	46	64
Rosengårdsskolan	47	43	42
Värner Rydènskolan	59	50	56
Örtagårsskolan	57	58	52
Rosengård (medel)	54	49	52
Malmö (medel)	79	77	80

Det finns ett klart samband mellan vistelsetid i Sverige, språkutveckling, möjlighet att tillgodogöra sig undervisningen och studieresultat. Av 15-åringarna i Rosengård 1 jan 2006 var 50 % utrikes födda och 13 % hade vistats i landet kortare tid än fem år. Motsvarande genomsnitt för hela Malmö var 20 respektive 6 %. Andelen 7–15-åringar som vistats i landet mindre än fem år uppgick för Rosengårds del till 10 % och för hela Malmö till 6 %. Andelen elever som i de nationella proven är 5 uppnått eller är på god väg att uppnå kunskapsmålen framgår nedan:

	Rosengård	Malmö
Svenska	73	79
Engelska	66	75
Matematik	75	78

Avslutande kommentar

Rosengård är ett bostadsområde som genomgått omvälvande förändringar sedan det etablerades under 1960–70-talet. Till en början beboddes området främst av svensk arbetarklass från landsbygden och eftersatta delar av Malmös innerstad. Ekonomiska, sociala och internationella förändringar har dock fått till följd att det i olika vågor skett en inflyttning av invandrare till stadsdelen. Rosengård är idag en mångetnisk stadsdel där ett femtiotal olika språk är representerade.

Statistiken talar ett ganska entydigt språk, där ett av de största problemen är den stora arbetslösheten. Rosengård ligger klart under resten av Malmö i fråga om förvärvsfrekvens. Detta kan sannolikt förklaras på olika sätt. En vanlig förklaring i den politiska debatten är att föra fram olika former av ”diskriminering”. Människor i

områden av Rosengårds typ hålls utanför samhället av en fientligt inställd majoritetsbefolkning. I statistiken framgår dock att den stora omflyttningen av människor bland annat innebär att det flyttar in ett stort antal invandrare med kort vistelsetid i Sverige till stadsdelen. Det är alltså frågan om människor som har haft för kort tid på sig att förkovra sig språkligt och socialt.

Etnisk segregation är ett problem när det gäller möjligheten att skaffa sig ett arbete. Många av de boende i stadsdelen ingår i etniska och religiösa nätverk inom den egna gruppen. Följden av detta är naturligtvis att det blir svårt att etablera kontakter i det svenska samhället med allt vad detta skulle kunna innebära av relationer till den svenska arbetsmarknaden. En studie som presenterats av Integrationsverket (2005) visar att det sociala kapitalet i form av nätverk är en mer betydelsefull faktor för möjligheten att erhålla ett arbete än att man ska ges ett positivt bemötande genom att svara på exempelvis annonser. Mycket av forskningen kring integration och segregation är så pass ideologisk till sin karaktär att det är svårt att dra några slutsatser från den om arbetslöshet, segregation etc (se ex Kamali, red, 2006).

REFERENSER

Carlbom, A (2003): "The Imagined versus the Real Other". Doktorsavhandling. Lund: Sociologiska institutionens förlag.

Flemström C och Ronnby A (1972): "Fallet Rosengård: en studie i svensk planerings- och bostadspolitik". Lund: Det nya samhället.

Kamali, M, red. (2006): "Den segregrande integrationen, om social sammanhållning och dess hinder". Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. SOU 2006:73. Stockholm 2006.

Ristilammi, P-M (1994): "Rosengård och den svarta poesin". Stockholm: Symposium.

ANDRA KÄLLOR

Sammanfattning och agenda för integration och mångfald, rapport integration. Integrationsverket 2005.

Områdesfakta för Malmö 2005, delområden. Malmö stads statistik- och planeringsavdelning.

KAPITEL 3

REGION SKÅNES PERSPEKTIV Bo Sönnerdahl

Bakgrund

En kartläggning som gjordes i stadsdelen Rosengård i Malmö 2004 visade att befolkningens samlade utnyttjande av psykiatrisk vård inte stod i paritet med de skattade vårdbehoven. Den faktiska konsumtionen av psykiatrisk vård visade sig vara ungefär hälften så stor som den förväntade. Det är uppenbart att det behövs fördjupad kunskap om faktorer som kan ligga bakom detta förhållande. Eftersom Region Skåne som sjukvårdshuvudman har ett ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla invånare, är det angeläget att stödja ett projekt som har till mål att ta fram förslag som innebär att vården i större utsträckning motsvarar de faktiska behoven.

För att det ska vara möjligt att analysera hur den psykiatriska vården i större utsträckning kan anpassas till förutsättningarna i stadsdelen Rosengård, måste man ha kunskap om de vårdresurser som idag finns tillgängliga inom den samlade hälso- och sjukvården, vilka övervägande som gjorts och förändringar som genomförts under de senaste åren.

I detta avsnitt kommer fokus att vara på en beskrivning av de samlade psykiatriska vårdresurserna i Malmö stad inom den psykiatriska öppenvården, inom primärvård/familjeläkarsystem och hos privata vårdgivare. Dessutom beskrivs särskilda satsningar riktade till prioriterade grupper som gjorts under de senaste åren. Avsikten är också

att i detta avsnitt kort beskriva det utvecklingsarbete som genomförts sedan mitten av 1990-talet, både som en följd av politiskt fattade beslut i Region Skåne och utifrån nationella initiativ som tagits.

En beskrivning av stadsdelen Rosengård ur demografiskt, socialt och ekonomiskt perspektiv finns i kapitel 2. Socialtjänstens insatser för personer med psykiatriska vårdbehov beskrivs i kapitel 5. Det pågående Miltonprojekt som Malmö stad och Region Skåne bedriver tillsammans med andra aktörer, inklusive brukare, beskrivs i kapitel 10. Slutligen diskuteras i kapitel 9 metodmässiga aspekter på att skatta de psykiatriska vårdbehoven i en befolkning med hjälp av den typ av index som användes vid denna jämförelse med andra stadsdelar i Malmö.

Region Skånes roll

För att Region Skåne i praktiken ska kunna utöva ett övergripande ansvar för den hälso- och sjukvård som erbjuds invånarna i Skåne, behövs aktuell kunskap om behovsutvecklingen inom olika sjukdomsområden, i olika befolkningsgrupper samt inom olika geografiska områden. Dessutom behövs naturligtvis möjligheter att överblicka och påverka utvecklingen vad gäller resurser och allokering av dessa.

Det är ingen överdrift att hävda att detta är en komplicerad uppgift; inte minst gäller detta inom psykiatriområdet, beroende på svårigheterna att definitionsmässigt avgränsa vad som är psykiatriska vårdbehov i en befolkning, att mäta dem och till sist att avgöra vilket slag av insatser som behövs och hur de ska göras tillgängliga.

Uppgiften blir inte lättare av att det varken bland beslutsfattare, inom professionen eller hos allmänheten råder en gemensam uppfattning om vad som kännetecknar en god psykiatri.

Samverkan med Malmö stad

För att sjukvården ur ett medborgarperspektiv i praktiken ska fungera så att alla invånare får tillgång till nödvändiga sjukvårdsinsatser, krävs ett omfattande samarbete och en samverkan mellan Region Skåne och kommunerna. Primärkommunen, i det här fallet Malmö stad, har också ett ansvar för invånarnas hälso- och sjukvård. Inom psykiatriområdet har behovet av samverkan länge uppmärk-

sammats. Till exempel betonas detta starkt i den nationella psykiatriutredning och den därpå följande sk psykiatrireform som genomfördes i Sverige i mitten på 1990-talet. Uppföljningar av psykiatrireformen har visat att det förvisso tagits många goda initiativ till en bättre samverkan, men man kan ändå dra slutsatsen att det finns hinder av många olika slag för att samverkan långsiktigt ska kunna fungera på ett gränsöverskridande sätt.

Region Skåne har ingått ett samarbetsavtal med Malmö stad liksom med övriga kommuner i Skåne. Detta avtal revideras årligen utifrån vad som överenskommit vid överläggningar mellan de politiska ledningarna och vid regelbundna tjänstemannamöten. I detta samarbetsavtal regleras såväl övergripande frågor gällande ansvarsfördelning och gemensamma prioriteringar som ett antal praktiska samarbetsfrågor. Inom psykiatriområdet har t ex Region Skåne och Malmö stad under senare år gemensamt uttalat att insatser för personer med missbruksproblematik ska prioriteras, liksom insatser för barn och unga.

Ett konkret exempel på samarbete mellan Malmö stad och Region Skåne för prioriterade grupper som etablerats under de senaste åren är det särskilda behandlingsteamet för psykiskt störda missbrukare (PSM-teamet) knutet till Beroendecentrum/UMAS, som är samlokaliserat och har ett nära samarbete med Malmö stads stödboende för denna grupp.

Ett annat exempel är IntroRehab, som innebär att Malmö stads introduktion för nyanlända invandrare/flyktingar samordnas med den behandling av PTSD-problematik¹, som bedrivs av allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och av Röda Korset på uppdrag av Region Skåne och Malmö stad. Detta har givit tydliga synergieffekter och verksamheten har effektiviserats.

Ett ytterligare praktiskt exempel på fungerande samarbete är Maria Malmö, en öppen mottagning för unga missbrukare och deras

¹ PTSD, Posttraumatic Stress Disorder är en psykiatrisk diagnos enligt DSM. Termen PTSD-problematik används för att beteckna tillstånd som inte uppfyller alla krav för en psykiatrisk diagnos enligt DSM, men som likväl behöver behandlas. PTSD-problematik är vanlig hos personer med traumatiserande upplevelser av krig/tortyr, men orsakas också av andra traumatiska upplevelser.

familjer, där personal från hälso- och sjukvården (Beroendecentrum/UMAS) arbetar tillsammans med personal från Malmö stads socialtjänst på samma mottagning.

Samverkansaspekten har också varit i fokus för det utvecklingsarbete som initierats av den nationella psykiatrisamordningen under ledning av Anders Milton (det sk Miltonkansliet). Ett antal Miltonprojekt bedrivs för närvarande i samarbete mellan Region Skåne, kommunerna och andra aktörer inom psykiatriområdet. Därutöver finansierar den nationella psykiatrisamordningen ett antal särskilda utvecklingsprojekt, varav detta, dvs Rosengårdsprojektet, är ett.

Skånsk livskraft – vård och hälsa inom psykiatriområdet

Redan innan den nationella psykiatrisamordnaren, Anders Milton, fick sitt uppdrag av regeringen och ett antal sk Miltonprojekt sattes igång 2005, initierades i Region Skåne en utveckling av den psykiatriska vården inom ramen för konceptet Skånsk Livskraft – vård och hälsa, i avsikt att stärka samverkan mellan olika vårdgivare och instanser inom vården. Målet är att invånarna i Region Skåne ska uppleva att man guidas rätt, oavsett var och hur man kommer in i vården, och att man får tillgång till rätt insatser på ett sammanhängande sätt.

Den bärande principen bakom modellen Skånsk Livskraft är att verksamheter som redan finns grupperas utifrån de fyra vårdlogikerna: specialiserad akutsjukvård, högspecialiserad vård, elektiv vård och närsjukvård. Det handlar alltså inte om att införa en ny organisation för hälso- och sjukvården.

I det här sammanhanget är det Närsjukvården som är den intressanta vårdlogiken. Det är också den volymmässigt största. En målbild som formulerats är att en majoritet av invånarna ska kunna få större delen sina av hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda inom närsjukvården.

Närsjukvården innefattar primärvården/familjeläkarsystemet, den kommunala hälso- och sjukvården samt ett antal av de vanligaste specialiteterna, varav psykiatrin är en. Volymmässigt rör det sig om ca 80 % av hela sjukvården.

Avsikten är att man som vårdsökande medborgare egentligen inte ska behöva veta att man befinner sig inom närsjukvården. Man ska däremot uppleva att rätt hjälp erbjuds på ett sammanhängande sätt och att man vägleds rätt, oavsett hur och var man först kommit in i vården.

När man ser närmare på hur den samlade vården hittills fungerat inom det psykiatriska området, är det uppenbart att det fortfarande är lång väg kvar tills den ovan beskrivna målbilden är förverkligad.

För att få igång den önskade utvecklingen av psykiatrin inom närsjukvården togs 2004 fram en handlingsplan på initiativ av dåvarande nämnden för Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt. I arbetet engagerades företrädare för psykiatrin, primärvården samt kommunerna. Ett första steg var att göra en kartläggning av befolkningens behov av psykiatrisk vård, samt av nuvarande resurser och verksamheter inom psykiatrin, primärvården och kommunerna, med särskild fokus på samverkan för att som nästa steg identifiera ett antal prioriterade områden där behovet av gemensam utveckling bedömdes som särskilt angeläget.

I tiden sammanföll detta utvecklingsarbete med att Miltonkansliet gick ut nationellt med en inbjudan till sjukvårdshuvudmännen att tillsammans med kommunerna och andra aktörer söka medel för olika samverkansprojekt. Den möjlighet till resurstillskott som detta innebar, passade väl ihop med de utvecklingsambitioner som redan fanns formulerade av Region Skåne och Malmö stad tillsammans.

Genom denna process tillkom alltså ett antal Miltonprojekt för olika målgrupper inom psykiatriområdet, vilka Malmö stad och Region Skåne gemensamt bedriver för att stärka samverkan och därmed förbättra omhändertagande och stödinsatser för gruppen psykiskt sjuka och/eller funktionshindrade. Den största andelen av dessa nationellt tillförda resurser har satsats på ett stort pedagogiskt inriktat projekt, som innefattar gemensam utbildning och utveckling av samverkansformer för psykiatrins och Malmö stads personal samt utveckling av brukarorganisationernas engagemang.

Psykiatriska vårdresurser för invånarna i stadsdelen Rosengård

Merparten av den sjukvård som bedrivs i Skåne är offentligt finansierad. Det innebär att den i huvudsak bekostas med skattemedel. Som patient betalar man enbart patientavgift upp till gränsen för högkostnadsskyddet.

Den *offentligt finansierade* vården utförs dels av den offentligt bedrivna vården, dels av ett antal privata vårdgivare som har ett vårdavtal med Region Skåne eller som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Utöver den offentligt finansierade vården bedrivs en del sjukvård som är helt och hållet privat finansierad. Det innebär att patienten själv eller någon annan (t ex arbetsgivare eller ett försäkringsbolag) står för hela kostnaden. Vårdgivaren/behandlaren är i det här fallet inte verksam enligt ersättningslagarna (Lagen om läkarvårdsersättning eller Lagen om ersättning av sjukgymnastbehandling).

Inom ramen för detta avsnitt, som ju syftar till att ge en översiktlig bild av existerande psykiatriska vårdresurser som invånarna i stadsdelen Rosengård kan vända sig till, är det inte möjligt att längre än så här gå in på de övergripande förutsättningar som gäller för all offentligt finansierad hälso- och sjukvård inom regionen. Det är dock viktigt att känna till grunderna för hur vården är organiserad om man ska få en riktig utgångspunkt för analys och förändringsförslag.

På psykiatriområdet är den helprivata vården inte av någon större omfattning eller betydelse, när det gäller behandling hos specialistläkare. Det är däremot intressant att konstatera att merparten av den psykoterapi och psykologiska behandling som bedrivs av privatverksamma legitimerade psykoterapeuter, för närvarande till mycket stor del bekostas av patienten själv eller någon annan finansiär än sjukvårdshuvudmannen. Detta kan te sig anmärkningsvärt med tanke på att många patienter efterfrågar psykoterapi eller annan psykologisk behandling som alternativ eller komplement till den behandling som erbjuds.

I Malmö stad finns en offentligt bedriven psykiatri som UMAS, Universitetssjukhuset MAS, svarar för. Denna verksamhet omfattar allmänpsykiatri (ofta kallad för vuxenpsykiatri), barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri och en särskild klinik för beroendevård. I denna beskrivning av de psykiatriska vårdresurserna kommer enbart den öppna psykiatriska vården för vuxna att beröras.

På mitten av 1990-talet, vid tidpunkten för psykiatrireformen, följdes den tidigare inledda sektoriseringen av psykiatrin i Malmö av en utlokalisering av öppenvårdsmottagningarna från sjukhusområdet till de fyra geografiska sektorerna. Resultatet av denna organisationsförändring blev att varje sektor etablerade en egen öppenvårdsmottagning och fick tillgång till egna slutenvårdsenheter.

Stadsdelen Rosengård kom i denna organisation att tillsammans med stadsdelarna Kirseberg och Husie utgöra sektorsklinik Nordösts geografiska område. Den psykiatriska öppenvårdsmottagningen för denna sektor placerades av olika skäl i stadsdelen Centrum.

Det var denna struktur som psykiatrin i Malmö stad hade när Region Skåne bildades 1999 genom att Malmöhus Läns Landsting, Kristianstad Läns Landsting och Malmö stad gick samman och blev en sjukvårdshuvudman. (Övriga aspekter på försöket med regionbildningen berörs inte här.) Regionen indelades i fem sjukvårdsdistrikt med var sin politiskt sammansatt nämnd. Malmö stad kom att höra till Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt tillsammans med Svedala, Trelleborgs och Vellinge kommuner.

Tidigare har nämnts att även kommunen har ett ansvar när det gäller att tillgodose invånarnas hälso- och sjukvårdsbehov. Detta innebär att Region Skåne och Malmö stad måste komma överens om vem som ska göra vad och hur man ska samarbeta.

Dessa gränssnittsfrågor är speciellt svåra att hantera inom psykiatriområdet. I samband med regionbildningen gjordes en översyn av ansvarsgränserna och det upprättades en sk gränssnittsöverenskommelse.

På grund av att det kvarstod ett antal frågor kring avgränsningen mellan Malmö stad och UMAS:s psykiatri, och eftersom det också fanns frågeställningar kring hur resurserna bäst skulle användas inom själva den psykiatriska verksamheten, genomfördes under 2002, på initiativ av Nämnden för Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt och Universitetssjukhuset MAS, en extern revision av UMAS:s psykiatriska verksamhet.

Frågor man ville ha revisorernas syn på gällde bla om de samlade psykiatriska vårdresurserna i Malmö var tillräckliga utifrån befolkningens behov, om de sk gränssnitten mellan Region Skånes hälso- och sjukvård respektive Malmö stads verksamhet låg rätt, samt om fördelningen mellan den psykiatriska öppenvården och den slutna vården var optimal. Innan den externa revisionen var slutförd inledde ledningen för UMAS en omorganisation av psykiatrin. I den nya organisationen ersattes sektoriseringen av en modell baserad på subspecialisering.

År 2000 hade den dåvarande politiska majoriteten i Region Skåne tagit beslut om ett program för konkurrensutsättning av den offentligt bedrivna vården. I detta beslut ingick att delar av den psykiatriska öppenvården under mandatperioden, som sträckte sig fram till 2004, skulle övergå till annan driftsform. I konsekvens med detta beslut genomfördes under 2002 en upphandling av den psykiatriska öppenvården i stadsdelarna Limhamn/Bunkeflo och Centrum. För öppenvården i dessa två stadsdelar svarar således from 2003 den privata entreprenören Integrerad Närsjukvård i Malmö (INM KB).

Inom den offentligt finansierade vården finns i Malmö också ett antal privata specialistläkare (fn 12 st) som är verksamma enligt Lagen om läkarvårdsersättning. Dessa har med något undantag sin verksamhet förlagd till de centrala delarna av Malmö. Tillsammans svarar de för en betydande andel av öppenvårdsbesöken i Malmö.

Efter att ett vårdavtal avseende privat specialistläkarvård (däribland allmänpsykiatri) löpt ut genomfördes under 2006 en upphandling av öppen specialistläkarvård där bla allmänpsykiatri ingår. Inför upphandlingen gjordes en behovsanalys bla utifrån den kartläggning av psykiatriska vårdresurser och vårdkonsumtion som genomfördes 2004. I denna kartläggning som utfördes av SeniorPartners

på uppdrag av Nämnden för Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt konstaterades, som inledningsvis nämnts, en betydande skillnad mellan de psykiatriska vårdbehoven (skattade med hjälp av Jarmans index) och den faktiska konsumtionen av psykiatrisk vård för invånarna i stadsdelen Rosengård. Konsumtionen var avsevärt mindre än vad man kunde förvänta utifrån de skattade behoven.

Av detta skäl beslöts att den upphandlade öppenvårdsmottagningen skulle förläggas till ett angivet geografiskt område i Nordöstra Malmö. Detta för att öka den geografiska tillgängligheten till psykiatrisk öppenvård för befolkningen i stadsdelen Rosengård och omgivande områden.

Sammanfattningsvis har befolkningen i stadsdelen Rosengård tillgång till specialiserade psykiatriska vårdresurser inom den offentligt bedrivna psykiatrin, som har en öppenvårdsmottagning i stadsdelen Centrum. Den är alltså belägen utanför den egna stadsdelens område. Därutöver finns ett antal privatverksamma specialistläkare med mottagning i centrala Malmö samt en upphandlad privat teampsykiatri med mottagning i nordöstra Malmö.

Det är i detta sammanhang också viktigt att framhålla att en övergripande princip för all sjukvård i Region Skåne är det sk fria vård-sökandet, vilket innebär att invånarna i Region Skåne har möjlighet att söka vård var som helst i Skåne. Konkret innebär detta att invånarna i Rosengård kan vända sig till vårdgivare utanför den egna stadsdelen för att få tillgång till psykiatrisk öppenvård.

Primärvården

Vid sidan av den specialiserade psykiatrin är primärvården en viktig aktör när det gäller att tillgodose psykiatriska vårdbehov. Som har beskrivits ovan utgör primärvården en viktig del av närsjukvården. Man kan säga att det är primärvårdens uppdrag att utgöra en första linje i vården när det gäller depressiva tillstånd, ångestsjukdomar, kriser. För att primärvården ska kunna lösa denna uppgift behöver man ha en välfungerande samarbetsrelation med den specialiserade psykiatrin och kontinuerlig support därifrån i form av konsultation, kunskapsöverföring m.m.

Under senare år har det i ett antal studier konstaterats att mer än en tredjedel av de patienter som söker sig till primärvården har en problematik med någon form av psykiatriska, psykologiska eller psykosociala inslag. Man brukar tala om ”Den nya tidens sjukdomar”. Utöver gängse psykiatrisk problematik handlar det om utmattningssyndrom, allvarliga krisreaktioner, posttraumatisk stress, kronisk trötthet, fibromyalgi och olika överkänslighetstillstånd.

Resultaten av de folkhälsoenkäter som kontinuerligt genomförs i Region Skåne visar också på en tilltagande upplevd psykisk ohälsa. Detta gäller i särskilt hög grad för vissa avgränsade grupper, tex unga kvinnor.

I stadsdelen Rosengård finns de två vårdcentralerna Rosengårds vårdcentral och Törnrosens vårdcentral.

På Rosengårds vårdcentral har en särskild satsning gjorts för att verksamheten ska ha tillgång till särskild kompetens när det gäller att introducera nyanlända personer med utländsk bakgrund i hur den svenska sjukvården fungerar. På vårdcentralen finns ett psykosocialt team med läkare, psykolog och kurator, som fått särskild utbildning av psykiatrin i hanterandet av migrationsrelaterad problematik med särskild fokus på PTSD-området.

Även Törnrosens vårdcentral har tillförts psykosociala resurser för att bättre kunna svara upp mot det hjälpbehov man möter.

Ett särskilt utvecklingsprojekt med internationella hälsokommunikatörer startades. Efter utvärdering har det nu implementerats som en kontinuerlig verksamhet inom primärvården. Utvecklingsarbetet har skett i nära samverkan mellan Region Skåne och Malmö stad, där även Migrationsverket och Arbetsförmedlingen engagerats. Till uppdraget som hälsokommunikatörer rekryteras personer med utländsk bakgrund som genomgått olika former av hälso- och sjukvårdsutbildning i sitt ursprungsland. Uppgiften är att förmedla information om hur den svenska sjukvården fungerar, vart man kan vända sig för att få hjälp samt att ge vägledning i egenvård och sjukdomsförebyggande insatser. Ett ytterligare mål med verksamheten är att hälsokommunikatörerna själva ska ges möjlighet att utvecklas vidare och förvärva formell kompetens inom hälso- och sjukvården.

De internationella hälsokommunikatörerna finns tillgängliga på vårdcentralerna, familjecentralen och i den öppna förskolan.

I stadsdelen Södra Innerstaden finns Flyktinghälsan, som är en vårdcentral med särskild inriktning på nyanlända personer med utländsk bakgrund. Utöver att vara en vårdcentral för denna målgrupp ingår i verksamheten att ha sk hälsosamtal med information och rådgivning kring vanliga hälsoproblem i samband med flyttning från hemlandet, hur dessa kan hanteras samt hur man kan söka hjälp i den svenska sjukvården.

Avslutande kommentar

Region Skåne har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården för sin befolkning. Projekt av det här slaget, som syftar till att samla fördjupad kunskap om vårdkonsumtion i relation till faktiska behov, bidrar till att ge ett relevant underlag för beslut om vårdens utformning och dimensionering. Inom psykiatriområdet finns ett behov av att stärka utbytet mellan forskning och klinisk verksamhet, vilket skulle leda till en förbättrad implementering av kunskapsbaserade metoder och arbetsmodeller. Ett sätt att uppnå detta kan vara att låta andra aktörer än den offentligt bedrivna psykiatrin ta ett helhetsansvar (så långt det är möjligt) för den psykiatriska vården inom ett geografiskt område. Oavsett om Region Skånes beslutsfattare väljer att genomföra en konkurrensutsättning eller om man väljer att utveckla den egna verksamheten, så krävs en god kännedom om olika områdets struktur och invånarnas behov som beslutsunderlag. Den modell för behovs- och resursfördelningsanalys inom området psykisk ohälsa, SRS (Socioeconomic Risk Score), som beskrivs i kapitel 4, utgör ett exempel bland flera på hur projekt av det här slaget ger resultat, som tillför sjukvårdshuvudmannen viktig kunskap.

KAPITEL 4

FÖRDELNING AV PSYKISK OHÄLSA OCH SJUKVÅRDS- RESURSER I MALMÖ, REGION SKÅNE

Juan Merlo^{1,2}

professor, forskargruppchef, tf verksamhetschef

Medarbetare: **Henrik Ohlsson**^{1,2} doktorand, statistiker, **Martin Lindström**^{1,2} docent, överläkare, **Maria Rosvall**^{1,2} docent, specialistläkare, **Anders Liljeberg**^{1,2} datamanager, **Anders Beckman**^{1,2} medicine doktor, specialistläkare, **Herman Holm**^{1,2} överläkare, områdeschef för psykiatri

Juan Merlo är professor i samhällsmedicin och leder forskargruppen socialepidemiologi vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, medicinska fakulteten, Lunds universitet. Han har varit Regionöverläkare i hälso- och sjukvårdsepidemiologi och har nyligen trätt in som tf verksamhetschef för socialmedicinska enheten vid UMAS, Region Skåne.

Mycket av hans arbete är inriktat på att öka förståelsen för vilka mekanismer som leder till geografiska och socioekonomiska skillnader i hälsa och sjukvårdskonsumtion utifrån principen om jämlikhet och vård på lika villkor. Hans forskningsarbete behandlar ofta frågor som har en direkt relevans för hälso- och sjukvård i Region Skåne och det lägger fram kunskap som kan ge en vetenskaplig grund till en jämlik fördelning av sjukvårdsresurser och preventiva folkhälsoåtgärder.

1 Socialepidemiologi, Institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, 2 Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset Mas i Malmö, Region Skåne

Bakgrund och syfte

I en tidigare analys i Malmö¹ drogs slutsatsen att befolkningen i Rosengårds stadsdel konsumerade mycket mindre psykiatrisk sjukvård än resten av befolkningen i staden när man tog hänsyn till befolkningens skattade behov enligt Jarmans index. Rapporten konkluderade att personer med psykisk ohälsa/sjukdom boende i Rosengård antingen inte själva förmådde att ta sig fram till den psykiatriska vården eller att de omedvetet selekterades bort inom vårdssystemet (sk strukturell diskriminering).

Samtidigt är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att hälso- och sjukvården skall arbeta för en säker vård av god kvalitet och hög tillgänglighet där patienterna skall bemötas med respekt (på ett värdigt och korrekt sätt). Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)). Dessutom skall inom hälso- och sjukvård kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Mot denna bakgrund startade man 2005 ett utvecklingsprojekt i Malmö med syfte att vidta åtgärder för att ge befolkningen i Rosengård tillgång till psykiatrisk vård på lika villkor som i resten av befolkningen i Malmö. I projektet ingick att genomföra en epidemiologisk uppföljning och analys av både den psykiska ohälsan och användningen av sjukvårdsresurser i Malmö i allmänhet och i stadsdelen Rosengård i synnerhet. Syftet med dessa analyser var att få insikter om de globala effekterna av de olika interventioner som initierades inom ramen för utvecklingsprojektet. Vi ville analysera förhållandet mellan behov och fördelning av psykiatriska sjukvårdsresurser i Malmö och speciellt i stadsdelen Rosengård. Samtidigt ville vi studera vilket roll individens födelseort spelade i detta sammanhang och placera Malmö i ett regionalt perspektiv.

I denna del av projektet genomför vi kvantitativa analyser baserade på information från Region Skånes enkätundersökning ”Hälsoläget i Skåne 2004” och registerbaserad information från forskningsdatabasen ”LOMAS”². Fördelen med att kombinera de båda databaserna är att vi får upplysningar om både självrapporterad

1 Seniors Partners. Kartläggning av vårdbehov och verksamhet/utbud för personer med psykisk ohälsa/sjukdom i Malmö. Malmö. 2005.

2 Analyserna i LOMAS ingår i forskningsprojektet ”Socioekonomiska skillnader i hälsa och sjukvårdskonsumtion – en longitudinell flernivåanalys” (projektledare Juan Merlo, Socialepidemiologi, institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet). Projektet får stöd från ALF (Avtal om Läkarutbildning och Forskning), FAS (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) och VR (Vetenskapsrådet).

psykisk ohälsa utifrån enkätundersökningen och olika typer av sjukvårdskonsumtion utifrån registren.

Med hjälp av ”Hälsoläget i Skåne 2004” har vi tagit fram en socioekonomisk risk score (SRS) för psykisk ohälsa som vi sedan har applicerat på hela befolkningen i Skåne.³ Beräkningen av SRS tillåter oss att uppskatta behovet av psykiatrisk sjukvård för varje individ i Skåne (mellan 18 och 80 år) utifrån individens demografiska och socioekonomiska karakteristiker. Därtill har vi analyserat balansen mellan behov och den verkliga användningen av sjukvårdsresurser.

Appliceringen av en ”score” för att uppskatta sjukdomsriskerna är relativt ny inom socialmedicin. Emellertid är det vanligt inom andra medicinska områden som kardiologi, där man uppskattar risk för hjärtinfarkt utifrån kända riskfaktorer som förhöjt blodtryck, rökning, osv.⁴

Utöver formellt psykiatrisk sjukvård kan andra typer av sjukvård, till exempel primärvård, utnyttjas för att behandla dålig psykisk hälsa och psykiatrisk sjukdom i befolkningen. Faktum är att våra studier om bland annat användning av psykofarmaka i samhället visar att en stor del av den psykiska ohälsan behandlas inom allmänmedicinen. Därför studerades också utnyttjandet av olika typer av sjukvårdsresurser och inte enbart psykiatrisk sjukvård. Vår tanke var att en eventuell underanvändning av psykiatrisk vård i vissa grupper av befolkningen skulle kunna kompenseras med ett ökat bruk av andra sjukvårdsresurser, till exempel primärvård. På detta sätt ville vi gå ifrån en rent administrativ eller medicinsk indelning av sjukvården och undersöka patientens hela sjukvårdsutnyttjande i förhållande till bland annat närhet och tillgänglighet.

Denna rapport skall ses som information om forskningsrön som forskargruppen Socialepidemiologi vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö förmedlar till samhället. Enligt Högskolelagen har alla forskare och forskargrupper skyldigheten att inte bara forska och undervisa, utan också underhålla en bra kommunikation med samhället och informera om sina forskningsresultat (den så kallade ”tredje uppgiften”).

3 Juan Merlo, Henrik Ohlsson, Kristian Lynch, Anders Liljeberg. Förslag till en Socioekonomisk risk score (SRS) för behovsanalysen i befolkningen.

4 Eichler K, Puhon MA, Steurer J, Bachmann LM. Prediction of first coronary events with the Framingham score: a systematic review. *Am Heart J.* 2007 May;153(5):722-31, 731.e1-8.

STUDIEPOPULATION OCH INFORMATIONSKÄLLOR

Folkhälsa i Skåne 2004

Enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” genomfördes av Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Region Skåne. Ett urval drogs ur befolkningsregistret bland personer födda mellan 1919 och 1981 bosatta i Skåne den 4 november 1999. Urvalet var stratifierat efter 60 geografiska områden (strata) där varje kommun utgjorde en urvalsgrupp, förutom Helsingborg som indelades i sex stadsdelar, Kristianstad som indelades i fem stadsdelar, Lund som indelades i tio stadsdelar samt Malmö som indelades i tio stadsdelar. Ungefär lika stora urval gjordes i varje geografiskt område. Syftet med undersökningen var att få en aktuell bild av skåningarnas hälsa samt levnads- och miljöförhållanden. Undersökningen var ett till kön och kommun/stadsdel stratifierat obundet slumpmässigt urval av 49 000 personer valda från samtliga 835 413 individer i åldern 18–80 år som var folkbokförda i Skåne län den 30 juni 2004. Totalt var det 27 963 personer som besvarade frågeblanketten, vilket är 58,7 % av urvalet.

LOMAS

Databasen LOMAS (*Longitudinal Multilevel Analysis in Skåne*) innehåller avidentifierad registerbaserad information på individnivå om befolkningen i Skåne angående demografi, socioekonomisk status, födelseland, geografiska (t ex kommun, församling, geografiska koordinater) och sjukvårdsadministrativa områden (t ex sjukvårdsdistrikt, sjukhus, vårdcentral), samt sjuklighet, dödlighet och sjukvårdskonsumtion. LOMAS är uppbyggd av information från ett antal register såsom folk- och bostadsräkningsregister, befolkningsregister, dödsorsaksregister, hälsodataregister och Region Skånes vårddatabaser. LOMAS innehåller även information om typen av sjukvårdskontakt, var besök har gjorts och även kostnad för kontakten.

LOMAS är sammanställd med hjälp av Statistiska centralbyrån, Epidemiologiskt centrum (Socialstyrelsen) och Region Skåne. Databasen är avidentifierad; det vill säga forskargruppen har inte tillgång till personnummer. Analyserna presenteras dessutom alltid på grupp-nivå. Databasen LOMAS har prövats och godkänts av Statistiska

centralbyrån, Epidemiologiskt centrum (Socialstyrelsen) samt av den Regionala etikprövningsnämnden i Lund (Dnr: 237/2005).⁵

Från databasen LOMAS selekterade vi alla individer folkbokförda i Malmö under året 2006. Vi definierade befolkningen under ett visst år som de individer bosatta i Malmö i början av året samt de individer som tillkommit under året. Geografisk tillhörighet definierades i början av året (förutom för nytillkomna som definierades i slutet av året).

Definition av variablerna

Sjukvårdskonsumtion

Vi studerade all offentligt finansierad sjukvårdskonsumtion (kostnader) under året 2006 utifrån den information som finns i Skånes vårddatabaser. Offentlig finansiering inkluderar den sjukvård som sker i både offentlig och privat regi. Vi fokuserade på följande kategorier av sjukvårdskonsumtion:

- Total sjukvård
- Psykiatrisk vård
- Somatisk vård
- Primär vård

Demografiska och socioekonomiska variabler

Ålder

Ålder grupperades i fem årsklasser: 18–34 år, 35–44, 45–54, 55–64 och 65–80 år.

Födelseland

Användning av sjukvårdsresurser kan vara relaterad till det land man är född i. Det kan finnas kulturella faktorer som betingar sjukvårdskonsumtionen⁶. Det är också möjligt att individer födda i vissa länder kan vara utsatta för diskriminering eller privilegier som begränsar eller underlättar deras tillgång till sjukvård. Att studera

⁵ Analyserna i LOMAS ingår i forskningsprojektet ”Socioekonomiska skillnader i hälsa och sjukvårdskonsumtion – en longitudinell flernivåanalys” (Projektledare Juan Merlo, Socialepidemiologi, institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet). Projektet får stöd från ALF (Avtal om Läkarutbildning och Forskning), FAS (Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap) och VR (Vetenskapsrådet).

⁶ Helman, C.G. (2001) Culture, Health and Illness (4th edition) (London: Arnold)

sambandet mellan födelseland, behov och utnyttjande av sjukvård är därför högst relevant. Emellertid, grova indelningar av individer som till exempel "svenskfödd" och "utlandsfödd" har dålig epidemiologisk validitet. Bakom benämningen "utlandsfödd" göms en heterogen grupp av individer med bara en enda gemensam egenskap: att inte vara född i Sverige. Likaså är individer födda i Sverige en mycket blandad grupp.

I denna studie valde vi att klassificera födelseländer huvudsakligen enligt geografiska kriterier. Vi använde dels en enkel gruppering, dels en mer detaljerad indelning konstruerad av SCB. Syftet med SCB:s klassificering var att försäkra konfidentialiteten samtidigt som så många specifika födelseländer som möjligt kunde identifieras. Tabell 1 visar hur dessa klassificeringar relateras till varandra i Skåne. Vi använde den enkla grupperingen av födelseländer i de analyser som baserades på enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004" och den mer detaljerade indelningen när vi studerade LOMAS-databasen.

Antal år i Sverige

Själva invandringen till ett annat land snarare än ett visst födelseland kan påverka möjligheten att utnyttja sjukvård. Under första tiden i det nya landet måste individen integrera mycket ny information och anpassa sig till främmande normer och kulturella koder, vilket kan leda till ett underutnyttjande av sjukvård. Emellertid, ju längre tid individen har bott i Sverige, desto större är möjligheterna att orientera sig i samhället och få tillgång till sjukvårdresurser.

Därför är kunskapen om hur länge en person har bott i landet en mycket viktig faktor att ta hänsyn till när man studerar förhållandet mellan födelseland och sjukvårdskonsumtion. Om man förbiser denna aspekt finns det en risk att felaktiga slutsatser dras och vad vi tror är relaterat till födelseland egentligen har att göra med det antal år individen har bott i Sverige och den anpassningsprocess som det innebär. Information om antal år i Sverige fanns endast i LOMAS-databasen. I vissa analyser kombinerade vi den enkla födelselandsgrupperingen Sverige, Norden, övriga Europa, övriga världsdelar med antal år i Sverige (5 år eller mer kontra mindre än 5 år).

Ensamboende

Vi definierade som sammanboende de vuxna personer (över 18 år) som enligt befolkningsregister var gifta eller hade registrerat partnerskap. Vi klassade som ensamboende dem som var ogifta, skilda, änkor eller/änklingar. Sammanboende användes som referens i analysen. En svaghet i denna definition är att sammanboende utan barn (ungefär 6 % av befolkningen) klassas som ensamboende.

Låg utbildning

Vi delade upp utbildning i tre grupper: Låg utbildning (grundskola), mellanutbildning (gymnasium), hög utbildning (mer än två års gymnasium). Hög utbildning användes som referens i jämförelserna.

Inkomst

Vi använde vägd individuell disponibel inkomst i hushållet och kategoriserade individerna i tre grupper av inkomst (låg, mellan och hög) enligt tertiler av inkomstfördelning. Vi använde gruppen med hög inkomst som referens i jämförelserna.

Arbetslöshet

Vi ansåg att en individ var arbetslös om han eller hon hade varit registrerad i arbetslöshetskassan i 183 dagar eller mer.

Långtidssjuk

I LOMAS-databasen ansåg vi att en individ var sjuk om han eller hon hade fått sjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning under åtminstone en månad under året. I enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” baserade vi denna uppgift på självrapporterad information om förtidspension, sjukpension eller långtidssjukskrivning.

Boende i småhus

Man har tidigare konstaterat att information om boendetyper är klart relaterad till sjukvårdskonsumtion⁷. Att bo i småhus är sannolikt ett uttryck för bättre socioekonomisk status och kan påverka både hälsa och tillgång till sjukvårdsresurser. I LOMAS använde vi fast-

⁷ Wäländer A, Burström B. Att fördela psykiatriresurser efter behov. Analyser av behovsindex, vårdutnyttjande och upplevd psykisk hälsa. Stockholms läns landsting Centrum för folkhälsa. 2005.

ighetens typkod (koder: 100–299) för att identifiera individer som bodde i småhus. I enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” använde vi självrapporterad information där deltagarna svarade på frågan ”Vilken typ av bostad bor du?” De individer som svarade ”egen villa/radhus” betraktades som boende i småhus.

Otillfredsställt vårdbehov

I ”Folkhälsa i Skåne 2004” ställdes två frågor för att få information om otillfredsställt vårdbehov:

- ”Har Du under de senaste tre månaderna ansett Dig vara i behov av läkarvård, men inte sökt vård?” och i så fall
- ”Vilken var orsaken/orsakerna till att Du inte sökte vård?”

Den sista frågan hade flera alternativ som deltagarna i undersökningen kunde välja mellan: besvären gick över, hade inte råd, för långa väntetider, tycker inte jag kan få någon hjälp, kom inte fram på telefon, fick inte tag på någon läkare, kände inte till någon bra läkare, hade inte tid, ville vänta ett tag, samt annan orsak. Information om otillfredsställt vårdbehov fanns endast i enkätundersökningen. I våra analyser grupperade vi dessa orsaker i:

- Besvären gick över
- Hade inte råd
- För långa väntetider. Kom inte fram på telefon. Fick inte tag på, kände inte till någon läkare
- Hade inte tid, ville vänta ett tag, annan orsak

Dålig psykisk hälsa

Med psykisk hälsa avses här individens allmänna välbefinnande. I enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” används ”*General Health Questionnaire*” innehållande 12 frågor (GHQ-12)⁸ om olika aspekter av individens psykiska hälsa som koncentrationsstörningar, sömnsvårigheter, upplevelse av att göra nytta och kunna fatta beslut, att ständigt känna sig spänd och inte klara problem, upplevelse om att bli uppskattad för vad han eller hon gör, inte kunna ta itu med

⁸ Nilsson K. Sambandet mellan psykisk ohälsa och hälsorelaterade levnadsvanor bland kvinnor och män i en skånsk befolkning. Magisteruppsats – 20 poäng. Malmö högskola. Folkhälsovetenskapliga programmet FHV01; 2005.

problem, att känna sig olycklig och nedstämd samt förlora tron på sig själv, att känna sig värdelös och att inte vara lycklig. GHQ 12-instrumentet används för att undersöka förekomsten av psykisk ohälsa i befolkningen. Tidigare studier visar att individer med dålig psykisk hälsa enligt GHQ-12 har en ökad tendens att söka sjukvård för psykiska besvär. I våra analyser definieras de individer som angett besvär inom minst tre av de tolv efterfrågade kategorierna i GHQ-12-instrumentet som att lida av dålig psykisk hälsa. GHQ 12-instrumentet fanns endast i enkätundersökningen.

Geografiska indelningar

I vissa av våra analyser använde vi dels hela Skåne (se metodavsnittet), dels de 60 geografiska områden (strata) som användes i enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004". Analyserna i Malmö genomfördes dels i hela staden, dels i var och en av dess 10 stadsdelar.

Vid beräkning av behovsindex och relaterade mått använde vi hela Region Skåne som referens och studerade de 117 vårdcentralområden i vilka Region Skåne är indelad.

Tabell 1. Klassificering av födelseländer och antal individer i Malmö 2006 i åldrarna 18 till 80 år.

	Sverige		Norden		Övriga Europa		Övriga världsdelar	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	522	556
Bosnien-Hercegovina	-	-	-	-	2552	2339	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	639	612
Colombia	-	-	-	-	-	-	135	116
Danmark	-	-	2311	3310	-	-	-	-
Estland	-	-	-	-	74	30	-	-
Etiopien	-	-	-	-	-	-	104	122
Filippinerna	-	-	-	-	-	-	249	86
Finland	-	-	961	620	-	-	-	-
Frankrike	-	-	-	-	97	152	-	-
Grekland	-	-	-	-	204	268	-	-
Indien	-	-	-	-	-	-	230	210
Irak	-	-	-	-	-	-	2203	2803
Iran	-	-	-	-	-	-	1279	1455
Island	-	-	125	128	-	-	-	-
Italien	-	-	-	-	157	253	-	-
Jugoslavien	-	-	-	-	4118	4106	-	-
Kina	-	-	-	-	-	-	230	146
Syd-Korea	-	-	-	-	-	-	165	72
Kroatien	-	-	-	-	327	333	-	-
Libanon	-	-	-	-	-	-	1372	1505
Marocko	-	-	-	-	-	-	116	129
Nederländerna	-	-	-	-	71	92	-	-
Norge	-	-	360	305	-	-	-	-
Peru	-	-	-	-	-	-	95	86
Polen	-	-	-	-	3305	1893	-	-
Rumänien	-	-	-	-	795	626	-	-
Ryssland	-	-	-	-	218	51	-	-
Somalia	-	-	-	-	-	-	377	354
Sovjetunionen	-	-	-	-	-	-	217	113
Spanien	-	-	-	-	91	106	-	-
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	88	56
Storbritannien och Nordirland	-	-	-	-	178	445	-	-
Sverige	73017	69541	-	-	-	-	-	-
Syrien	-	-	-	-	-	-	188	169
Thailand	-	-	-	-	-	-	377	100
Tjeckoslovakien	-	-	-	-	288	284	-	-
Turkiet	-	-	-	-	-	-	551	672
Tyskland	-	-	-	-	741	659	-	-
Ungern	-	-	-	-	877	814	-	-
USA	-	-	-	-	-	-	186	275
Vietnam	-	-	-	-	-	-	351	282
Österrike	-	-	-	-	116	111	-	-
Övriga Afrika	-	-	-	-	-	-	633	903
Övriga Asien	-	-	-	-	-	-	1143	1203
Övriga EU-25	-	-	-	-	393	363	-	-
Övriga Europa	-	-	-	-	958	884	-	-
Övriga Nordamerika	-	-	-	-	-	-	162	179
Övriga Sydamerika	-	-	-	-	-	-	518	470
Övriga	-	-	-	-	-	-	68	132

EPIDEMIOLOGISKA OCH STATISTISKA ANALYSER

Huvudsyftet med våra analyser var att analysera förhållandet mellan behov och fördelning av psykiatriska sjukvårdresurser i Malmö och speciellt i stadsdelen Rosengård. Samtidigt ville vi studera vilken roll individens födelseland spelade i detta sammanhang och placera Malmö i ett regionalt perspektiv. Mot denna bakgrund skapade vi en modell för analys av behov och resursfördelning baserad på estimerad risk för självskattad dålig psykisk hälsa och verklig sjukvårdskonsumtion.

Socioekonomisk risk score (SRS) för behovsanalys i Skånes befolkning

Härmed presenterar vi en modell för behovs- och resursfördelningsanalys av psykiatrisk sjukvård i befolkningen. Utgångspunkten för denna modell är att man först bedömer individens psykiska hälsa. I denna undersökning sker det med hjälp av GHQ-12 utifrån enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004". Därefter bygger vi en ekvation som skattar sannolikheten av att ha dålig psykisk hälsa utifrån ett antal demografiska och socioekonomiska karakteristika (variabler). Vi kallar denna sannolikhet för "Socioekonomisk Risk Score" (SRS) för dålig psykisk hälsa.

I nästa steg applicerar vi ekvationen på material från LOMAS-databasen. LOMAS innehåller registerbaserad information om hela befolkningen i Skåne, men den innehåller inte direkt information om psykisk ohälsa från GHQ-12. I LOMAS finns emellertid samma demografiska och socioekonomiska variabler från enkätundersökningen som vi använder i ekvationen för att beräkna individens sannolikhet för dålig psykisk hälsa. Det betyder att man kan skatta sannolikheten för att ha dålig psykisk hälsa, SRS, för varje individ i Skåne mellan 18 och 80 år.

Värdeintervallet för SRS sträcker sig från 0 till 1 (eller från 0 % till 100 %). Teoretiskt skulle ett $SRS = 0$ betyda att individen är helt frisk eftersom hans eller hennes sannolikhet för dålig psykisk hälsa är lika med 0. På liknande sätt betyder ett $SRS = 1$ att individen har 100 % sannolikhet för att ha dålig psykisk hälsa. I praktiken har individerna aldrig 0 eller 1 utan något värde däremellan.

Vi betraktar denna förväntade sannolikhet för dålig psykisk hälsa, SRS, som en vikt som varje individ i Skåne får, och använder

denna vikt för att uppskatta fördelningen av dålig psykisk hälsa i Skåne och jämföra det med både fördelningen av befolkning och sjukvårdsresurser i Skåne.

Vi genomförde en logistisk regression (Ekvation 1) med dålig psykisk hälsa som beroende variabel och ålder, "födelseland", "arbetslöshet", "ensamstående", "långtidssjuk" och "småhus" som oberoende variabler (se avsnittet om definition av variablerna för mer information). Variablerna i denna ekvation bestämdes utifrån villkoren att de skulle vara associerade med dålig psykisk hälsa och finnas tillgängliga i både enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004" och i LOMAS. Vi tror inte att resultaten ändras avsevärt med andra kombinationer av variabler men detta studeras i ett eget projekt.

Ekvation 1

$$\begin{aligned} \text{Logit (dålig psykisk hälsa)} &= \text{Intercept} \\ &+ A * (55-64 \text{ år}) + B * (45-54 \text{ år}) + C * (35-44 \text{ år}) \\ &+ D * 18-34 \text{ år} \\ &+ E * \text{Norden} + F * \text{Europa} + G * \text{Annan världsdel} \\ &+ H * \text{Arbetslös} \\ &+ I * \text{Ensamstående} \\ &+ J * \text{Långtidssjuk} \\ &+ K * \text{Småhus} \end{aligned}$$

Tabell 4 visar associationen mellan de studerade variablerna och dålig psykisk hälsa i form av en oddskvot samt 95-procentigt konfidensintervall. Tabellen visar till exempel att långtidssjuka har mer än tre gånger större sannolikhet för att ha dålig psykisk hälsa än resten av befolkningen i Skåne. Jämfört med män födda i Sverige hade de som var födda i en annan världsdel än Europa två gånger högre sannolikhet för att ha dålig psykisk hälsa. Desto yngre individerna var, desto större var sannolikheten för dålig psykisk hälsa. Arbetslösa och ensamstående har drygt 25 % högre risk för dålig psykisk hälsa än dem som har arbete eller är sammanboende. Boende i småhus visar lägre risk för dålig psykisk hälsa än dem i andra boenformer.

Tabell 4: Associationen mellan de variabler som ingår i den socioekonomiska risk score (SRS) och dålig psykisk hälsa.

	Koefficient		Oddsquot		95 % konfidensintervall	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män		
65–80 år	Referens		1,00	1,00		
55–64 år	A 0,135	0,114	1,14	(0,96 – 1,36)	1,12	(0,91 – 1,39)
45–54 år	B 0,607	0,598	1,83	(1,55 – 2,16)	1,82	(1,49 – 2,22)
35–44 år	C 0,771	0,749	2,16	(1,84 – 2,54)	2,11	(1,73 – 2,58)
18–34 år	D 0,969	0,726	2,63	(2,26 – 3,07)	2,07	(1,69 – 2,53)
Födelseland						
Sverige	Referens		1,00			
Norden	E 0,180	-0,014	1,20	(0,93 – 1,54)	0,99	(0,69 – 1,40)
Europa	F 0,520	0,572	1,68	(1,42 – 1,99)	1,77	(1,44 – 2,18)
Annan världsdel	G 0,491	0,810	1,63	(1,31 – 2,04)	2,25	(1,71 – 2,95)
Arbetslös (ja vs nej)	H 0,241	0,224	1,27	(1,11 – 1,46)	1,25	(1,03 – 1,52)
Ensamstående (ja vs nej)	I 0,227	0,189	1,25	(1,13 – 1,39)	1,21	(1,06 – 1,37)
Långtidsjuk (ja vs nej)	J 1,133	1,284	3,10	(2,71 – 3,55)	3,61	(3,00 – 4,35)
Småhus (ja vs nej)	K -0,263	-0,275	0,77	(0,70 – 0,85)	0,76	(0,67 – 0,86)
Intercept	-2,237	2,526				

Vi kalkylerade för varje individ sannolikheten för att ha dålig psykisk hälsa (ekvation 2) utifrån hans eller hennes individuella karakteristika (ekvation 1). Denna sannolikhet benämns som **Socioekonomisk risk score (SRS)**⁹ och uttrycks i procent. Teoretisk kan SRS få ett värde mellan 0 % och 100 %.

Ekvation 2

$$SRS = [\text{elogit} / (1 + \text{elogit})] * 100$$

Beräkning av epidemiologiska mått på behov och resurs-användning

Nedan följer en beskrivning av de mått vi använder för att kvantifiera behov och användning av sjukvårdresurser i olika samhällsgrupper. Dessa grupper kan definieras på basis av administrativa eller geografiska grunder (till exempel vårdcentraler, kommuner) eller andra kriterier som till exempel födelse-land.

Vi beräknade andelen (procent) av befolkningen (% bef.) i varje vårdcentralområde i förhållande till den totala befolkningen i Skåne. Alla beräkningar gjordes för åldrarna 18 till 80 år (N = 866 088 individer).

$$\% \text{ bef.} = \frac{\text{Antal individer i ett vårdcentralområde}}{\text{Antal individer i Skåne}}$$

Vi räknade ut andelen av dålig psykisk hälsa (% bef._{SRS}) i varje vårdcentralområde som summan av de individuella SRS delat med summan av de individuella SRS i hela Region Skåne. Denna andel (% bef._{SRS}) ger information om det absoluta behovet av psykiatrisk sjukvård i området utifrån individernas förväntade risk för dålig psykisk hälsa.

⁹ Juan Merlo, Henrik Ohlsson, Kristian Lynch, Anders Liljeberg. Förslag till en Socioekonomisk risk score (SRS) för behovsanalysen i befolkningen.

$$\% \text{ bef.}_{\text{SRS}} = \frac{\text{Summa av SRS i ett vårdcentralområde}}{\text{Summa av SRS i Skåne}}$$

Därefter beräknades behovsindex som:

$$\text{Behovsindex} = \frac{\% \text{ bef.}_{\text{SRS}}}{\% \text{ bef}}$$

Om behovsindex är lika med 1 överensstämmer områdets fördelning av risk för dålig psykisk hälsa med dess andel av befolkning i Skåne. Om behovsindex är större än 1 finns det fler individer med hög risk för dålig psykisk hälsa än förväntat (enligt antal individer i området). Om behovskvoten är mindre än 1 är individerna i området friskare än förväntat. Tolkningen av behovsindex är att de områden som har ett index mindre än 1 har mindre behov av psykiatrisk sjukvård. Däremot har områden med ett index större än 1 större behov av psykiatrisk sjukvård.

Som uttryck för resursanvändning studerade vi vilken andel av sjukvårdskostnaderna i Region Skåne som varje område hade, totalt samt för psykiatrisk och somatisk sjukvård.

$$\% \text{ sjukvårdskostnader} = \frac{\text{Sjukvårdskostnader i område}}{\text{Sjukvårdskostnader i Skåne}}$$

Vi relaterade andelen av sjukvårdskostnader i området i förhållande till behov av psykiatrisk sjukvård genom att beräkna kvoten mellan resursanvändning och psykiatriskt behov (Resurs/behov).

$$\text{Resurs/behov} = \frac{\% \text{ sjukvårdskostnader}}{\% \text{ bef.}_{\text{SRS}}}$$

Slutligen ville vi undersöka om en eventuell underanvändning av psykiatrisk vård i vissa områden skulle kunna vara kompenserad med ett ökat utnyttjande av primärvårdresurser. Patienterna använder den sjukvård som finns mest tillgänglig, inte bara geografiskt utan också beroende på strukturella faktorer som på samhällelig nivå påverkar makt, inflytande och tillgång till resurser. Det är möjligt att primär- och psykiatrisk vård fungerar som kommunicerande kärl när det gäller att tillfredsställa behov av psykiatrisk sjukvård i befolkningen. Av denna anledning är det möjligt att det i de områden där utnyttjandet av psykiatrisk sjukvård är mindre istället utnyttjas mer primärvård. För att kunna kvantifiera denna aspekt beräknade vi kvoten mellan andelen primär- och psykiatrisk vårdkostnad i varje område. Denna kvot beskriver om ett område använder mer primärvård än psykiatrisk vård (kvot >1) eller mindre (kvot <1) och kombinerat med behovsindex kan informera om det psykiatriska behov som finns in området tycks tillfredsställas med hjälp av primärvård.

$$\text{Primärvård/} \quad \quad \quad \% \text{ kostnader primärvård}$$

$$\text{psykiatrisk vård} = \frac{\quad \quad \quad}{\quad \quad \quad}$$

$$\quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \% \text{ kostnader psykiatrisk vård}$$

Förklarande exempel

Vi kan tänka oss att vi endast har två områden, A och B, i Skåne (se exempel tabell 1). Område A består av fyra individer och område B av åtta individer, det vill säga Skåne har totalt 12 individer. Vi applicerar deras demografiska (tex ålder, kön) och socioekonomiska (tex arbetslöshet, civil status) karakteristiska i ekvationen och får fram deras individuella SRS.

Vi kan se att antalet individer i område A är (N = 4) och antalet individer i område B är (N = 8). När vi så väger in individernas dåliga psykiska hälsa med hjälp av deras SRS har båda områdena lika många ”individer” (N SRS = 1,26). Detta beror på att individerna i område A har sämre hälsa än individerna i område B.

Totalt har då i vårt tankeexempel Skåne 12 verkliga individer men endast 2,52 ”individer” när man tar hänsyn till SRS. Initialt representerar område A 33 % (4/12) och område B 66 % (8/12) av befolk-

ningen i Skåne. Dock, när man tar hänsyn till individernas psykiska hälsa står respektive område för 50 % (1,26/2,52) av befolkningen (se kolumn F i exempel tabell 2).

Vi kan observera förhållandet – ”Kvot F/D” – mellan andel individer i befolkningen när man tar hänsyn till SRS (kolumn F i Tabell 2) och andel individer i befolkningen (kolumn D i exempel Tabell 2). Område A har en kvot på 1,56 vilket betyder att dess andel av den psykiska ohälsan i Skåne är 56 % högre än dess andel av befolkningen. Omvänt gäller det för område B som har en kvot på 0,76.

Exempel tabell 1: Information om de två fiktiva områden skapade för vår exempel angående antal individer och deras socioekonomiska risk score (SRS)

	OMRÅDE A		OMRÅDE B	
	Individ	SRS	Individ	SRS
	Individ 1	0,27	Individ 1	0,15
	Individ 2	0,32	Individ 2	0,12
	Individ 3	0,42	Individ 3	0,12
	Individ 4	0,25	Individ 4	0,05
			Individ 5	0,33
			Individ 6	0,16
			Individ 7	0,21
			Individ 8	0,12
TOTAL	N = 4	N _{SRS} = 1,26	N = 8	N _{SRS} = 1,26

Exempel tabell 2: Information om de två fiktiva områden skapade för vårt exempel angående antal individer samt och områdes fördelning av befolkning, dålig psykisk hälsa och sjukvårdskostnader

		OMRÅDE A	OMRÅDE B	TOTAL
Befolkning	C	4	8	
Bef. (%)	D	33 %	66 %	100 %
bef. SRS	E	1,26	1,26	2,52
bef. SRS (%)	F	50 %	50 %	100 %
Kvot F/D	G	1,52	0,76	1 %
Kostnader	H	33000	66000	100000
Kost. (%)	I	33 %	66 %	100 %
Kvot I/F	J	0,66	1,32	1,00

Vi kan nu jämföra informationen om behov med resursanvändningen avseende psykiatrisk sjukvård. I exemplet har hela Skåne spenderat 100 000 kr (kolumn H), 33 % i område A och 66 % i område B. När

man relaterar andelen individer i befolkningen med hänsyn till SRS (kolumn F) till deras andel av kostnaderna (kolumn I) ser man att område A får en mindre andel av kostnaderna i förhållande till sitt behov, Kvot F/I = 0,66. Däremot får område B mer än de behöver (kolumn J).

RESULTAT

Etniska skillnader i otillfredsställda vårdbehov

Tidigare studier har visat geografiska och etniska skillnader i otillfredsställda vårdbehov i Malmö. Enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004" visar att individer födda utomlands har en sämre hälsa än dem som är födda i Sverige, även om hälsoläget varierar kraftigt beroende på födelseland^{10, 11}. De utrikes födda har således som grupp ett större vårdbehov än gruppen födda i Sverige. Studier har emellertid också visat att gruppen födda i andra länder än Sverige har en sämre tillgång till sjukvård än gruppen födda i Sverige. Även i detta avseende finns det en stor variation beroende på födelseland¹². En studie av utrikes födda i Malmö pekade bland annat på att kvinnor födda i Mellanöstern och i andra länder utanför Europa i signifikant högre utsträckning än kvinnor födda i Sverige rapporterade att de saknade tillgång till egen personlig läkare. Bland männen observerades däremot inga skillnader mellan utrikes födda och födda i Sverige¹³.

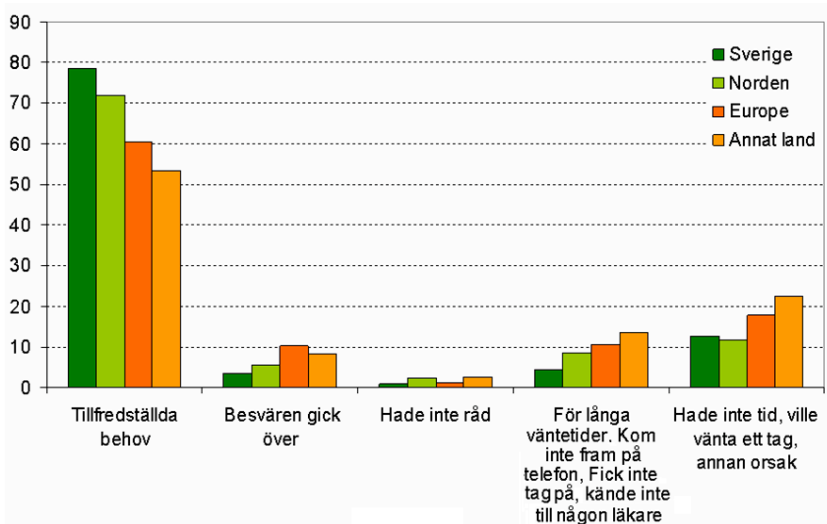
10 Lindström M, Sundquist J, Östergren PO. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(2): 97-103.

11 Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.

12 Beckman A, Merlo J, Lynch JW, Gerdtham UG, Lindstrom M, Lithman T. Country of birth, socioeconomic position, and healthcare expenditure: a multilevel analysis of Malmö, Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Feb;58(2):145-9.

13 Axén E, Lindström M. Ethnic differences in lack of access to a regular doctor: A population-based study. *Ethnicity and Health* 2002; 7(3): 195-207.

Figur 1: Orsaker till otillfredsställda vårdbehov i olika födelselandgrupper i Malmö.

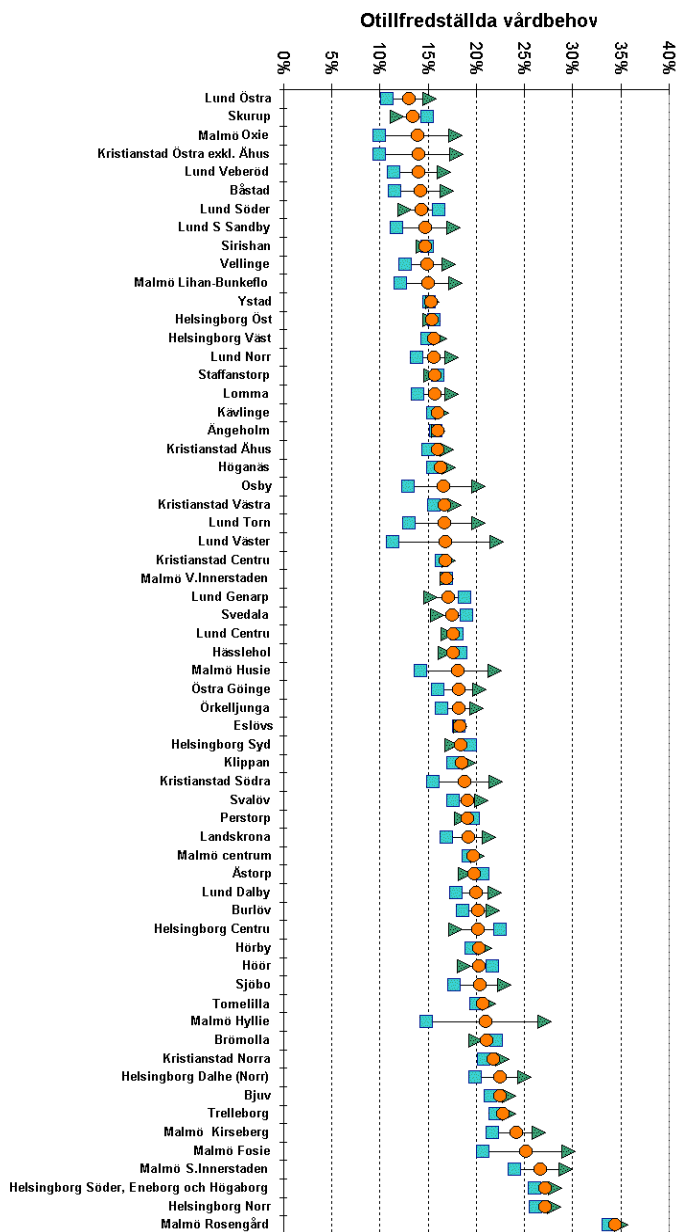


Det finns betydande skillnader när det gäller i vilken utsträckning olika etniska grupper vårdbehov blivit tillfredsställda. Figuren 1 visar att i enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” rapporterade nästan 80 % av respondenterna födda i Sverige att deras vårdbehov var tillfredsställda. Motsvarande andelar bland personer födda i övriga Norden (Danmark, Finland, Norge och Island) var drygt 70 %, bland personer födda i övriga Europa drygt 60 % och bland personer födda utanför Europa 53 %.

Geografiska skillnader i otillfredsställda vårdbehov

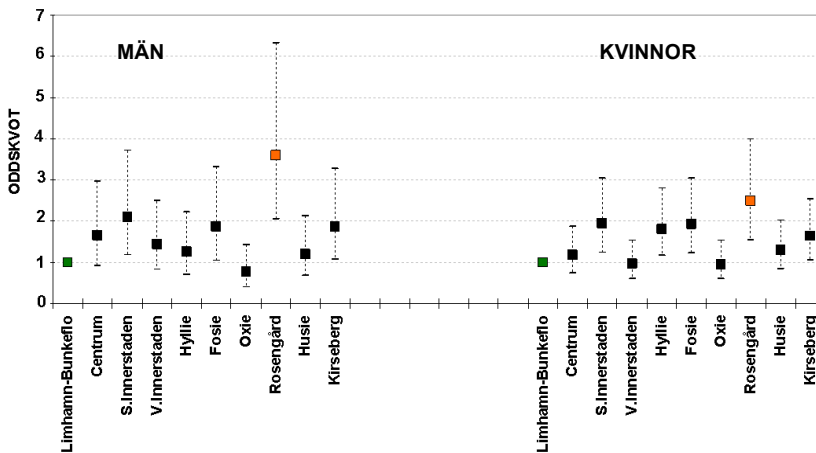
Enligt enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” hade Rosengård den högsta prevalensen av otillfredsställda vårdbehov i Skåne följt av stadsdelarna Södra Innerstaden, Fosie, Kirseberg och Centrum i Malmö (Figur 2). Emellertid är det sannolikt att andelen individer med otillfredsställda vårdbehov är ännu högre i Rosengård än vad som visas i enkätundersökningen. Rosengård med sin höga andel av invånare med utlandsbakgrund var det område i Skåne med lägsta antal deltagare i enkätundersökningen och det är ganska sannolikt att icke-deltagare i hälsoundersökningar har sämre tillfredsställda vårdbehov än deltagare.

Figur 2: Prevalens av otillfredsställda vårdbehov i Skånes kommuner och stadsdelar enligt enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004". Figuren visar genomsnitt (orange cirklar), för män (blå kvadrater) och kvinnor (gröna trianglar).

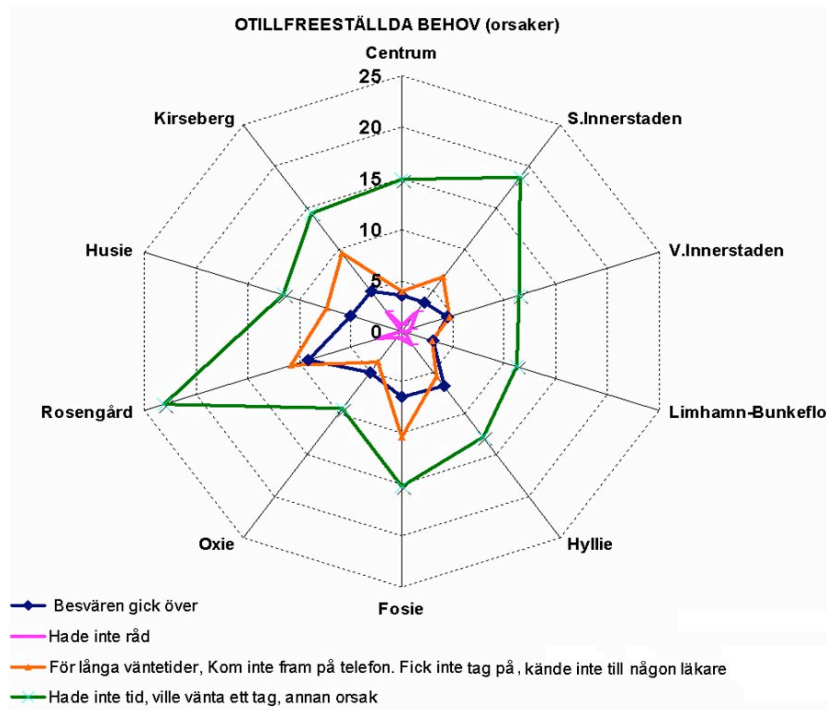


Med några undantag visade kvinnor en högre prevalens av otillfredsställda vårdbehov än män i de flesta geografiska områdena. Figuren 3 tydliggör att det finns geografiska skillnader i otillfredsställda vårdbehov i Malmö, enligt Enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004". Stadsdelarna Södra Innerstaden, Fosie, Rosengård och Kirseberg avviker med konklusivt högre oddskvoter för otillfredsställda vårdbehov för både män och kvinnor från stadsdelen Limhamn-Bunkeflo, som definierats som referens i figuren. För kvinnor uppvisar stadsdelen Hyllie högre oddskvot jämfört med Limhamn-Bunkeflo. Den stadsdel som avviker i störst utsträckning från Limhamn-Bunkeflo bland både män och kvinnor är Rosengård.

Figur 3: Geografiska skillnader i otillfredsställda vårdbehov i Malmö.



Figur 4: Geografiska skillnader i otillfredsställda vårdbehov i Malmö.



Spindeldiagrammet i figuren 4 visar att det framförallt är skäl som att besvären gick över, väntetiderna var för långa eller att man inte hade tid/ville vänta ett tag som är dominerande orsaker till att vårdbehoven inte blivit tillfredsställda i Rosengård.

Vi kan konstatera att dessa skillnader till stora delar förklaras av andra faktorer än att man inte skulle ha råd, vilket förefaller rimligt med tanke på att sjukvården i Sverige är kraftigt subventionerad. Bakom det observerade otillfredsställda vårdbehovet kan eventuellt dölja sig strukturell diskriminering, svagt sociala nätverk och socialt kapital, låg socioekonomisk position¹⁴ samt bristande kunskap om sjukvårdens struktur, så kallad "health literacy".¹⁵

14 Lindström M. Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: A population-based study. *Soc Sci Med* 2005; 60(7): 1527-1546.

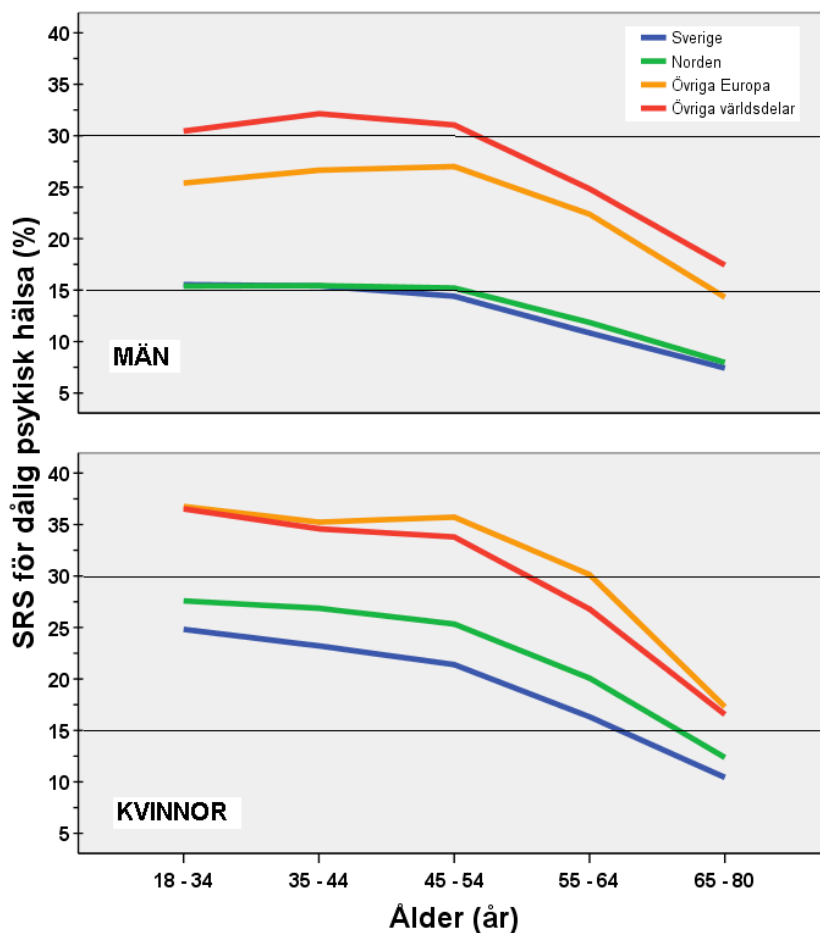
15 Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., Ren, J., & Peel, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med*, 19(3), 215-220.

Etniska skillnader i dålig psykisk hälsa (vårdbehov) och vårdutnyttjande

Självrapporterad dålig psykisk hälsa

Självrapporterad dålig psykisk hälsa är en tydlig indikator för behov av psykiatriser i befolkningen och tabell 3 visar att de olika individuella karakteristika som vi använde för att beräkna *socioekonomisk risk score (SRS) för dålig psykisk hälsa* var klart associerade med en högre sannolikhet för dålig psykisk hälsa oberoende av varandra.

Figur 5: Könsskillnader i socioekonomisk risk score (SRS) för dålig psykisk hälsa i olika födelselandsgrupper. Befolkning i Skåne 18 till 80 år.



Fördelningen av dålig psykisk hälsa (enligt SRS) bekräftar tidigare studier som visar att behovet av psykiatrisurser minskar med ålder. Det är även tydligt att risken dålig för psykisk hälsa ökar ju längre från Norden individen är född samt att denna risk är större hos arbetslösa, ensamstående och långtidssjuka. Däremot finns det ett mindre behov av psykiatrisurser hos individer som bor i egen villa eller radhus. Vi studerade också sambandet mellan inkomst och utbildningsnivå, men dessa variabler var inte associerade med dålig psykisk hälsa oberoende av de andra individuella karakteristikerna.

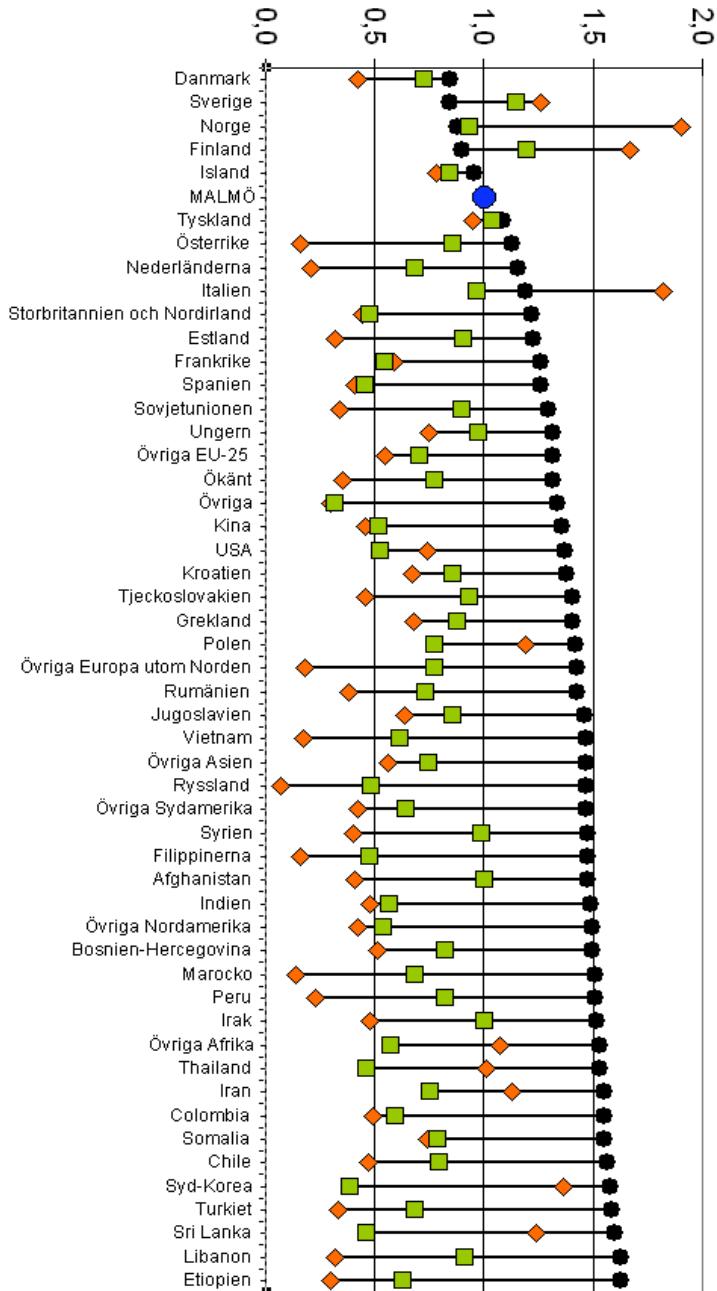
Enligt figuren 5 fanns den högsta risken för dålig psykisk hälsa hos kvinnor födda utanför Europa. Även om kvinnorna överallt hade en betydligt högre risk än män, hade de män födda utanför Norden högre risk för dålig psykisk hälsa än kvinnorna födda i Norden.

Fördelning av behovsindex för dålig psykisk hälsa och sjukvårdsresurser utifrån födelseländerna i Malmö

Behovsindex beskriver förhållandet mellan andelen av den dåliga psykiska hälsan i Skåne ($\% \text{ bef.}_{\text{SRS}}$) och andelen av befolkningen i Skåne ($\% \text{ bef.}$) för varje studerad samhällsgrupp. Dessa samhällsgrupper kan definieras utifrån alla möjliga kriterier och i detta avsnitt studerar vi behovsindex hos grupper av individer definierade enligt deras födelseland. Om behovsindex är lika med 1 överensstämmer gruppens fördelning av risk för dålig psykisk hälsa med deras andel av befolkningen i Skåne. Om behovsindex är större än 1 finns det fler individer med hög risk för dålig psykisk hälsa än förväntat (enligt antal individer i gruppen). Om behovskvoten är mindre än 1 är individerna i gruppen friskare än förväntat. Vårt argument är att de grupperna med ett *behovsindex* mindre än 1 har mindre behov av psykiatrisk sjukvård. Däremot har grupperna med en behovskvot större än 1 större behov av psykiatrisk sjukvård.

Figur 6 och tabell 4 redovisar behovsindex avseende psykisk ohälsa samt resursutnyttjande avseende psykiatriska och primärvårdskostnader var för sig och i relation till varandra, grupperat utifrån individernas födelseland. Redovisningen avslöjar tydligt en ojämlikhet avseende behov och resursutnyttjande i förhållande till födelseland. Hos individer födda i de nordiska länderna är andelen av den psykiska ohälsan mindre än deras andel av befolkningen, medan andelen av den psykiska ohälsan överstiger respektive andel

Figur 6: Behovsindex i förhållande till användning av psykiatriska (orange romber) och primärvård (gröna kvadrater) resurser i Malmö under 2006.



för alla andra födelseländer. Om detta ökade behov skulle åtföljas av ett motsvarande resursutnyttjande, skulle det vara tecken på ett jämligt resursutnyttjande, dvs de med större behov skulle då få mer vård. I figur 6 och tabell 4 framgår påtagligt att, med enskilda undantag, det motsatta förhållandet råder med större resursutnyttjande i grupper med lägre behov! Med enstaka undantag visar redovisningen också att ett lägre utnyttjande av psykiatriska resurser följs av ett högre utnyttjande av primärvårdsresurser.

Tabell 4. Behovsindex i förhållande till användning av sjukvårdsresurser bland individer med olika födelseland, boende i Malmö under 2006.

Födelse länder i Malmö	Behovsindex (Andel av dålig psykisk hälsa/ andel av befolkning)	Andel av psykiatriska kostnader/ andel av dålig psykisk hälsa	Andel av primärvård kostnader/ andel av dålig psykisk hälsa	Primär-/ psykiatrisk vård.
Libanon	1,62	0,32	0,91	2,81
Etiopien	1,62	0,30	0,62	2,06
Sri Lanka	1,59	1,24	0,46	0,37
Turkiet	1,58	0,33	0,68	2,06
Syd-Korea	1,57	1,36	0,38	0,28
Chile	1,56	0,47	0,79	1,70
Iran	1,54	1,13	0,75	0,66
Colombia	1,54	0,49	0,59	1,19
Somalia	1,54	0,74	0,78	1,05
Övriga Afrika	1,52	1,07	0,57	0,53
Thailand	1,52	1,01	0,46	0,45
Irak	1,51	0,48	1,00	2,06
Marocko	1,50	0,14	0,68	4,72
Peru	1,50	0,23	0,82	3,55
Övriga Nordamerika	1,49	0,42	0,53	1,27
Bosnien-Hercegovina	1,49	0,51	0,82	1,60
Indien	1,48	0,48	0,56	1,15
Syrien	1,47	0,40	0,98	2,45
Filippinerna	1,47	0,16	0,47	3,04
Afghanistan	1,47	0,41	1,00	2,42
Vietnam	1,46	0,17	0,61	3,53
Övriga Asien	1,46	0,56	0,74	1,32
Ryssland	1,46	0,07	0,48	6,61
Övriga Sydamerika	1,46	0,42	0,64	1,51
Jugoslavien	1,45	0,64	0,85	1,33
Övriga Europa utom Norden och EU-25	1,42	0,18	0,77	4,35
Rumänien	1,42	0,38	0,73	1,91
Polen	1,41	1,19	0,77	0,65
Tjeckoslovakien	1,40	0,46	0,93	2,03
Grekland	1,40	0,68	0,87	1,27
Kroatien	1,37	0,67	0,85	1,27
USA	1,36	0,74	0,52	0,70
Kina	1,35	0,46	0,51	1,11
Övriga	1,33	0,30	0,31	1,01
Ungern	1,31	0,75	0,97	1,30
Övriga EU-25	1,31	0,55	0,70	1,28
Okänt	1,31	0,35	0,77	2,18
Sovjetunionen	1,29	0,34	0,89	2,65
Frankrike	1,25	0,59	0,54	0,91
Spanien	1,25	0,41	0,45	1,09
Estland	1,22	0,32	0,90	2,79
Storbritannien och Nordirland	1,21	0,44	0,47	1,07
Italien	1,18	1,82	0,96	0,53
Nederländerna	1,15	0,21	0,68	3,27
Österrike	1,12	0,16	0,85	5,36
Tyskland	1,08	0,95	1,03	1,08
MALMÖ	1,00	1,00	1,00	1,00
Island	0,95	0,78	0,84	1,67
Finland	0,89	1,67	1,19	0,71
Norge	0,87	1,90	0,93	0,49
Danmark	0,84	0,42	0,72	1,70
Sverige	0,84	1,26	1,14	0,91

En förklaring till den tydliga underanvändningen av sjukvårdsresurser i förhållande till behovet som finns bland individer födda utomlands skulle kunna vara att dessa individer inte har bott i Sverige tillräckligt länge och därför inte når sjukvårdssystemet på ett tillfredsställande sätt. Tabellerna 5 och 6 försöker ge svar på denna fråga. Man kan se att för både män och kvinnor är det totala sjukvårdsutnyttjandet lägre bland personer födda utomlands, oberoende av hur länge de har bott i landet. Emellertid är sannolikheten för att kontakta sjukvården lägst bland personer som endast vistats kort tid i Sverige. Även här ses en tendens till att grupper med ett lågt totalt sjukvårdsutnyttjande har ett relativt högt utnyttjande av primärvård. Detta har visats tidigare och antyder att sjukvårdsstrukturen i Malmö delvis fungerar som kommunicerande kärn dvs sjukvårdsbehov som ej tillfredsställs i en instans, kan bli tillfredsställda i andra delar av sjukvårdssystemet. Delarna är dock inte fritt utbytbara och ett tillfredsställande av behov i fel instans kan medföra ett inadekvat resursutnyttjande.

Åldersmässigt ser man bland män att det är personer tillhörande de yngsta respektive äldsta åldersgrupperna som har det högsta sjukvårdsutnyttjandet och i dessa båda åldersgrupper finner man det relativt sett högsta utnyttjandet av primärvård. Bland kvinnor ökar sannolikheten att kontakta sjukvården successivt med stigande ålder. Detta mönster finner man även avseende sannolikheten för att kontakta primärvården respektive somatisk vård, som är relativt sett högst bland personer i den äldsta åldersgruppen.

Bland såväl män som kvinnor finner man att personer som är arbetslösa har ett högre vårdutnyttjande än personer som inte är arbetslösa. Detta gäller framförallt psykiatrisk vård men även andra typer av vård, såsom exempelvis primärvård. Vidare ser man i tabell 5 respektive 6 att personer som är ensamstående har en relativt högre sannolikhet att kontakta psykiatrisk vård än personer som inte är ensamstående.

Som förväntat har personer som är långtidssjukskrivna ett relativt högt totalt sjukvårdsutnyttjande bland såväl män som kvinnor. Bland män ser man i denna grupp ett relativt högt utnyttjande av psykiatrisk vård, men man finner även ett relativt högt utnyttjande av primärvård och somatisk vård. Ett liknande mönster ses bland kvinnor.

Personer med en högre inkomst har ett högre totalt sjukvårdsutnyttjande än personer med lägre inkomst. Detta gäller bland såväl män som kvinnor. Delar man upp det totala vårdutnyttjandet på olika typer av vård finner man dock att detta mönster framförallt gäller somatisk vård, men inte psykiatrisk vård eller primärvård.

Slutligen ser man i tabell 5 respektive 6 att de med gymnasial utbildning på 3 år eller med en högre utbildning har en relativt lägre sannolikhet att kontakta primärvården än de med kortare utbildning, medan det omvända mönstret ses för kontakter med somatisk vård bland såväl män som kvinnor.

Tabell 5. Sammolikhhet (oddskvot) för att kontakta sjukvården (år 2006) i förhållande till födelseland och antalet år som individen har bott i Sverige samt förekomst av sjukdom, demografiska (ålder, civil status) och socioekonomiska faktorer (arbetslöshet, inkomst, boende i eget hus och utbildning).

Män	All vård		Psykiatrisk vård		Primär vård		Somatisk vård	
	OK	95 % KI	OK	95 % KI	OK	95 % KI	OK	95 % KI
Sverige	1,00		1,00		1,00		1,00	
Norden, 5 år eller mer i Sverige	0,80	0,75	0,91	0,83	0,99	0,98	1,04	0,94
EU, 5 år eller mer	0,73	0,71	0,89	0,85	0,93	0,96	0,92	1,09
Övriga vårdstadar, 5 år eller mer	0,85	0,82	0,91	0,86	0,96	1,16	1,21	1,14
Norden, mindre än 5 år	0,31	0,28	0,50	0,37	0,67	0,88	0,75	1,01
EU, mindre än 5 år	0,47	0,44	0,74	0,64	0,87	0,98	0,88	1,09
Övriga vårdstadar, mindre än 5 år	0,61	0,57	0,80	0,70	0,92	1,15	1,04	1,27
Ålder	1,00		1,00		1,00		1,00	
• 18 - 34 år	0,76	0,74	0,78	1,15	1,11	1,20	0,85	0,82
• 35 - 44 år	0,73	0,71	0,75	0,99	0,96	1,03	0,74	0,72
• 45 - 54 år	0,84	0,81	0,86	0,59	0,56	0,61	0,92	0,90
• 55 - 64 år	2,21	2,14	2,29	0,49	0,47	0,52	2,08	2,00
• 65 - 80 år	1,18	1,15	1,22	1,28	1,24	1,33	1,16	1,12
Arbetslös (Ja vs. Nej)	0,80	0,78	0,82	1,46	1,42	1,50	0,82	0,81
Ensamstående (Ja vs. Nej)	3,00	2,90	3,10	4,56	4,43	4,69	1,38	1,34
Långtidsjuk (Ja vs. Nej)	1,00		1,00		1,00		1,00	
Inkomst	0,95	0,93	0,97	1,23	1,19	1,27	1,19	1,16
• 141923+	0,73	0,71	0,75	1,56	1,51	1,62	1,13	1,10
• 101961 - 141922	0,91	0,89	0,93	0,63	0,61	0,65	1,29	1,26
• < 101960	1,00		1,00		1,00		1,00	
Eget hus (Ja vs. Nej)	1,05	1,03	1,07	0,85	0,82	0,87	1,35	1,31
Utbildning	1,02	0,99	1,04	0,94	0,91	0,98	1,47	1,44
• Gymnasial utbildning 3 år eller högre	1,00		1,00		1,00		1,00	
• Gymnasial utbildning 2 år	1,00		1,00		1,00		1,00	
• Grundskola 9 år eller mindre	1,00		1,00		1,00		1,00	

Tabell 6. Samolikhet (oddsratio) för att kontakta sjukvården (år 2006) i förhållande till födelseland och antalet år som individen har bott i Sverige samt förekomst av sjukdom, demografiska (ålder, civil status) och socioekonomiska faktorer (arbetslöshet, inkomst, boende i eget hus och utbildning).

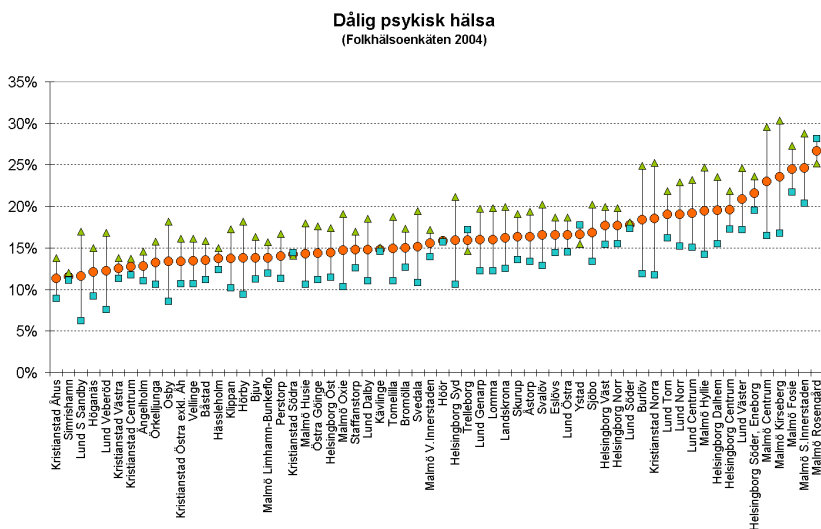
	All vård		Psykiatrisk vård		Primär vård		Somatisk vård	
	OK	95 % KI Låg högt	OK	95 % KI Låg högt	OK	95 % KI Låg högt	OK	95 % KI Låg högt
Sverige	1,00		1,00		1,00		1,00	
Norden, 5 år eller mer	0,82	0,78	0,90	0,81	1,00	0,94	0,99	0,93
EU, 5 år eller mer	0,89	0,86	0,82	0,77	0,97	0,93	1,09	1,05
Övriga värdskedar, 5 år eller mer	1,04	1,01	0,81	0,76	1,23	1,17	1,09	1,05
Norden, mindre än 5 år	0,32	0,29	0,48	0,35	0,91	0,78	0,90	0,79
EU, mindre än 5 år	0,62	0,57	0,74	0,60	1,00	0,89	1,15	1,04
Övriga värdskedar, mindre än 5 år	0,73	0,69	0,80	0,69	1,15	1,04	1,19	1,10
Ålder								
• 18 - 34 år	1,00		1,20	1,15	1,12	1,09	0,96	0,94
• 35 - 44 år	1,05	1,03	1,07	1,02	1,13	1,10	1,19	1,16
• 45 - 54 år	1,25	1,23	1,28	1,02	1,32	1,29	1,61	1,57
• 55 - 64 år	1,92	1,88	1,96	0,55	1,32	1,29	1,37	1,65
• 65 - 80 år	6,42	6,24	6,61	0,41	2,64	2,55	2,58	2,52
Arbetslös (Ja vs. Nej)	1,20	1,18	1,23	1,22	1,15	1,12	0,99	0,97
Ensamstående (Ja vs. Nej)	0,79	0,78	0,80	1,75	0,82	0,80	1,01	0,99
Långtidsjuk (Ja vs. Nej)	3,06	2,97	3,15	4,91	0,94	0,91	1,42	1,38
Inkomst								
• 141923+	1,00		1,87	1,79	1,11	1,08	0,90	0,89
• 101961 - 141922	0,97	0,96	1,38	1,33	1,11	1,08	0,88	0,86
• < 101960	0,82	0,81	0,84	0,55	1,16	1,13	0,92	0,90
Eget hus (Ja vs. Nej)	0,96	0,95	0,98					
Utbildning								
• Gymnasial utbildning 3 år eller högre	1,00	1,13	1,17	0,92	1,28	1,25	0,98	0,96
• Gymnasial utbildning 2 år	1,15	1,11	1,15	0,99	1,21	1,18	0,91	0,90
• Grundskola 9 år eller mindre	1,13	1,11	1,15	1,03	1,21	1,18	0,91	0,90

Geografiska skillnader i dålig psykisk hälsa (vårdbehov) och vårdutnyttjande

Självrapporterad dålig psykisk hälsa i Skåne

Enligt enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” hade Rosengård den högsta prevalens av självrapporterad dålig psykisk hälsa i Skåne följt av stadsdelarna Södra Innerstaden, Fosie, Kirseberg och Centrum i Malmö (Figur 7). Emellertid är det sannolikt att andelen individer med dålig psykisk hälsa är ännu högre i Rosengård än vad som visas i enkätundersökningen. Rosengård med sin höga andel av invånare med utlandsbakgrund var det område i Skåne med lägst antal deltagare i enkätundersökningen och man vet sedan tidigare att icke-deltagare i hälsoundersökningar har sämre hälsa än deltagare. Kvinnor visade en högre risk för dålig psykisk hälsa än män i de flesta geografiska områdena utom i Rosengård, Ystad och Trelleborg.

Figur 7: Prevalens av dålig psykisk hälsa i Skånes kommuner och stadsdelar enligt enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004”. Figuren visar genomsnittsvärde (orange cirklar) samt värde för män (blå kvadrater) och för kvinnor (gröna trianglar).



Geografisk fördelning av behovsindex för dålig psykisk hälsa och sjukvårdresurser i Skåne

I tabell 7 presenteras behovsindex och relaterade epidemiologiska mått för de 10 vårdcentralområden med högst och de 10 vårdcentralområden med lägst behovsindex. Figurerna 8 till 13 samt appendix 2 ger information om alla vårdcentralområden.

Behovsindex beskriver förhållandet mellan andelen av den dåliga psykiska hälsan (% bef._{SRS}) och andelen av befolkningen (% bef.) i Skåne som varje område (i detta fall vårdcentralområde) uppvisar. Om behovsindex är lika med 1 överensstämmer områdets fördelning av risk för dålig psykisk hälsa med dess andel av befolkningen i Skåne. Om behovsindex är större än 1 finns det fler individer med hög risk för dålig psykisk hälsa än förväntat (enligt antal individer i området). Om behovskvoten är mindre än 1 är individerna i området friskare än förväntat. Vårt argument är att de områden med ett behovsindex mindre än 1 har mindre behov av psykiatrisk sjukvård. Däremot har de områden med en behovskvot större än 1 större behov av psykiatrisk sjukvård.

Geografiskt ser vi ett annat mönster än det vi såg när vi studerade födelseländer. Vårdcentralområden med lägre behov har ett relativt högt resursutnyttjande vad gäller totala sjukvårdskostnader men lägre än förväntat användning av psykiatrisurser. Det är möjligt att dålig psykisk hälsa i områden med lägre behovsindex hanteras inom primärvård i mycket större utsträckning än i områden med högre behovsindex.

Tabell 7: Behovsindex och relaterade epidemiologiska mått för de 10 vårdcentralområden med högst och de 10 vårdcentralområden med lägst behovsindex. Resultatet baseras på hela befolkningen i Skåne, 18 till 80 år.

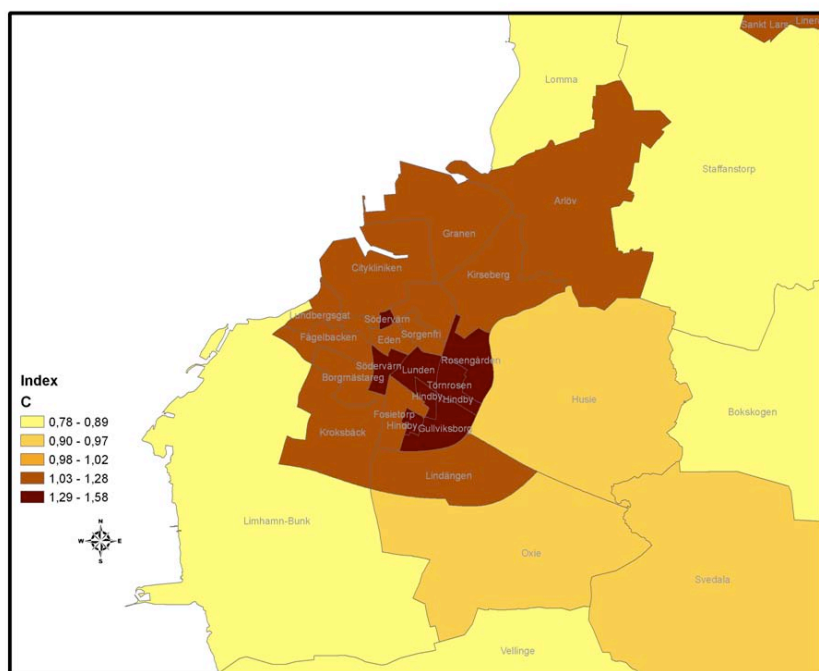
	Individer	Behovsindex Andel av dålig psykisk hälsa/andel av befolkning	Andel av totala kostna- der/andel av dålig psykisk hälsa	Andel av psykiatriska kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Andel av somatiska kost- nader/andel av dålig psykisk hälsa	Andel av primärvård kost- nader/andel av dålig psy- kisk hälsa	Andel kostnader (Psyk/Pvård)	
1	Törnrosen	7143	1,58	0,74	1,08	0,66	0,81	1,34
2	Rosengården	6768	1,57	0,75	0,95	0,68	0,94	1,01
3	Hindby	6897	1,38	0,88	0,93	0,88	0,86	1,07
4	Lunden	8802	1,35	0,81	1,83	0,65	0,78	2,34
5	Gullviksborg	6584	1,31	0,82	1,21	0,75	0,86	1,40
6	Södevårn	7380	1,30	0,77	1,17	0,71	0,74	1,59
7	Citykliniken	5695	1,29	0,93	1,55	0,88	0,65	2,38
8	Filborna	8433	1,28	0,86	1,16	0,79	0,93	1,24
9	Söder	6438	1,27	0,78	1,80	0,66	0,55	3,29
10	Eden	10424	1,26	0,73	1,40	0,62	0,69	2,02
108	Degeberga	3611	0,82	1,23	0,38	1,29	1,62	0,24
109	Rydebäck	3418	0,82	1,01	0,39	1,04	1,36	0,29
110	Båstad	8299	0,81	1,14	0,82	1,20	1,09	0,75
111	Borby	4956	0,81	1,47	1,00	1,42	2,11	0,47
112	Delfi	8080	0,81	1,16	0,78	1,19	1,23	0,63
113	Ahus	7875	0,81	1,14	0,64	1,18	1,40	0,46
114	Larö	2986	0,80	1,08	0,63	1,06	1,34	0,47
115	Bjäred	6631	0,78	1,17	0,53	1,29	1,13	0,47
116	Näset	14788	0,78	1,03	0,59	1,20	0,62	0,96
117	Brösarp	4332	0,78	1,42	0,57	1,42	2,11	0,27

Figuren 8 visar den geografiska distributionen av behovsindex för dålig psykisk hälsa enligt vårdcentralområde i Skåne. Behovet av psykiatriresurser är större runt storstäderna Malmö, Lund, Kristianstad, Landskrona och Helsingborg. Behovsindex är klart under 1

på den skånska landsbygden med undantag för områdena runt Eslöv och Höör. I Malmö visar vårdcentralerna runt Rosengård högst behovsindex i Skåne tillsammans med vissa områden i Landskrona. En detaljerad information om värdena i vart och ett av vårdcentralområdena finns i bilagan till denna rapport.

Figur 8: Fördelning av behovsindex i Region Skåne och Malmö enligt vårdcentralområden.

Behovsindex (Andel av dålig hälsa / andel av befolkning)



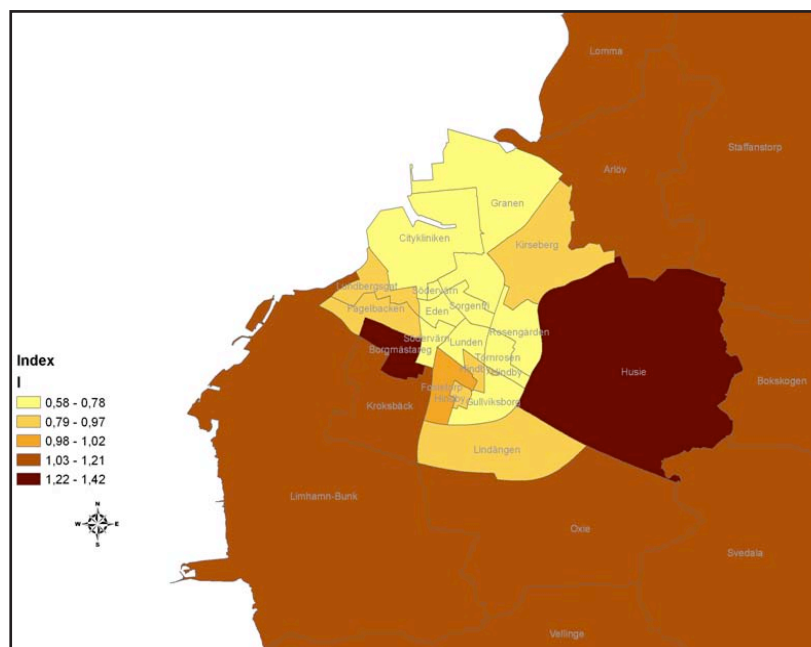
Figur 9 visar andel av totala kostnader för sjukvård / andelen av den dåliga psykiska hälsan ($\% \text{ bef}_{\text{SRS}}$) och beskriver förhållandet mellan sjukvårdskostnader i området och behovet av psykiatrisk vård. Om kvoten är lika med 1 överensstämmer områdets fördelning av totala kostnader för sjukvård med dess andel av dålig psykisk hälsa. Om indexet är större än 1 är andelen totala sjukvårdskostnader högre än andelen med dålig psykisk hälsa.

rådets fördelning av kostnader för specialiserad somatisk sjukvård med dess andel av dålig psykisk hälsa. Om indexet är större än 1 är andelen kostnader för specialiserad somatisk sjukvård högre än andelen med dålig psykisk hälsa.

Kostnaderna för specialiserad somatisk sjukvård i förhållande till behovet av psykiatrisk sjukvård är störst i sydöstra Skåne, samt ett fåtal områden utspridda över övriga Skåne, medan de är lägst i Malmö och Lund. I Malmö visar de flesta områdena ett värde klart under 1. Emellertid visar områdena i sydvästra Malmö samt Husie ett högre värde än 1. Detaljerad information om värdena i vart och ett av vårdcentralområdena finns i bilagan till denna rapport.

Figur 10: Fördelning av resurser i förhållande till risk för dålig psykisk hälsa i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö. Kostnader för specialiserad somatisk sjukvård.

Andel av somatiska kostnader / Andel av dålig psykisk hälsa

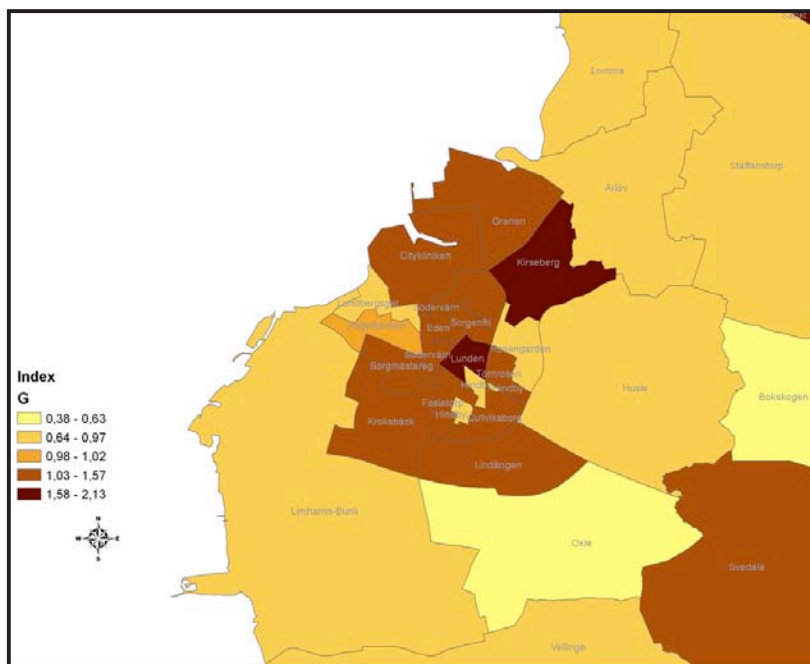


Figur 11 visar fördelning av kostnader för psykiatrisk sjukvård i förhållande till risk för dålig psykisk hälsa i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö och beskriver förhållandet mellan kostnader för psykiatrisk sjukvård i området och behov av psykiatrisk vård. Om kvoten är lika med 1 överensstämmer områdets fördelning av kostnader för psykiatrisk sjukvård med dess andel dålig psykisk hälsa. Om indexet är större än 1 är andelen kostnader för psykiatrisk vård högre än andelen med dålig psykisk hälsa.

Kostnaderna för psykiatrisk sjukvård i förhållande till behovet av psykiatrisk sjukvård är störst i områdena i Malmö, Lund och Helsingborg medan de är lägst i nordöstra Skåne. I Malmö visar de flesta områdena ett värde över 1, medan Kirseberg och Lunden ett värde klart över 1. Detaljerad information om värdena i vart och ett av vårdcentralområdena finns i bilagan till denna rapport.

Figur 11: Fördelning av resurser i förhållande till risk för dålig psykisk hälsa i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö. Kostnader för psykiatrisk sjukvård.

Andel av psykiatriska kostnader / Andel av dålig psykisk hälsa

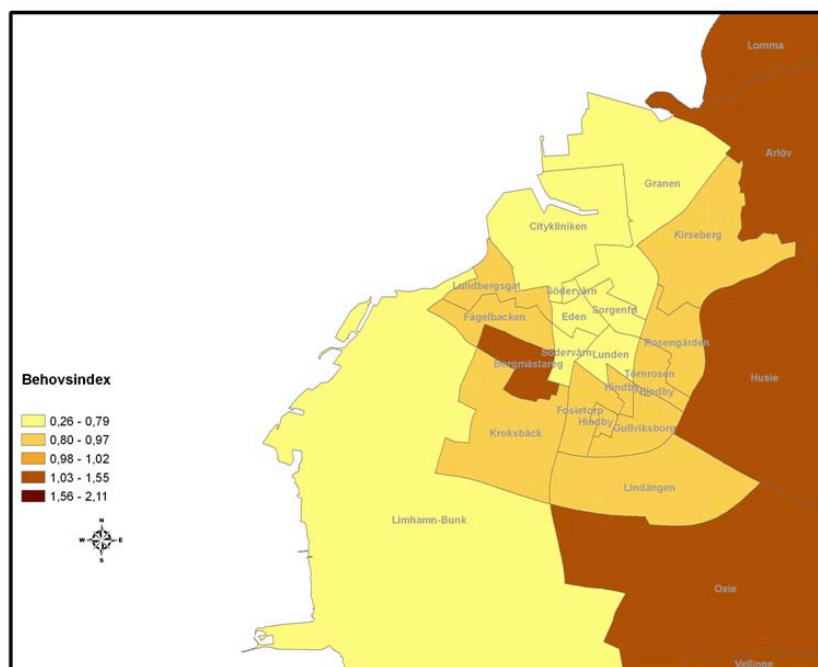


Figur 12 visar fördelning av kostnader för primärvård i förhållande till risk för dålig psykisk hälsa i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö. Kvoten beskriver förhållandet mellan kostnader för primärvård i området och behovet av psykiatrisk vård. Om kvoten är lika med 1 överensstämmer områdets fördelning av kostnader för primärvård med dess andel av dålig psykisk hälsa. Om indexet är större än 1 är andelen kostnader för primärvård högre än andelen med dålig psykisk hälsa.

Kostnaderna för primärvård i förhållande till behov av psykiatrisk sjukvård är störst i områden på landsbygden medan de är lägst i områdena i Malmö, Helsingborg och Lund. I Malmö visar de flesta områdena ett värde under 1, förutom Borgmästargården, Husie och Oxie. Detaljerad information om värdena i vart och ett av vårdcentralområdena finns i bilagan till denna rapport.

Figur 12: Fördelning av resurser i förhållande till risk för dålig psykisk hälsa i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö. Kostnader för primärvård.

Andel av primärvårdskostnader / Andel av dålig psykisk hälsa

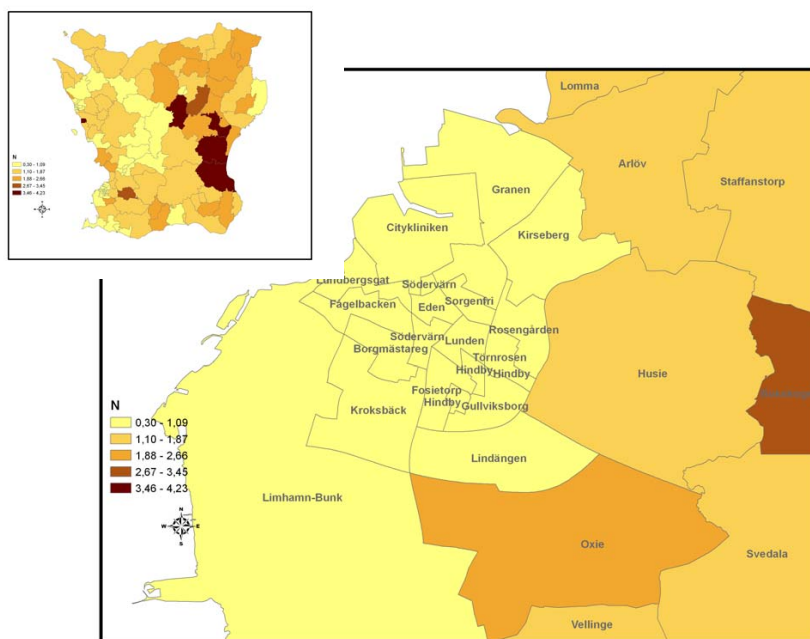


Figur 13 visar fördelning av primärvårdskostnader i förhållande till psykiatriska kostnader i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö. Denna kvot beskriver om ett område använder mer primärvård än psykiatrisk vård (kvot >1) eller mindre (kvot <1).

Områdena i Malmö, Lund och Helsingborg använde mer psykiatrisk vård än primärvård, medan områden i östra (framförallt nord-östra) Skåne använde mer primärvård i förhållande till psykiatrisk vård. I Malmö visade alla områden ett lågt värde (under 1) för denna kvot. Detaljerad information om värdena i vart och ett av vårdcentralområdena finns i bilagan till denna rapport.

Figur 13: Fördelning av primärvårdskostnader i förhållande till psykiatriska kostnader i vårdcentralområdena i Skåne och Malmö.

Andel primärvårdskostnader/ andel av psykiatriska kostnader



DISKUSSION

Våra analyser avslöjar en tydlig ojämlikhet avseende behov och resursutnyttjande i förhållande till födelseland. Individer födda utanför de nordiska länderna, och särskilt de födda utanför Europa, har det högsta behovet enligt behovsindex då deras andel av den psykiska ohälsan överstiger respektive andel av befolkningen. Om detta ökade behov skulle åtföljas av ett motsvarande resursutnyttjande, skulle det vara tecken på ett jämlikt resursutnyttjande, dvs de med större behov skulle då få mer vård men det framgår påtagligt att, med enskilda undantag, det motsatta förhållandet råder med större resursutnyttjande i grupper med lägre behov.

Geografiskt ser vi ett annat mönster där vårdcentralområden med lägre behov har ett relativt högt resursutnyttjande vad gäller totala sjukvårdskostnader men en lägre användning av psykiatriresurser än förväntat. Det är möjligt att dålig psykisk hälsa i områden med lägre behovsindex hanteras inom primärvården i mycket större utsträckning än i område med högre behovsindex.

Självrapporterad dålig psykisk hälsa är en tydlig indikator för behov av psykiatriresurser

Självrapporterad dålig psykisk hälsa är en tydlig indikator för behov av psykiatriresurser i befolkningen och de olika individuella karaktäristika som vi använde för att beräkna *socioekonomisk risk score (SRS) för dålig psykisk hälsa* var klart associerade med en högre sannolikhet för dålig psykisk hälsa oberoende av varandra. Fördelningen av dålig psykisk hälsa (enligt SRS) bekräftar tidigare studier som visar att behovet av psykiatriresurser minskar med ålder. Det är även tydligt att risken för dålig psykisk hälsa ökar ju längre från Norden individen är född samt att denna risk är större hos arbetslösa, ensamstående och långtidssjuka. Däremot finns det ett lägre behov av psykiatriresurser hos individerna som bor i egen villa eller radhus. Våra analyser visar att den högsta risken för dålig psykisk hälsa finns hos kvinnor födda utanför Europa. Även om kvinnorna överallt hade en betydligt högre risk än män, hade männen födda utanför Norden högre risk för dålig psykisk hälsa än kvinnorna födda i Norden.

Det finns betydande skillnader i otillfredsställt vårdbehov i Region Skåne

Enligt enkätundersökningen ”Folkhälsa i Skåne 2004” ansåg nästan 35 % av befolkningen i Rosengård att deras vårdbehov var otillfredsställt, vilket är den högsta andelen och skall jämföras med knappt 15 % i Lund Östra, Skurup, Malmö Oxie, Kristianstad Östra, Veberöd och Båstad.

Det finns också betydande skillnader när det gäller i vilken utsträckning olika etniska gruppers vårdbehov blivit tillfredsställt. Nästan 80 % av individerna födda i Sverige ansåg att deras vårdbehov var tillfredsställt. Motsvarande andel bland personer födda i övriga Norden (Danmark, Finland, Norge och Island) var drygt 70 %, bland personer födda i övriga Europa drygt 60 % och bland personer födda utanför Europa 53 %.

Kort om behovsanalyser och resursfördelningsmetoder

Behovet av hälso- och sjukvårdsresurser är egentligen mycket stort och i princip har alla rätt till bästa vård. Emellertid lever vi i ett sjukvårdssystem med begränsade resurser som måste prioriteras och fördelas. Detta ställer två solidariska krav:

- De som har lika behov skall få lika mycket resurser (vågrät jämlik fördelning)
- De som har större behov skall få mera resurser (lodrät jämlik fördelning)

Dessa perspektiv betraktas mycket tydligt i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Hälso- och sjukvården arbetar för en (i) säker vård av (ii) god kvalitet och (iii) hög tillgänglighet där (iv) patienterna skall bemötas med respekt (på ett värdigt och korrekt sätt). Målet för hälso- och sjukvården är (v) en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. (vi) Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142). (vii) Dessutom skall inom hälso- och sjukvård kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lag (1996:787).

Att uppskatta behov och ge det bästa underlaget för fördelning av resurser utifrån Hälso- och sjukvårdslagen är därför grundläggande för vårt sjukvårdssystem. Grundläggande i en resursfördelningsprocess är att identifiera och mäta ”behov”, och för detta ändamål kan vi använda direkta eller indirekta metoder.

Med direkta metoder bedömer vi behov från hälsotillstånd med hjälp av, till exempel, medicinska undersökningar eller enkäter så som vi har gjort i denna rapport.

Med indirekta metoder använder vi information man vet är relaterad till hälsotillstånd och därtill behovet av sjukvårdskonsumtion. Ett indirekt mått på behov är tidigare (historisk) sjukvårdskonsumtion. Den enklaste metoden när man använder historisk sjukvårdskonsumtion är ”kapitering” där man delar den totala sjukvårdskostnaden med antalet individer och varje individ får samma andel av sjukvårdsresurserna (vågrät jämlig fördelning). Andra system baserade på historisk sjukvårdskonsumtion är ”matris”- och ”regression”-modeller. Dessa system är i princip samma som ”kapitering”, men varje individ får olika andelar av resurserna beroende på vilken behovsgrupp han eller hon tillhör (lodrat jämlig fördelning). Inom varje behovsgrupp sker däremot en vågrät jämlig fördelning. De olika behovsgrupperna i modellen definieras som dimensioner i en matris eller variabler i en regressionsmodell.

I Sverige finns stor erfarenhet av användning av matrismodeller¹⁶ och vi har nyligen genomfört en studie¹⁷ som visar att matrismodeller är bättre än regressionsmodeller för att modellera kostnader, det vill säga historisk sjukvårdskonsumtion.

En annan mycket använd indirekt metod är att uppskatta behov utifrån socionomiska faktorer på areanivå. Här kan nämnas olika former av ”deprivation index”¹⁸. Principen hos dessa index är kunskapen om att låg socioekonomisk position (till exempel låg

16 Lithman Thor (2001). 'Underlag för resursfördelning för hälso- och sjukvård 2002'. Region Skåne; Regionkontoret. Kompetenscentrum Hälso- och sjukvård

Diderichsen Finn, Varde Eva (1996). 'Konsten att fördela resurser efter behov. Stockholmsmodellens kriterier'. Läkartidningen nr 42 s. 3677-83

17 Jennifer Ericsson. Matrismodellen vs Two-part regressionsmodeller – effekter på Region Skånes resursfördelning. Lunds universitet, Ekonomi högskola, Statistiska institutionen. Uppsats i Statistik 10 poäng Nivå 61-90 poäng September 2007.Handledare: Mats Hagnell Bihandledare: Juan Merlo.

18 Carstairs V. Deprivation indices: their interpretation and use in relation to health. J Epidemiol Community Health. 1995 1995/12//;49 Suppl 2:S3-S8.

Malmstrom M, Sundquist J, Bajekal M, Johansson SE. Indices of need and social deprivation for primary health care. Scandinavian journal of social medicine. 1998 Jun;26(2):124-30.

Sundquist K, Malmstrom M, Johansson SE, Sundquist J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. J Epidemiol Community Health. 2003 May;57(5):347-52.

utbildningsnivå, låg inkomst eller arbetslöshet) är förenad med sämre hälsotillstånd och därtill ett högre behov av hälso- och sjukvårdsresurser. Man antar då att områden med högre deprivation, det vill säga höga andelar av dessa socioekonomiska indikatorer, också har större behov av sjukvårdsresurser. I vissa fall, som i beräkningen av Care Need Index (CNI), viktar man dessutom index med ett värde baserat på bedömningen av allmänläkare om arbetsbördan i området.

Nackdelen med de modeller som baseras på historisk sjukvårdskonsumtion är att dessa metoder förutsätter att den genomsnittliga sjukvårdskonsumtionen för olika befolkningsgrupper i huvudsak speglar motsvarande skillnader i vårdbehov, dvs att vissa grupper inte över- eller underutnyttjar sjukvård. Indirekta historiska metoder är inte de lämpligaste metoderna då man från analyser av detta på SCB:s ULF-undersökningar vet att låginkomsttagare och arbetslösa tenderar att underutnyttja sjukvården i förhållande till sin självrapporterade ohälsa¹⁹. Fördelen med modeller som baseras på historisk sjukvårdskonsumtion som hittills har använts är att de hanterar data på individnivå och tillåter en mycket mer nyanserad fördelning av resurser jämfört med de olika former av ”deprivation index” som hanterar aggregerad information på områdesnivå och de svagheter som detta innebär²⁰.

Kommentarer avseende socioekonomisk risk score (SRS) och relaterade epidemiologiska mått på behov och resursanvändning

Den modell och de metoder som vi har redovisat i denna rapport för behovsanalys av psykiatrisk sjukvård i befolkningen är nya forskningsrön och utvecklas för närvarande inom forskargruppen.²¹ Vi anser att våra metoder har en del fördelar jämför med tidigare använda indirekta metoder för behovsanalys. Emellertid kan vår metod förbättras på olika sätt. De variabler som vi använder för att prediktera dålig psykisk hälsa kan utvecklas ytterligare. Beräkning av SRS skulle med fördel kunna göras från den nationella folkhälsoenkäten, som innehåller ett mycket större antal individer och

19 Walander A, Burström B. Att fördela psykiatrisurser efter behov. Analyser av behovsindex, vårdutnyttjande och upplevd psykisk hälsa. ISS: 1403-6789

20 Burstrom B, Lundberg O. Erroneous, blurred, and mistaken--comments on the care need index. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Jul;58(7):626; author reply 626-7.

21 Juan Merlo, Henrik Ohlsson, Kristian Lynch, Anders Liljeberg. Förslag till en Socioekonomisk risk score (SRS) för behovsanalysen i befolkningen.

därmed skulle ge oss möjligheten att genomföra särskilda ekvationer inte bara för män och kvinnor utan också för yngre, 18 till 64 år, och för äldre, 65 till 80 år.

Vi har studerat kostnader för all sjukvård men man vet att omkring 3,5 % av befolkningen med mycket kostsamma sjukdomar står för 50 % av alla kostnader. Psykossjukdomar ingår bland dessa kostsamma sjukdomar och därför kan områden eller födelseländer som råkar ha flera individer med psykos visa större kostnader. Denna aspekt är viktig att betrakta vid klassiska behovsanalyser som matrismodeller som baseras på tidigare sjukvårdskostnader. Emellertid kan förekomst av psykos bara identifieras om individen har kontakt med sjukvården och påverkar inte våra uppskattningar av dålig psykisk hälsa som baseras på en enkätundersökning.

En basal fråga berör användandet av socioekonomiska variabler såsom utbildning, inkomst m.m.²² Dessa variabler kan ha olika betydelse i olika kulturer eller i olika områden²³ och en kombination av flera variabler kan ge en ny effekt på dålig psykisk hälsa (till exempel effekten av låg utbildning om dålig psykisk hälsa är olika hos höginkomsttagare än hos låginkomsttagare). Dessa interaktioner har möjligen ingen stor påverkan men bör betaktas i den kommande mer utvecklade ekvationer för behovsanalys.

Det är också möjligt att genomföra flernivåanalyser där man tar hänsyn till eventuella områdeseffekter på individens psykiska hälsa. Dessutom kan beräkningen av SRS göras för andra hälsomått som självuppskattad hälsa eller långvarig sjukdom. SRS kan ge mycket användbar information om hur hälsa och behovet av sjukvårdsresurser fördelar sig, inte endast inom geografiska områden utan också inom olika grupper i samhället som definieras utifrån andra kriterier. I denna rapport, till exempel, studerar vi också hur SRS och relaterade mått fördelar sig hos Malmö- invånare födda i olika länder.

Framtagandet av en ny socioekonomisk risk score och behovsindex förbättrar betydligt informationsunderlaget för uppdragsbeskrivning, och underlättar beslutfattande vid resursfördelning.

22 Lynch, J., & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. In L.F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 13-35). New York: Oxford university press, inc.

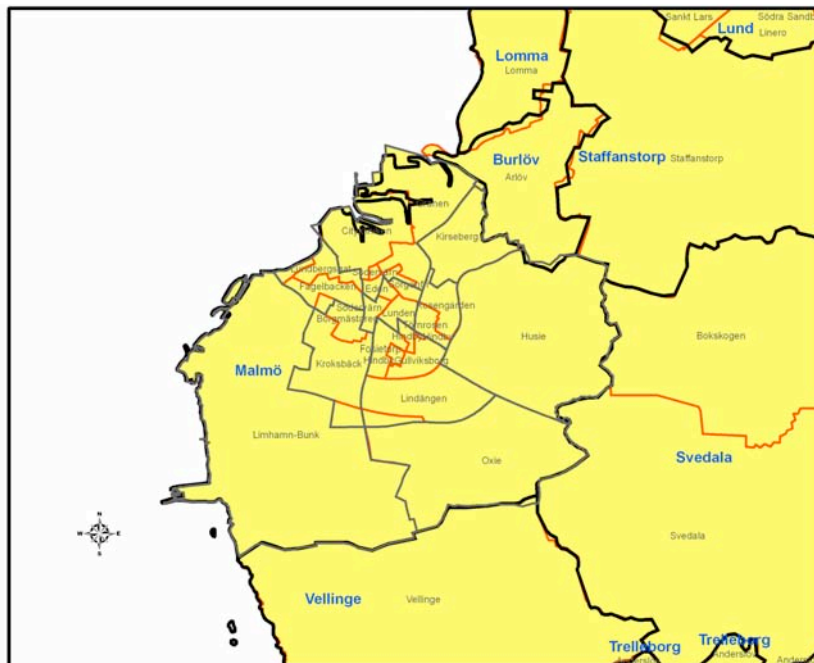
23 Beckman, A. (2005). Country of birth and socioeconomic disparities in utilisation of health care and disability pensions: a multilevel approach, Faculty of Medicine (p. 142). Malmö: Lund University.

APPENDIX

Figur A1 Visar Region Skånes 33 kommuner (avgränsade med svarta linjer och beskrivna med blå text) samt Region Skånes 117 vårdcentralsområden (avgränsade med röda linjer och beskrivna med grå text).



Figur A2 visar Malmö kommun med 11 stadsdelar (avgränsade med grå linjer) samt vårdcentralsområden (avgränsade med röda linjer och beskrivna med grå text).



APPENDIX
-2-

Individer	Andel av befolkning	Individer (viktt med dålig psykisk hälsa)	Andel av psykisk dålig hälsa	Andel av dålig psykisk hälsa / andel av befolkning	Total kostnader sjukvård	Andel av total kostnader	Andel av totala kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Total psykiatriska kostnader sjukvård	Andel av psykiatriska kostnader	Andel av psykiatriska kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Total somatiska kostnader sjukvård	Andel av somatiska kostnader	Andel av somatiska kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Total primärvård kostnader sjukvård	Andel av primärvård kostnader	Andel av primärvård kostnader/andel av dålig hälsa	Andel kostnader (Psyk/Pvård)
Torrnosaen	7143	0,32	2074	1,31 %	1,58	0,36 %	0,74	20693830	1,46 %	1,08	73821894	0,87	0,66	19786936	1,06 %	0,81	1,34
Reserogården	6768	0,78	1954	1,23 %	1,57	0,33 %	0,75	17029678	1,61 %	0,95	71466515	0,84	0,66	15661623	1,15 %	0,94	1,01
Hindry	6897	0,80	1748	1,40 %	1,38	0,31 %	0,88	14912619	1,02 %	0,93	82100707	0,96	0,88	17791480	0,99 %	0,86	1,07
Lunden	8802	1,02	2173	1,37 %	1,35	0,36 %	0,81	38679782	2,81 %	1,83	75716431	0,89	0,65	20005708	1,07 %	0,78	2,34
Gullviksborg	6564	0,76	1577	0,89 %	1,30	0,32 %	0,82	17595958	1,30 %	1,21	63273224	0,74	0,72	18011814	0,88 %	0,86	1,40
Söderåsen	7890	0,85	1753	1,14 %	1,30	0,35 %	0,77	18067488	1,30 %	1,17	66988118	0,79	0,71	15313981	0,82 %	0,74	1,59
Chylnäcken	5895	0,66	1353	0,85 %	1,29	0,39 %	0,93	16076512	1,22 %	1,15	64118674	0,75	0,88	10413785	0,56 %	0,65	2,38
Filboarna	8433	0,97	1981	1,25 %	1,28	0,37 %	0,86	21210224	1,45 %	1,16	83717608	0,92	0,79	21791283	1,17 %	0,93	1,24
Söder	6436	0,74	1495	0,94 %	1,26	0,40 %	0,78	24794865	1,69 %	1,80	53110178	0,62	0,66	9612678	0,51 %	0,55	3,29
Edölen	10424	1,20	2404	1,51 %	1,26	0,43 %	0,73	79859286	2,12 %	1,40	10170224	0,94	0,62	17701951	0,96 %	0,89	2,02
Lindängen	7378	0,85	1698	1,07 %	1,25	0,39 %	0,96	16648696	1,14 %	1,06	88006120	1,03	0,97	17701951	1,03 %	0,89	1,20
Panternengen	3873	0,45	885	0,56 %	1,24	0,33 %	1,03	41188727	0,48 %	0,87	41188727	0,48	0,87	10172285	0,54 %	0,96	1,99
Fästorp	9061	1,05	2058	1,29 %	1,24	0,42 %	1,02	23667851	1,62 %	1,25	110640588	1,30	1,02	22314879	1,19 %	0,92	1,35
Sorgnri	9697	1,12	2201	1,38 %	1,24	0,47 %	0,70	22845015	1,56 %	1,13	72106671	1,05	0,61	20301463	1,09 %	0,78	1,44
Gnånen	12439	1,44	2783	1,75 %	1,22	0,53 %	0,73	28780616	1,87 %	1,12	100684777	1,18	0,67	23546331	1,26 %	0,72	1,56
Norrestad	5545	0,64	1223	0,77 %	1,20	0,39 %	0,93	92968839	0,63 %	0,82	60579445	0,71	0,92	15125524	0,81 %	1,05	0,78
Kokstället	15870	1,83	3455	2,17 %	1,19	0,63 %	1,09	32830617	2,24 %	1,03	211274927	2,48	1,14	38534048	2,06 %	0,95	1,09
Kirsberg	10476	1,21	2244	1,41 %	1,17	0,55 %	1,03	44047193	3,01 %	2,13	103132721	1,21	0,86	25071167	1,34 %	0,95	2,24
Norra Fåladalen	10520	1,21	2227	1,40 %	1,15	0,57 %	1,03	115661627	0,85 %	0,67	69218251	0,81	0,58	17246318	0,96 %	0,88	1,77
Chylnäcken	9098	1,14	2075	1,31 %	1,14	0,49 %	0,70	108329958	0,91 %	0,70	72899610	0,86	0,66	10027056	0,85 %	0,45	2,80
Näshöjden	7143	0,82	1489	0,84 %	1,14	0,38 %	0,89	12409692	0,85 %	0,90	69313468	0,81	0,87	14895782	0,83 %	0,86	1,06
Berga	1327	0,15	273	0,17 %	1,12	0,19 %	0,86	2073129	0,14 %	0,52	12341189	0,15	0,88	2462792	0,13 %	0,76	1,08
Häsenhöj	8715	1,01	1778	1,12 %	1,11	0,39 %	0,92	20333987	1,39 %	1,24	78237134	1,02	0,82	20626422	1,13 %	1,00	1,25
Måsen	1437	0,32	2305	1,45 %	1,10	0,76 %	1,08	48219190	2,95 %	2,04	91882078	1,08	0,74	23923627	1,23 %	0,85	2,41
Välén	4655	0,54	934	0,59 %	1,09	0,24 %	0,89	14915241	1,02 %	1,73	62883463	0,62	0,92	8470577	0,46 %	0,77	2,25
Näsby	10140	1,17	2032	1,28 %	1,09	0,86 %	0,86	131743807	1,11 %	0,60	52859478	1,13	0,89	23480257	1,26 %	0,96	0,89
Årby	11258	1,30	2214	1,39 %	1,07	0,77 %	0,91	11311592	0,77 %	0,60	96557718	1,13	0,89	27325611	1,15 %	1,05	0,89
Fågelbacken	11249	1,30	2179	1,37 %	1,06	0,73 %	0,91	18054833	1,30 %	0,93	138820674	1,61	1,15	27325611	1,46 %	1,05	1,17
Söderåsen	14582	1,68	2824	1,78 %	1,05	0,69 %	0,73	19737508	1,35 %	0,98	108273788	1,25	0,91	21468643	1,15 %	0,84	1,44
Sankt Lars	8171	0,94	1579	0,89 %	1,05	0,29 %	0,95	24084793	2,11 %	1,19	101744829	1,19	0,67	21925665	1,17 %	0,66	1,80
Linné	9769	1,13	1882	1,18 %	1,05	0,88 %	0,95	24084793	1,64 %	1,65	70403290	0,83	0,83	17909610	0,96 %	0,86	1,72
Kärkrika	10091	1,17	1922	1,21 %	1,04	0,85 %	0,95	27498986	1,88 %	1,59	90248068	1,06	0,89	20552512	1,10 %	0,93	1,70
Lundingsgård	12466	1,44	2367	1,49 %	1,05	0,76 %	1,05	150754382	1,27 %	1,05	100546739	1,29	1,06	23359393	1,23 %	1,03	0,95
Ostenhamnen	14870	1,72	2818	1,77 %	1,03	0,88 %	0,98	161909194	1,36 %	0,91	119456187	1,40	0,94	32318657	1,24 %	0,83	1,04
Bergnäsareg	7366	0,85	1366	0,87 %	1,02	0,39 %	1,29	130730039	1,12 %	1,29	154347313	1,81	1,02	31386233	1,65 %	0,95	0,82
Vattnen	5399	0,62	1010	0,64 %	1,02	0,19 %	0,93	71861928	0,50 %	0,70	48560891	0,58	0,92	11092807	0,54 %	0,89	1,27
Örnbygård	6564	0,76	1227	0,77 %	1,02	0,24 %	0,91	11020010	0,75 %	1,18	49500691	0,66	0,88	10019179	0,59 %	0,89	1,92
Centrum	2911	0,34	543	0,34 %	1,02	0,30 %	0,88	83841980	0,70 %	0,91	28027644	0,33	0,96	4072270	0,22 %	0,64	1,07
Tågaborg	5616	0,65	1043	0,66 %	1,01	0,29 %	0,84	3405723	0,23 %	0,68	43248291	0,31	0,77	11720473	0,23 %	0,95	1,06
Göteborgsfilik	5602	0,65	1036	0,65 %	1,01	0,29 %	0,84	3405723	0,23 %	0,68	43248291	0,31	0,77	11720473	0,23 %	0,95	1,06
Nöbbelöv	7290	0,84	1346	0,85 %	1,01	0,34 %	0,94	87282835	0,60 %	0,91	63504369	0,63	0,96	10630348	0,57 %	0,87	1,05
Centrum	8761	1,01	1602	1,01 %	1,01	0,30 %	0,94	61342202	1,19 %	1,40	61342202	1,19	1,40	16246101	0,87 %	1,03	1,37
Fågelnägen	6699	0,77	1218	0,77 %	1,01	0,29 %	1,04	18752486	1,28 %	1,27	82306539	0,97	0,97	19754589	0,82 %	1,05	1,21
Vian	9649	1,11	1745	1,40 %	0,99	0,80 %	1,02	12134242	0,83 %	1,08	67608242	0,79	1,03	15345169	0,86 %	1,07	1,01
Åstorp	9693	1,12	1745	1,40 %	0,99	0,80 %	1,02	101251321	0,76 %	0,89	101251321	1,19	1,08	22988866	1,23 %	1,12	1,12
Bliv	7703	0,89	1386	0,87 %	0,98	0,33 %	1,07	11377581	0,93 %	1,07	89327205	1,05	0,95	23020707	1,23 %	1,12	0,61
								14712582	1,00 %	1,15	73892434	0,87	0,99	21467213	1,15 %	1,32	0,88

	Individer	Andel av be-folkning	Individer (viktat med dålig psykisk hälsa)	Andel av psykisk dålig hälsa	Andel av dålig psykisk hälsa / andel av be-folkning	Totala kostnader sjukvård	Andel av totala kostnader	Andel av totala kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Total psykiatriska kostnader sjukvård	Andel av psykiatriska kostnader	Andel av psykiatriska kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Total somatiska kostnader sjukvård	Andel av somatiska kostnader	Andel av somatiska kostnader/andel av dålig psykisk hälsa	Total primärvård kostnader sjukvård	Andel av primärvård kostnader	Andel av primärvård kostnader/andel av dålig hälsa	Andel kostnader (Psyk/Pvård)
Hälsöringen	2965	0,34	530	0,53	0,98	36410935	0,30	0,88	3337509	0,22	0,66	26453065	0,31	0,93	5662906	0,30	0,88	0,76
Persorp	5027	0,58	895	0,56	0,97	72724288	0,61	1,08	8866723	0,69	1,04	46416084	0,58	1,37	14463988	0,77	0,74	0,74
Låven	13548	1,56	2406	1,51	0,97	275664716	1,88	1,04	12564781	1,22	1,24	130691609	1,53	1,01	28238862	1,53	1,01	1,33
Stattena	8407	0,97	1493	0,94	0,97	123412272	1,04	1,10	19716601	1,28	1,30	67466026	1,03	1,09	17522258	0,92	0,98	1,23
Klippan	8904	1,03	1580	0,99	0,93	123968294	1,04	1,05	17418548	1,19	1,20	84212919	0,99	0,99	21225276	1,14	1,05	1,14
Centrumklin	5697	0,66	1009	0,63	0,97	90004660	0,76	1,20	13401181	0,92	1,44	67799830	0,80	1,25	1413128	0,59	0,78	1,82
Rennisa	4064	0,57	871	0,57	0,86	59166450	0,50	0,91	6278667	0,43	0,78	40212866	0,47	0,86	11650465	0,62	1,14	0,69
Ole	7929	0,92	1388	0,88	0,95	105359511	0,80	1,01	7656886	0,52	0,59	78529265	0,80	1,03	20360137	1,12	1,28	0,66
Kavlinge	10942	1,26	1887	1,19	0,95	150890787	1,26	1,07	13061020	0,69	0,75	113819405	1,34	1,13	23121464	1,24	1,04	0,96
Täbölund	7674	0,89	1334	0,84	0,95	96089599	0,81	0,97	12232769	0,84	1,00	67947588	0,80	0,95	16278346	0,87	1,00	1,04
Hästa	13453	1,55	2323	1,46	0,94	200129404	1,68	1,15	14374450	0,98	0,67	155378722	1,82	1,25	29160435	1,59	1,09	0,62
Ljungdala	5328	0,62	916	0,58	0,93	64460208	0,54	0,94	6623649	0,45	0,78	46431681	0,54	0,95	11301988	0,60	1,05	0,75
Råå	9795	1,13	1679	1,06	0,93	147234822	1,24	1,17	14737371	1,01	0,95	104004279	1,22	1,16	22907000	1,46	1,38	0,69
Fäläden	9089	1,05	1563	0,98	0,93	142882084	1,20	1,23	12317447	0,84	0,86	107066353	1,26	1,29	22907000	1,23	1,25	0,69
Östarna	6265	0,72	1066	0,67	0,93	75368337	0,63	0,95	8237944	0,56	0,84	57266051	0,67	1,00	8913744	0,48	0,71	1,18
Novakliniken	7624	0,88	1295	0,82	0,93	115573794	0,97	1,19	12342419	0,84	1,03	67466025	1,03	1,26	15461487	0,83	1,01	1,02
Katzen	4719	0,54	786	0,50	0,92	65000610	0,55	1,10	7288324	0,50	0,99	51844974	0,61	1,21	6462793	0,35	0,69	1,44
Skurup	6288	0,73	1059	0,67	0,92	88194071	0,74	1,11	6447993	0,44	0,66	63719655	0,75	1,12	17823437	0,95	1,43	0,46
Skurupstann	6386	0,74	1075	0,68	0,92	118841405	1,00	1,47	15350868	1,05	1,55	76717353	0,90	1,33	26569810	1,42	2,10	0,74
Tomteklifi	4820	0,53	776	0,49	0,82	73909754	0,62	1,27	5886956	0,40	0,82	54000978	0,63	1,30	14007400	0,75	1,63	0,53
Svalöv	9286	1,07	1560	0,98	0,92	118932502	1,00	1,02	10842722	0,73	0,74	88850291	1,04	1,06	18899890	1,01	1,03	0,72
Ökeljunga	6894	0,80	1156	0,73	0,91	93238589	0,78	1,08	7937880	0,54	0,75	68065269	0,80	1,10	10692253	0,93	1,23	0,61
Svedala	2414	0,28	401	0,25	0,90	131989642	1,11	1,15	15321782	1,05	1,08	90694171	1,07	1,10	25376699	1,36	1,40	0,77
Ebby	9762	1,10	1478	0,93	0,90	96409169	0,81	0,87	2855378	0,18	0,72	21987221	0,26	1,02	6112087	0,33	1,30	0,55
Bromölla	5762	0,67	954	0,60	0,90	32416963	0,47	1,08	6532414	0,45	0,48	6512261	1,00	1,07	4519565	0,24	0,26	1,85
Broby	10465	1,21	1728	1,09	0,93	139398942	1,18	1,08	15847158	0,38	0,63	5516863	0,66	1,10	16039380	0,86	1,43	0,44
Novakliniken	2959	0,34	488	0,31	0,90	43238527	0,36	1,18	102706744	1,21	1,11	102706744	1,21	1,11	8233803	0,44	1,05	0,95
Kristine	4264	0,49	702	0,44	0,90	59411334	0,50	1,13	3348431	0,23	0,69	31795665	0,37	1,21	12346248	0,44	1,44	0,48
Sjöfästans	14785	1,71	2417	1,52	0,89	18631090	1,54	1,01	44888398	1,03	0,82	44888398	1,52	1,33	10943607	0,59	1,33	0,39
Stafsinge	2752	0,32	449	0,28	0,89	38717661	0,32	1,15	15024681	0,23	0,67	138147472	1,63	1,07	29494976	1,58	1,04	0,65
Paarp	4110	0,47	670	0,42	0,89	51880882	0,44	1,03	4486675	0,21	0,73	35994566	0,42	1,00	6446751	0,34	1,22	0,64
Sjöborna	8667	1,04	1459	0,82	0,88	111034482	0,83	1,01	10863350	0,74	0,81	79827220	0,94	1,02	10246823	0,55	1,30	0,56
Bocksgögen	4159	0,48	679	0,43	0,88	110925482	0,43	1,01	2843360	0,19	0,45	36966665	0,46	1,07	19213307	0,30	1,12	0,72
Höby	10410	1,20	1681	1,06	0,88	145662835	1,30	1,14	10898998	0,74	0,70	108989980	1,29	1,22	22410081	1,20	1,13	0,62
Familjeläsa	4089	0,47	659	0,41	0,88	53306947	0,45	1,08	2851032	0,19	0,47	43216286	0,51	1,22	1728062	0,38	0,92	0,62
Forsöv	2143	0,25	346	0,22	0,88	28743470	0,22	1,00	2946723	0,20	0,53	17740867	0,21	0,96	48891746	0,27	1,23	0,75
Ystad	9963	1,16	1603	1,01	0,88	146642839	1,23	1,22	11551762	0,79	0,78	11551762	1,32	1,31	22262650	1,21	1,20	0,65
Sjöbo	12903	1,49	2070	1,30	0,87	179717431	1,51	1,16	14194782	0,87	0,74	136501461	1,80	1,23	28483285	1,52	1,17	0,64
Ljunghed	2880	0,33	460	0,29	0,87	30286262	0,38	1,30	6326899	0,43	0,49	30650791	0,36	1,24	7343074	0,39	1,36	1,10
Linnhems-bunk	24028	2,77	3835	2,41	0,87	30286262	2,54	1,05	26752861	1,83	0,76	241583783	2,94	1,18	33409513	1,79	0,74	1,02
Vellinge	7977	0,92	1270	0,80	0,87	102501291	0,86	1,08	10101905	0,69	0,86	76077705	0,89	1,12	16105774	0,86	1,12	0,70
Tomteklifi	386	0,04	61	0,04	0,87	4491861	0,04	0,98	521863	0,04	0,53	3008051	0,04	0,92	951258	0,05	1,32	0,80
Torp	4566	0,53	723	0,45	0,86	61724914	0,52	1,14	3643752	0,25	0,55	46169557	0,64	1,19	11422236	0,63	1,38	0,40
Tyrpe	5660	0,65	897	0,56	0,86	743004673	0,62	1,10	4549020	0,31	0,55	54709511	0,54	1,14	14889965	0,80	1,41	0,39
Lomma	6821	0,79	1078	0,68	0,86	87989032	0,74	1,09	7393208	0,50	0,73	64937978	0,76	1,12	15325454	0,82	1,21	0,61

	Individer	Andel av be- folkning	Individer (viktat med daglig psykisk hälsa)	Andel av psy- kisk daglig hälsa	Andel av daglig psykisk hälsa / andel av be- folkning	Totalt kostnader sjukvård	Andel av total kostnader	Andel av totala kostnader/andel av daglig psykisk hälsa	Total psykiat- riska kostnader sjukvård	Andel av psykiat- riska kost- nader	Andel av psykiat- riska kost- nader/andel av daglig psykisk hälsa	Total somatis- ka kostnader sjukvård	Andel av somatis- ka kostnader	Andel av somatis- ka kostnader/andel av daglig psykisk hälsa	Total primär- vård kostnader sjukvård	Andel av primär- vård kost- nader	Andel av primär- vård kost- nader/andel av daglig hälsa	
Daby	11378	1,31	1790	1,13 %	0,86	154312637	1,29 %	1,16	15450064	1,06 %	0,94	113361055	1,33	1,18	24695908	1,32 %	1,17	0,80
Bjarnum	2428	0,28	382	0,24 %	0,86	32643642	0,27 %	1,14	25818807	0,18 %	0,73	26340767	0,31	1,27	3952904	0,21 %	0,89	0,83
Löbetol	3928	0,46	618	0,39 %	0,86	513989304	0,43 %	1,11	6078040	0,41 %	1,06	40366883	0,47	1,22	4843121	0,26 %	0,67	1,59
Södala	3077	0,36	484	0,30 %	0,86	41014846	0,34 %	1,13	1799045	0,12 %	0,40	31175054	0,37	1,20	7952021	0,43 %	1,40	0,29
Hästveda	2115	0,26	332	0,21 %	0,85	30796100	0,26 %	1,24	1698187	0,12 %	0,56	24121523	0,28	1,36	4950049	0,26 %	1,27	0,44
Vä	5151	0,59	807	0,51 %	0,85	66620272	0,55 %	1,08	2827051	0,19 %	0,38	48669861	0,58	1,15	12926812	0,69 %	1,36	0,28
Lånshöda	2235	0,26	349	0,22 %	0,85	25622106	0,21 %	0,98	1563448	0,11 %	0,49	19617945	0,23	1,05	4311446	0,23 %	1,05	0,46
Munka Ljung	6116	0,71	982	0,60 %	0,85	72961155	0,61 %	1,02	4558917	0,31 %	0,52	59457619	0,70	1,17	8408198	0,45 %	0,75	0,69
Osby	3929	0,45	609	0,38 %	0,84	44182904	0,37 %	0,97	3041642	0,21 %	0,54	34015740	0,40	1,04	6934492	0,37 %	0,88	0,56
Västov	3917	0,45	605	0,38 %	0,84	46019272	0,39 %	1,01	2437444	0,17 %	0,44	33568576	0,39	1,03	9829995	0,53 %	1,38	0,32
Södra Sandby	5519	0,64	847	0,53 %	0,84	74420102	0,52 %	1,17	5297134	0,36 %	0,58	67392231	0,67	1,26	11370219	0,61 %	1,14	0,59
Långhagen	8412	0,97	1290	0,81 %	0,83	115296777	0,95 %	1,17	9420825	0,64 %	0,79	87781550	1,03	1,27	14236218	0,76 %	1,36	0,85
Andersjö	8385	0,97	1294	0,81 %	0,83	99601677	0,83 %	1,03	5398982	0,37 %	0,46	77115171	0,91	1,12	16551441	0,89 %	1,10	0,42
Låddösköpinge	7492	0,87	1147	0,72 %	0,83	102898795	0,86 %	1,20	10702840	0,73 %	1,01	1456213	0,88	1,21	17138253	0,92 %	1,27	0,80
Västbo	2192	0,25	332	0,21 %	0,83	33201321	0,28 %	1,33	1849221	0,13 %	0,50	23156415	0,30	1,41	6098044	0,33 %	1,58	0,39
Degeboega	3611	0,42	545	0,34 %	0,83	50174311	0,42 %	1,23	1849221	0,13 %	0,50	37616445	0,44	1,29	10361287	0,55 %	1,62	0,24
Rydabäck	3418	0,39	514	0,32 %	0,82	38029195	0,33 %	1,01	1847914	0,13 %	0,38	28555827	0,34	1,04	6245388	0,44 %	1,36	0,29
Bastad	8299	0,96	1238	0,78 %	0,81	106130915	0,89 %	1,14	9305159	0,64 %	0,82	79738688	0,94	1,20	15926090	0,85 %	1,09	0,75
Barrby	4956	0,57	738	0,46 %	0,81	81181474	0,68 %	1,47	6764150	0,46 %	1,00	56071595	0,66	1,42	18282137	0,98 %	2,11	0,47
Deffli	8080	0,93	1202	0,76 %	0,81	104416133	0,88 %	1,16	8630018	0,59 %	0,78	76525994	0,90	1,19	17364917	0,93 %	1,23	0,63
Ahus	7875	0,91	1170	0,74 %	0,81	100366356	0,84 %	1,14	6918475	0,47 %	0,64	73929902	0,87	1,18	19218693	1,03 %	1,40	0,46
Leröd	2986	0,34	437	0,28 %	0,80	35444474	0,30 %	1,08	2534313	0,17 %	0,53	24786383	0,29	1,06	6913008	0,37 %	1,34	0,47
Bljerd	6631	0,77	954	0,60 %	0,78	89314322	0,70 %	1,17	4826286	0,32 %	0,53	68042197	0,78	1,29	12678182	0,68 %	1,13	0,47
Näsarp	14788	1,71	2112	1,53 %	0,78	16576652	1,37 %	1,03	11579042	0,79 %	0,59	130664370	1,60	1,20	15448195	0,83 %	0,62	0,96
Bredarp	4332	0,50	617	0,39 %	0,78	66860235	0,55 %	1,42	3250565	0,22 %	0,57	47205836	0,55	1,42	15300548	0,82 %	2,11	0,27
TOTAL	866087	100	158910	100 %	1,00	11916597424	100 %	1,00	1464130548	100 %	1,00	8520437107	100	1,00	1859901371	100 %	1,00	1,00

KAPITEL 5

SOCIALA INSATSER VID PSYKISK OHÄLSA - INVENTERING I STADSDELARNA ROSENGÅRD OCH KIRSEBERG I MALMÖ Olle Östman

Bakgrund till studien

I en kartläggning av vårdbehov och verksamhet/utbud för personer med psykisk ohälsa/sjukdom i Malmö från 2005 visade det sig att människor som bor i stadsdelen Rosengård i relation till bedömda vårdbehov (bedömda enligt Jarmans index) anlidade den vuxenpsykiatriska vården i mindre utsträckning än de som bor i andra stadsdelar i Malmö. Utnyttjandet av psykiatrisk vård skedde i relation till de bedömda behoven endast i drygt halva omfattningen jämfört med övriga stadsdelar i Malmö. Orsakerna härtill kan vara flera. Det kan bero på att insatserna från psykiatrins sida nedprioriterats bland annat på grund av språksvårigheter. Det kan bero på attityder och värderingar av psykisk sjukdom och psykiatri hos olika invandrargrupper. Det kan också bero på att den använda metoden för att bedöma vårdbehov inte är anpassad till utomeuropeiska befolkningsgrupper.

Den statliga psykiatrisamordningen har beviljat Malmö högskola projektmedel för att närmare kartlägga situationen i Rosengård. Denna kartläggning omfattar olika delstudier. Malmö högskola svarar för en kvalitativ studie inriktad på att kartlägga attityder till psykisk sjukdom och psykiatri hos befolkningen i Rosengård. Sektionen för Psykiatri/Primärvård/Folkhälsa, kliniska vetenskaper i

Malmö, vid Lunds universitet analyserar sjukvårdsutnyttjandet och då inte bara inom psykiatrin utan även angränsande vårdområden. Ett underutnyttjande av den psykiatriska vården skulle kunna leda till ett ökat utnyttjande av socialtjänstens insatser. För att bedöma om så är fallet genomförs också en kartläggning av de insatser som Malmö stad svarar för avseende målgruppen personer med psykisk ohälsa. Det är denna kartläggning som redovisas i denna rapport.

Det saknas tillgänglig statistik som bygger på dokumentation om bakgrunden till olika sociala insatser. Kartläggningen har därför genomförts som en inventering av samtliga personer som är föremål för någon form av sociala insatser och där psykisk ohälsa förekommer som en bakgrundsfaktor. För att kunna värdera omfattningen av sociala insatser inom Rosengårds stadsdel görs motsvarande inventering även i Kirsebergs stadsdel, som är vald utifrån kunskapen om att dess befolkning i flera avseenden motsvarar Malmös befolkning som helhet.

Demografiska data om Rosengårds och Kirsebergs stadsdelar samt Malmö stad

Befolkningsstrukturen i Rosengård präglas av en mycket stor andel boende med utländsk bakgrund samt en ovanligt stor andel barn och ungdomar och en mindre befolkningsandel i den yrkesverksamma åldersgruppen 19–64 år. Detta framgår av följande tabeller. Motsvarande förhållanden för Kirsebergs stadsdel motsvarar mycket nära Malmö som helhet.

Tabell 1: Åldersstruktur i stadsdelarna Rosengård och Kirseberg samt hela Malmö 1 januari 2006.

	Åldersgrupp		19 – 64		65 –	
	0 – 18		Antal	%	Antal	%
Rosengård	7 468	35	11 757	55	2 222	10
Kirseberg	3 007	22	8 75	63	2 109	15
Malmö	54 970	20	170 227	63	45 074	17

Tabell 2: Personer med utländsk bakgrund, födda i utlandet eller med båda föräldrarna födda i utlandet, 1 jan 2006, antal och andel av hela befolkningen inom respektive åldersgrupp.

	Åldersgrupp 0-18		19-64		65-		Totalt	
	Antal	Andel %	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Rosengård	6 788	91	9 997	84	1 301	5	18 966	84
Kirseberg	934	31	2 960	33	407	19	4 241	31
Malmö	22 619	41	61 164	36	8 633	19	89 396	33

De vuxenpsykiatriska insatserna riktar sig till största delen till åldersgruppen 19–64 år. Inventeringen inom socialtjänsten omfattar därför denna åldersgrupp. För att kunna göra jämförelser mellan stadsdelarna redovisas vissa data på 1 000 boende i denna åldersgrupp.

Malmöbor födda i utlandet kommer från hela världen – totalt är 166 länder representerade. I Rosengård finns 111 länder representerade och i Kirseberg 115 länder. Av följande tabell 3 framkommer att bland födda i utlandet i Malmö som helhet dominerar Västeuropa, Östeuropa och Mellanöstern inkl Nordafrika. Motsvarande gäller för Kirseberg medan de helt dominerande grupperna i Rosengård kommer från Östeuropa och Mellanöstern.

Tabell 3: Antal födda i utlandet 31 dec 2004.

	Västeuropa	Östeuropa	Mellanöstern inkl Nordafrika	Syd- och Ostasien	Afrika söder om Sahara	Latinamerika
Rosengård	1 292	4 773	5 29	197	381	174
Kirseberg	1 151	95	577	205	38	79
Malmö	22 616	19 380	17 028	3 905	2 131	3 068

Folkhälsodata

Uppgifter rörande befolkningens psykiska hälsa kan fås ur olika folkhälsoregister. I det följande redovisas för några aktuella data som belyser situationen i de båda aktuella stadsdelarna och i Malmö som helhet.

Skåne-UNO 2004

– En kartläggning av narkotikamissbrukets omfattning

Under 2004 genomfördes i Skåne en kartläggning av antalet personer med narkotikamissbruk medelst en case-findingmetodik.

I Rosengård hittade man totalt 145 kända narkotikamissbrukare, varav 127 män. Av dessa kommer 59 från annat land, men uppgift saknas i en tredjedel av fallen. 41 har egna barn och totalt lever 22 barn tillsammans med missbrukare.

I Kirseberg hittade man 161 kända narkotikamissbrukare, varav 126 män. Av dessa kommer 18 från annat land. 39 har egna barn och totalt lever 39 barn tillsammans med missbrukare.

I Malmö som helhet hittade man 2 028 personer med narkotikamissbruk, varav 1 624 män. Av dessa kommer 410 från annat land men uppgift saknas i ca 20 % av fallen. Totalt har 478 egna barn och 326 barn sammanlever med kända missbrukare.

Rosengårds andel av kända narkotikamissbrukare motsvarar ungefär deras andel av Malmös befolkning medan Kirsebergs andel överstiger deras befolkningsandel.

Socialstyrelsens kartläggning av hemlösa 2005

Vid kartläggningen fann man totalt 60 hemlösa i Rosengård och 28 i Kirseberg varav endast någon enstaka var uteliggare. Detta antal avviker endast i mindre utsträckning från Malmö som helhet där de centrala stadsdelarna var kraftigt överrepresenterade.

Folkhälsoenkät från 2004

Socialmedicinska avdelningen vid Universitetssjukhuset MAS har genomfört återkommande folkhälsoenkäter. Från undersökningen 2004 noteras att Rosengård har en större andel av sin befolkning med höga värden för riskkriterier jämfört med Kirseberg. Det gäller dåligt självskattad psykisk hälsa, svagt emotionellt stöd, låg tillit, lågt socialt deltagande och otillfredsställda vårdbehov. Däremot ligger riskkonsumtionen för alkohol lågt i Rosengård och högt i Kirseberg.

Planering och genomförande av kartläggningen i Rosengård och Kirseberg

Genomförande av kartläggningen skedde under september–oktober 2006. Målgruppen för kartläggningen är personer med psykisk ohälsa, som vid inventeringen erhöll någon form av insatser från kommunens sida med begränsningen till åldersgruppen 19–64 år. Målgruppen definierades enligt följande:

- **Personer med psykiskt funktionshinder**

Denna grupp var huvudgruppen för psykiatrireformen. Den kan definieras som ”personer över 18 år med långvarig psykisk sjukdom som orsakat en funktionsnedsättning i sådan grad att den inverkar på den dagliga livsföringen”. Samtliga personer som får insatser inom kommunen skall ingå.

- **Personer med psykisk utvecklingsstörning**

I kartläggningen ingår samtliga som har insatser enligt LSS relaterade till en psykisk utvecklingsstörning. Psykisk sjukdom med behandlingsbehov utöver utvecklingsstörningen registreras särskilt.

- **Personer med missbruk**

Denna grupp består av personer med alkoholrelaterade problem eller narkotikamissbruk.

Avgränsningen av den grupp som sjukvård och socialtjänst har ett delat ansvar för och den grupp som socialtjänsten helt ansvarar för är inte enkel. Ett gemensamt ansvar gäller för personer i behov av avgiftning och tillfälliga insatser inom sjukvården medan det långsiktiga stöd- och behandlingsansvaret ligger på socialtjänsten. Detsamma gäller för personer med kombinationen missbruk och psykisk sjukdom som inte lett till långvarigt funktionshinder, t ex affektiva sjukdomar, ångesttillstånd, neuropsykiatriska tillstånd och personlighetsstörningar, men i dessa fall kan långsiktiga insatser behövas från såväl socialtjänst som psykiatri. Inom ramen för denna kartläggning finns ingen anledning att göra denna uppdelning med oklara gränsdragningar, utan samtliga personer som får insatser inom socialtjänsten i samband med missbruk tas upp. När psykiskt funktionshinder, utvecklingsstörning eller övrig psykisk ohälsa finns utöver missbruket redovisas även detta.

- **Övrig psykisk ohälsa**

Hit räknas alla som inte tillhör någon av övriga grupper, t ex personer med depressioner, olika ångesttillstånd, psykiska kriser, stressrelaterade tillstånd mm. De kan aktualiseras t ex i samband med ekonomiska problem eller relationsproblem.

För genomförande av inventeringen användes en särskild statistikblankett. Med utgångspunkt från definitionen av målgrupperna ifylldes de detaljerade uppgifterna i statistikformuläret. Inom stadsdelen ifylldes en blankett inom varje berört verksamhetsområde med identifierade persondata. Blanketterna insamlades centralt inom stadsdelen och sammanfördes till en samlad svarsblankett för varje individ som kom att ingå i inventeringen. I helt avidentifierad form överlämnades blanketterna därefter för statistisk bearbetning.

Socialtjänstens organisation

Genomförandet av inventeringen skedde med anpassning till socialtjänstens organisation i de båda stadsdelarna. Denna framgår översiktligt i det följande.

Rosengårds stadsdel

I Rosengård är socialtjänsten organiserad i tre självständiga avdelningar: Individ och familj (IoF), Vård och omsorg samt Ekonomiskt bistånd och arbete/utbildning. Stöd till personer med psykisk ohälsa sker inom alla avdelningarna. Inom Vård och omsorg är målgruppen personer med psykiska funktionshinder. Inom IoF ligger ansvaret för personer med missbruk, men man möter även inom övriga verksamheter många personer med olika former av psykisk ohälsa. Avdelningen för Arbete och Utbildning möter en mycket stor andel av Rosengårds befolkning. Den är uppdelad i Arbete och Utbildnings Centrum (AUC), Introduktion och Enheten för ekonomiskt bistånd (EEB).

IoF är organiserat i följande enheter: Socialsekreterare/Familjecentral, Utredningsenhet barn och ungdom, Vuxenenhet, Familjebasen och Kriscentrum för män.

Vård och omsorg har en rad verksamheter som möter personer tillhörande målgruppen: tre LSS-boenden om tillsammans 27 boenden, boendestöd, en träffpunkt, social hemtjänst, hemsjukvård, rehabiliteringspersonal och ledsagarservice.

Till *Arbete och Utbildning* hör *Introduktion och EEB*. Arbete och Utbildning arbetar tillsammans med tre andra sådana enheter i Malmö kommunövergripande. Boende i Rosengård går dock helt till denna enhet, som är organiserad gemensamt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Vid inventeringen fanns ca 2 500 personer inskrivna vid enheten.

Introduktion möter samtliga invandrare och flyktingar som har fått uppehållstillstånd. De får arbetsinriktad information och påbörjar språkutbildning. Vid inventeringen var ca 700 hushåll aktuella.

EEB svarar för försörjningsstöd (ekonomiskt bistånd) till boende i Rosengård. Ca 1500 hushåll var vid inventeringen aktuella för försörjningsstöd. Det sker ett nära samarbete mellan enheterna och alla med försörjningsstöd är också aktuella inom AUC.

Då antalet personer inom stadsdelen som är aktuella för insatser inom socialtjänsten är mycket stort, engagerades under inventeringsperioden en särskild befattningshavare som gick igenom samtliga akter inom de olika enheterna. I samtliga fall där uppgifter förekom om någon form av psykisk ohälsa i enlighet med definitionerna av målgruppen upprättades en statistikblankett. Denna metodik innebär sannolikt en viss underskattning då det kan förekomma psykisk ohälsa av betydelse utan att den blivit dokumenterad i akterna.

Totalt kom inventeringen att omfatta 438 personer.

Kirsebergs stadsdel

Kirsebergs stadsdelsförvaltning omfattar verksamheterna vård- och omsorg, individ- och familjeomsorg samt barn och unga.

Barn och unga består av förskola, skola, bibliotek och fritidsgårdsverksamhet. Stöd till vuxna personer med psykisk ohälsa sker inom vård- och omsorg och individ- och familjeomsorgen.

Vård- och omsorg ansvarar för målgruppen personer med psykiska funktionshinder och individ- och familjeomsorgen för en bredare målgrupp – personer med psykisk ohälsa och personer med psykiska funktionshinder och missbruk.

Ibland krävs gemensamma insatser från både vård- och omsorg och individ- och familjeomsorgen.

Individ- och familjeomsorgen består av följande enheter:

Enheten för Ekonomiskt bistånd – försörjningsstöd, introduktion av nyanlända flyktingar och invandrare. I snitt var ca 397 hushåll aktuella för försörjningsstöd och 41 hushåll för introduktion vid inventeringen.

Enheten för Övrigt bistånd med följande grupper:

Boendegruppen – beviljar bistånd till olika former av dygnsboenden för hemlösa män och kvinnor enligt socialtjänstlagen, fördelar övergångslägenheter, 70 stycken, stödjande insatser till personer som fått en övergångslägenhet, uppföljning samt viss uppsökande verksamhet avseende hemlösa personer. Insatser för att förebygga avhysningar.

Vuxengruppen – ansvarar för personer med missbruk och i viss mån för personer med annan psykisk ohälsa.

Barn- och familjegruppen – ansvarar för barn, ungdomar och deras familjer.

Kirsebergsgruppen – öppenvårdsinsatser för barn och unga samt deras föräldrar.

Stadsdelsförvaltningen ansvarar för fyra träffpunkter:

Träffpunkt Hörnan – öppen verksamhet för personer som behöver socialt stöd, ensamma och isolerade. Många besökare lider av psykisk ohälsa. IOF

Träffpunkt Segevång – öppen verksamhet som främst riktar sig till personer som bor på Segevångsområdet. IOF

Träffpunkt Värnan – öppen verksamhet för främst bostadslösa och/eller personer med missbruk. Några av besökarna har både missbruk och psykiska funktionshinder. IOF

Mötesplats Kirseberg (servicecentrat) – öppen verksamhet med sociala aktiviteter, restaurang, hårfrisörska, fotvård m.m. Ingår också strukturerad dagverksamhet för personer med demenssjukdom. VoO

Vård- och omsorg består av följande verksamheter:

Myndighetsenheten – hemvårds- och LSS-inspektörer. Utreder, bedömer och följer upp ansökningar om bistånd enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionshinder eller annan somatisk sjukdom samt beviljar insatser enligt LSS-lagen.

Vårdboenden, 5 stycken.

Korttidsenheter, 4 stycken. Kirsebergshemmet. Korttidsplatser för demenssjuka och somatik.

Kommunal rehabiliteringsavdelning (KRA).

LSS-boenden – tio stycken varav två riktar sig till personer med psykiska funktionshinder (insats enligt LSS-lagen personkrets 3).

Hemvård – hemtjänst och hemsjukvård. I hemvården ingår Bostöds- teamet, 4 personer, som arbetar enbart med målgruppen personer med psykiska funktionshinder. De arbetar i snitt med 22 personer.

Mötesplats Kirseberg – verksamhet för äldre personer – restaurang, aktiviteter, dagverksamhet för dementa.

Arbets- och utvecklingscentra, AUC, Kirseberg

AUC arbetar med insatser för långtidsarbetslösa personer. Samverkan sker med försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Flertalet är aktuella hos IOF. AUC ingick ej i vår räkning.

Tillvägagångssätt:

Respektive arbetsledare har delat ut enkäten till socialsekreterare och inspektörer som var och en har fyllt i enkäten på sina klienter/ brukare.

Totalt omfattade inventeringen 318 personer.

Statistiska metoder

För den statistiska bearbetningen har använts statistikprogrammet SSPS. De avidentifierade uppgifterna har kodats och endast deskriptiva data redovisas i denna rapport.

Resultat

Fördelning på olika grupper med psykisk ohälsa

Antalet inventerade personer med förekomst av psykisk ohälsa ligger på samma nivå i de båda stadsdelarna, 37 respektive 36 per 1 000 invånare 19–64 år. De båda stadsdelarna uppvisar däremot stora skillnader mellan de olika grupperna psykisk ohälsa. Psykiskt funktionshinder är dubbelt så många i Kirseberg som i Rosengård medan vid övrig psykisk ohälsa är förhållandet det omvända. Missbruk och psykisk utvecklingsstörning är båda vanligare i Kirseberg.

Av tabellen framgår även att det föreligger tydliga könsskillnader. Totalt sett är insatser för psykisk ohälsa vanligare hos män än hos kvinnor. Detta gäller missbruk av alkohol och narkotika men också psykisk utvecklingsstörning. Däremot är gruppen övrig psykisk ohälsa jämnt fördelad mellan könen.

Tabell 4 Inventerade personer fördelade på olika grupper med psykisk ohälsa och kön, totalt antal och per 1 000 inv 19–64 år.

	Rosengård				Kirseberg			
	Män	Kv	Totalt	Per 1000 inv	Män	Kv	Totalt	Per 1000 inv
Ps funktionshinder	37	37	74	5	53	37	90	10
Övrig psykisk ohälsa	128	133	261	22	57	59	116	13
Missbruk – alkohol	15	0	15	1	17	3	20	2
– narkotika	2	7	21	5	26	3		
– blandmissbruk	5	3	8	1	6	2	8	1
Ps utvecklingsstörning	33	20	53	5	35	23	58	7
Totalt	238	200	438	37	189	129	318	36

Vid inventeringen skedde en fördelning på olika åldersgrupper. Andelen i den yngsta åldersgruppen 19–25 år är relativt liten – 8 % i Rosengård och 14 % i Kirseberg. Motsvarande andelar i åldersgruppen 26–40 år är 26 respektive 30 %. Den äldsta åldersgruppen 41–64 år dominerar med 66 % i Rosengård och 57 % i Kirseberg.

Fördelningen ser tämligen likartad ut inom de olika grupperna

med psykisk ohälsa med två undantag: missbruk av narkotika och psykisk utvecklingsstörning där det föreligger en viss förskjutning mot de yngre åldersgrupperna.

Geografisk bakgrund vid de olika grupperna psykisk ohälsa

I Tabellerna 5 och 6 redovisas för hur personer med olika grupper psykisk ohälsa fördelas utifrån vilket geografiskt område de har sin bakgrund. Utifrån det totala antalet personer med psykisk ohälsa och sociala insatser utgör i Rosengård antalet personer med icke svensk bakgrund totalt 351 personer motsvarande 83 % av samtliga. Detta motsvarar nästan exakt de 84 % som dessa personer utgör av den aktuella åldersgruppen 19–64 år. (Se Tabell 2.)

Fördelningen mellan olika grupper av psykisk ohälsa skiljer sig emellertid kraftigt. Personer med svensk bakgrund är överrepresenterade vad gäller psykiskt funktionshinder, missbruk och psykisk utvecklingsstörning. Övrig psykisk ohälsa däremot är kraftigt överrepresenterad bland personer med icke svensk bakgrund, med undantag för personer från övriga Västeuropa.

Tabell 5: Antal personer med psykisk ohälsa fördelade efter geografisk bakgrund, Rosengård.

	Sverige	Väst-europa	Öst-europa	Mellan-östern	Afrika	Sydost-asien	Latin-amerika	Totalt
Ps funkt.hinder	19	2	25	18	5	5	0	74
Missbruk	23	1	15	8	0	3	0	50
Ps utv.störning	27	1	14	9	0	1	1	53
Övrig ps ohälsa	12	1	115	110	9	13	1	261
Totalt	81	5	169	145	14	22	2	438

I Kirseberg är fördelningen av totala antalet personer med psykisk ohälsa och sociala insatser likartad den i Rosengård. 33 % av åldersgruppen 19–64 år har utländsk bakgrund. De 90 personer som ingår i inventeringen utgör 30 % av samtliga som fått sociala insatser.

Fördelningen mellan olika grupper psykisk ohälsa skiljer sig även här på ett likartat sätt som i Rosengård med överrepresentation för personer med svensk bakgrund vid missbruk och psykisk utvecklingsstörning. Övrig psykisk ohälsa är överrepresenterad för personer från Östeuropa och Mellanöstern.

Tabell 6: Antal personer med psykisk ohälsa fördelat efter geografisk bakgrund, Kirseberg.

	Sverige	Väst- europa	Öst- europa	Mellan- östern	Afrika	Sydost- asien	Latin- amerika	Totalt
Ps funkt.hinder	59	4	19	6	0	0	2	90
Missbruk	48	0	3	3	0	0	0	54
Ps utv.störning	51	1	2	1	0	1	2	58
Övrig ps.ohälsa	52	10	19	31	1	2	1	116
Totalt	210	15	43	41	1	3	5	318

Insatser vid psykisk utvecklingsstörning

Personer med psykiskt funktionshinder avviker från övriga grupper psykisk ohälsa i inventeringen. De utgör en väldefinierad handikappgrupp. Insatserna sker inom ramen för LSS där gruppen tillhör persongrupp 1. Beslut om LSS-insatser sker efter en omfattande utredning, där funktionshindret tydligt fastställs. Det innebär att för denna grupp finns också den bakomliggande orsaken till insatserna klarlagd.

Personer med psykiska funktionshinder har ofta förutom detta också olika psykiatriska symtom. Det finns en gråzon mot neuropsykiatriska störningar, som den psykiatriska vården ansvarar för. Det är vanligt att personer med psykisk utvecklingsstörning behandlas med psykofarmaka. Från vårdområdet har ofta aktualiserats icke tillgodosedda behov av stödinsatser från psykiatrins sida.

I Tabell 7 redovisas för sociala insatser för personer med psykisk utvecklingsstörning. Andelen i LSS-boende är större i Kirseberg och personlig assistent förekommer endast i Rosengård.

Tabell 7: Personer med psykisk utvecklingsstörning med fördelning av sociala insatser.

	Rosengård	Kirseberg
Totalt antal inskrivna LSS	53	56
Inskrivna per 1 000	5	7
LSS-boende	22	39
Daglig verksamhet	45	36
Hemtjänst	2	0
Hemsjukvård	3	1
Kontaktperson	15	19
Ledsagarservice	10	12
Personlig assistent	6	0
Känd behandling psykiatri	6	1
Konsultstöd psykiatri	3	2
Känd behandling primärvård	1	2
Konsultstöd primärvård	7	38

Utöver vad som redovisas i tabell 6 förekommer enstaka personer med familjestöd samt försörjningsstöd. Den helt övervägande delen har varit inskriven enligt LSS i mer än ett år.

I inventeringen efterfrågades om socialtjänsten har kännedom om de inventerade personerna har behandlingskontakt inom psykiatri respektive primärvården. I Rosengård finns kännedom om att sex av de inventerade också behandlas inom psykiatri och en i primärvård. I Kirseberg hade man kännedom om en inom psykiatri och två inom primärvård.

Det efterfrågades även om psykiatri och primärvård svarar för direkta konsultinsatser för de inventerade personerna. I Rosengård svarar psykiatri för tre konsultinsatser och Kirseberg för två konsultinsatser. Primärvården däremot deltar i princip med konsultinsatser för samtliga som har ett LSS-boende i Kirseberg. I Rosengård är motsvarande antal 7.

I Rosengård bedömdes 11 av de inventerade, förutom utvecklingsstörningen, också ha ett psykiskt funktionshinder hos 8 personer och ”annan psykisk ohälsa” hos 3. I Kirseberg var motsvarande 2 med missbruk och 3 med ”annan psykisk ohälsa”.

Insatser vid psykiska funktionshinder

Som framgår av Tabell 8 förekommer en stor mångfald insatser vid psykiska funktionshinder. I relation till antalet invånare 19–64 år är antalet personer med psykiskt funktionshinder dubbelt så många i Kirseberg som i Rosengård. I bedömningen av denna skillnad måste beaktas att Rosengård saknar platser för LSS-boende medan sådana däremot förekommer i Kirseberg. Insatser enligt LSS är strikt kopplade till att det föreligger ett psykiskt funktionshinder som ger upphov till behov. Detsamma gäller också vid insatser enligt SoL gällande boendet. Den större andel som erhåller försörjningsstöd i Rosengård kan vara relaterat till att försörjning t ex genom försäkringskassan saknas hos boende i denna stadsdel. I Rosengård ingår i denna grupp 3 personer som också har ett missbruk. I Kirseberg utgör denna grupp 23 personer.

Tabell 8: Insatser för personer med psykiska funktionshinder.

	Rosengård	Kirseberg
Totalt antal	74	90
Antal per 1 000 inv	5	10
Inskrivna LSS	20	34
LSS-boende	4	26
Dygnsboende	6	7
Boende SoL	2	8
Boendestöd	25	26
Dagverksamhet	5	1
Hemtjänst	7	4
Hemsjukvård	8	1
Öppenvård missbruk	0	7
Familjestöd	6	1
Försörjningsstöd	42	24
Sysselsättning	5	7
Rehabilitering	1	4
Ledsagarservice	3	5
Kontaktperson	1	4
Personlig assistent	5	0
Känd behandling psykiatri	38	67
Konsultstöd från psykiatri	8	66
Känd behandling primärvård	4	4
Konsultstöd från primärvård	3	4

Insatsernas längd omfattar i det stora flertalet fall minst ett år.

Utöver ovan redovisade insatser som bygger på beslut om bistånd i varje enskilt fall bedrivs öppen verksamhet vid träffpunkter. Besökarna vid träffpunkterna är till största delen personer med psykiska funktionshinder och med psykotisk sjukdom. I Rosengård besöks träffpunkten dagligen av 6–8 personer. Vid inventering av besökarna under en vecka besökte 10 män och 7 kvinnor träffpunkten. Förutom några med svensk bakgrund hade huvuddelen av besökarna östeuropeisk bakgrund. I Kirseberg bedrivs motsvarande öppna verksamhet vid fyra träffpunkter.

Kännedom om att de inventerade personerna behandlas inom psykiatri är betydligt vanligare i Kirseberg, där konsultstöd ges till två tredjedelar av denna grupp. Kunskap om att behandling sker inom primärvården begränsas till endast enstaka personer. Detsamma gäller konsultstöd från primärvården.

Insatser vid missbruk

Av tabell 4 framgår antalet personer med insatser vid missbruk och med fördelning på missbruk av alkohol, narkotika eller blandmissbruk. I Rosengård ingår totalt 50 personer i denna grupp varav 80 % är män. I Kirseberg utgör de totalt 54 personer varav 81 % är män.

Ungefär hälften av personerna missbrukar narkotika. Utöver dessa finns ett antal personer som förutom ett psykiskt funktionshinder eller ”övrig psykisk ohälsa” dessutom har ett dokumenterat missbruk. Det är denna grupp som brukar benämnas ”dubbeldiagnoser”.

I Rosengård omfattar denna grupp 7 personer medan de i Kirseberg utgör hela 49 personer. Sammantaget har i Rosengård inventerats 57 personer och i Kirseberg 103 personer med missbruk, vilket motsvarar 5 respektive 12 per 1 000 invånare i åldersgruppen 19–64.

I följande tabell 9 redovisas för de sociala insatser som personer med missbruk erhöll vid inventeringen. Mer än hälften i denna grupp får försörjningsstöd. Det finns en tydlig skillnad mellan de båda stadsdelarna. Det är fler i Kirseberg som erhåller öppenvårdsbehandling för sitt missbruk och fler får sysselsättning och rehabilitering.

Gemensamma insatser med psykiatri och primärvård är betydligt vanligare i Kirseberg.

Tabell 9: Insatser för personer med missbruk.

	Rosengård	Kirseberg
Totalt antal personer	57	103
Inskrivna LSS gr	2	4
Boende LSS	1	3
Dygnsboende	9	16
HVB	6	3
SIS-institution	1	0
Boende SoL	4	0
Boendestöd	8	21
Öppenvård missbrukare	6	51
Dagverksamhet	0	3
Hemtjänst	1	4
Familjestöd	8	2
Försörjningsstöd	38	76
Sysselsättning	3	15
Rehabilitering	3	12
Ledsagarservice	0	1
Känd behandling psykiatri	4	29
Konsultstöd från psykiatri	0	17
Känd behandling primärvård	1	16
Konsultstöd från primärvård	0	4

Insatser vid "övrig psykisk ohälsa"

Gruppen "övrig psykisk ohälsa" är nästan dubbelt så stor per 1 000 invånare i Rosengård som i Kirseberg, 22 jämfört med 13. Av tabell 10 framgår olika insatser inom denna grupp. Den andel som erhåller boendestöd, sysselsättning och rehabilitering är större i Kirseberg. Även inom denna grupp är andelen som erhåller insatser från psykiatri och primärvård större i Kirseberg än i Rosengård.

Inom denna grupp ingår ett antal personer som också har missbruk och därigenom kan hänföras till kategorin "dubbeldiagnoser". I Rosengård utgör dessa 5 personer och i Kirseberg ingår 27 personer.

Tabell 10: Insatser vid ”övrig psykisk ohälsa”.

	Rosengård	Kirseberg
Totalt antal personer	261	116
Inskriven LSS gr 3	1	0
Dygnsboende	3	3
HVB	2	1
Boende SoL	0	1
Boendestöd	7	20
Öppenvård missbruk	2	7
Dagverksamhet	2	5
Hemtjänst	7	5
Hemsjukvård	1	0
Familjestöd	12	2
Försörjningsstöd	202	76
Sysselsättning	66	37
Rehabilitering	42	22
Introduktionsersättning	42	18
Ledsagarservice	2	2
PTSD-behandling	46	30
Känd behandling psykiatri	47	59
Konsultstöd från psykiatri	2	35
Känd behandling primärvård	17	25
Konsultstöd från primärvård	1	9

Antalet personer som erhåller särskilda insatser vid PTSD är betydande i båda stadsdelarna.

PTSD-tillstånden är genomgående klassificerade inom denna grupp. Undantag utgör en person som därutöver är bedömd för missbruk av alkohol, och en person bedömd för att ha ett psykiskt funktionshinder. Totalt omfattar gruppen med PTSD 77 personer och dessa beskrivs närmare i det följande.

Två tredjedelar har sin bakgrund i Mellanöstern inkl Nordafrika och en tredjedel i Östeuropa.

Enda undantagen utgör en person med svensk bakgrund och två från Syd- och Ostasien. Gruppen omfattar 43 män och 34 kvinnor. Fördelningen är jämn mellan åldersgruppen 26–40 år och 41–64 år. Endast två personer ingår i den yngsta gruppen 19–25 år.

I Tabell 11 redovisas för olika insatser hos denna grupp. Behandling och rehabilitering sker i stor utsträckning genom Röda Korsets försorg, även om psykiatrin svarar för dessa insatser. I Rosengårds stadsdel drivs vidare ett eget projekt för rehabilitering hos denna grupp. Från Kirseberg deltar ett antal personer i ett kommungemensamt projekt kring denna målgrupp.

I praktiken är samtliga tillhörande denna grupp beroende av försörjningsstöd eller introduktionsersättning.

Tabell 11: Insatser för personer med PTSD.

	Rosengård	Kirseberg
Totalt antal	47	30
Sysselsättning	44	7
Rehabilitering	36	17
Försörjningsstöd	2	12
Introduktionsersättning	4	17
Känd behandling psykiatri	7	16
Känd behandling primärvård	0	4
Konsultstöd psykiatri	0	2
Konsultstöd primärvård	0	0

Insatser för personer med olika geografisk bakgrund

Boende med olika geografisk bakgrund erhåller som framgår av ovanstående avsnitt sociala insatser som skiljer sig mellan grupperna. Många av dessa skillnader kan hänföras till den livssituation som ett flyktingskap innebär. Introduktionsersättning är t ex förbehållet personer från annat land. Erfarenheter som leder till PTSD är en av de grundläggande orsakerna till inflyttning till Sverige. Det är därför naturligt att dessa återfinns bland invandrare. I följande tabeller analyseras förhållandena på hela befolkningen i Rosengård och Kirseberg tillsammans.

I Tabell 12 redovisas förekomsten av de olika grupperna psykisk ohälsa utifrån vilket geografiskt område de boende har sin bakgrund. Förekomsten anges i procentuella andelar som kan jämföras med andelen i hela befolkningen. Fördelningen av alla sociala insatser sammanslaget motsvarar relativt väl fördelningen av hela befolkningen, med undantag av övriga inom vilken gruppen från Väst-europa totalt sett har få sociala insatser.

Personer med svensk bakgrund är överrepresenterade vid psykiska funktionshinder och nära dubbla andelen vid utvecklingsstörning och missbruk och är underrepresenterad vid övrig psykisk ohälsa. Östeuropa och Mellanöstern är underrepresenterad vid utvecklingsstörning och missbruk samt överrepresenterad vid övrig psykisk ohälsa. Mellanöstern har vidare låg andel personer med psykiska funktionshinder.

Tabell 12: Förekomst olika grupper psykisk ohälsa utifrån geografisk bakgrund, andelar i %.

	Sverige	Östeuropa	Mellanöstern	Övriga	Totalantal
Andel personer 19 -64 år					
av hela befolkningen	39	23	24	14	20 510
av sociala insatser	38	28	25	9	756
- psykiska funktionshinder	48	27	15	11	164
- utvecklingsstörning	70	14	9	6	111
- missbruk	68	17	11	4	104
- ”övrig psykisk ohälsa”	17	36	37	10	377

I Tabell 13 redovisas för andelen insatser med fördelning utifrån bakgrund i olika geografiska områden. Utifrån andelen av hela befolkningen är svensk bakgrund överrepresenterad i LSS såväl personkrets 1 som personkrets 3 och i boende enligt LSS samt dygnsboende, boendestöd, öppenvård missbrukare samt dagverksamhet. Personer från Östeuropa är underrepresenterade i samtliga dessa insatser utom LSS gr 3 och i dagverksamhet. Mellanöstern är mer uttalat underrepresenterad i samtliga utom dygnsboende.

Försörjningsstöd och introduktionsersättning sammantaget innebär en kraftig överrepresentation för Östeuropa och Mellanöstern och underrepresentation för Sverige.

Den höga andelen rehabilitering för Mellanöstern är kopplad till förekomst av PTSD, som har sin största andel från detta område.

Känd behandling inom psykiatri och primärvård liksom konsultinsatser från dessa är överrepresenterade hos personer från Sverige med motsvarande underrepresentation från Östeuropa och särskilt Mellanöstern.

Tabell 13: Insatser för personer med olika geografisk bakgrund, fördelning andelar i %.

	Sverige	Östeuropa	Mellanöstern	Övriga	Totalantal personer 19–64 år
Andel					
Av hela befolkningen	39	23	24	14	20 510
LSS gr 1	70	15	9	7	109
LSS gr 3	63	24	6	7	54
Boende					
– LSS	80	8	3	9	91
– Dygnsboende	50	14	25	11	36
Boendestöd	61	13	14	11	97
Öppenvård					
missbrukare	79	9	11	2	57
Dagverksamhet	53	28	13	5	47
Försörjningsstöd	24	37	29	10	427
Sysselsättning	44	22	26	7	174
Rehabilitering	23	19	48	10	91
Introduktionsersättning	0	18	75	7	61
Känd behandling psykiatri	40	25	21	14	226
Känd behandling primärvård	48	20	19	13	64
Konsultinsatser psykiatri	57	16	9	18	116
Konsultinsatser primärvård	80	5	3	13	64
PTSD	1	31	65	3	77

Psykiatrisk vårdkonsumtion under 2006

Utgångspunkten för projektet är konstaterandet att befolkningen i Rosengårds stadsdel utnyttjar den psykiatriska vården i mindre utsträckning än övriga stadsdelar i Malmö relaterat till en bedömning av behov. Dessa data är från 2004 och i jämförelsen mellan Kirsebergs och Rosengårds stadsdelar är det av intresse att se om detta kan bekräftas utifrån en analys om förhållandena under 2006. De bedömda behoven hos befolkningen i Kirseberg motsvarar behovsbedömningen av hela Malmös befolkning medan bedömningen av befolkningen i Rosengård överstiger denna med ca 60 %. I det följande redovisas data rörande slutenvård och öppenvård beräknat per 1 000 invånare i åldersgruppen 19–64 år.

Tabell 14: Psykiatrisk slutenvård per 1 000 inv 19–64 år 2006.

	Kirseberg Vårdtillfällen	Vårdtagare	Rosengård Vårdtillfällen	Vårdtagare
Psykiatrisk verksamhet				
Alkoholklirik	9	66	4	18
Akutklirik	9	62	9	34
Allmänpsykiatri	3	101	4	104
Psykosklirik	2	58	4	88
Totalt UMAS	23	287	21	244

Befolkningen i Rosengård erhåller något mindre slutenvård än den i Kirseberg. Med hänsyn till de större behoven i Rosengård borde de istället har utnyttjat betydligt mer slutenvård. Det låga utnyttjandet av alkoholklirik i Rosengård stämmer väl överens med skillnaderna vad gäller sociala insatser vid missbruk.

Tabell 15: Psykiatrisk öppenvård per 1 000 inv 19–64 år läkarbesök 2006.

Psykiatrisk verksamhet	Kirseberg	Rosengård
Alkoholklirik	61	21
Akutklirik	29	32
Allmänpsykiatri	67	54
Psykosklirik	27	23
UMAS totalt	184	130
Övriga Skånes offentliga psykiatri	12	9
Privata psykiaterbesök	98	83
Totalt inklusive privata besök	294	222

Antalet öppenvårdsbesök hos läkare inom psykiatrin bekräftar bilden av ett lägre vårdutnyttjande i Rosengård, totalt ca 25 % lägre medan det utifrån skilda behov istället borde vara avsevärt högre i Rosengård. Antalet privata läkarbesök har ökat kraftigt i Rosengård under de två senaste åren vilket helt kan relateras till tillkomsten av den privata psykiatrimottagning som särskilt skall rikta sig till denna stadsdel. De svarade under 2006 för 590 besök hos psykiater från Rosengård.

Tabell 16: Antal individer i kontakt med psykiatrin per 1 000 inv 19–64 år, 2006.

Psykiatrisk verksamhet	Kirseberg	Rosengård
Sluten vård	11	8
Läkarbesök		
– UMAS	51	45
– övriga Skåne	1	1
– inkl privata läkarbesök	72	53
Besök övriga personalkategorier	4	32

Fördelningen på antal individer per 1 000 inv bekräftar att befolkningen i Rosengård utnyttjar psykiatrin i lägre omfattning än befolkningen i Kirseberg, trots att det utifrån behovsbedömningen borde vara tvärtom.

Diskussion

Metodik

En svaghet i metodiken är att den är genomförd med avidentifierade personuppgifter. Det går inte att gå tillbaka och granska bakomliggande dokumentation. Det går heller inte att på individnivå studera förekomst av vård inom psykiatri och primärvård.

Resultaten bedöms ändå att på ett tillfredsställande sätt ge en uppfattning om antalet berörda individer och vilka sociala insatser dessa erhållit. Avgränsningen av gruppen psykiskt utvecklingsstörda är helt entydig. Den gruppen omfattar samtliga i respektive stadsdel som är inskrivna enligt LSS med tillhörighet till personkrets 1.

Även gruppen psykiskt funktionshindrade bedöms ha identifierats på ett enhetligt sätt. Samtliga som är inskrivna enligt LSS med tillhörighet till personkrets 3 ingår. Även de som har insatser enligt SoL har i dessa fall som motiv till insatserna förekomst av psykiskt funktionshinder. I båda stadsdelarna kan i okänd utsträckning dock finnas personer med sådana funktionshinder som borde berättiga till socialt stöd, men jämförelsen i denna studie är inriktad på de insatser som faktiskt ges.

Personer med missbruk är också enhetligt identifierade vid inventeringen – de biståndsbeslut som bygger på behovsinsatser relaterade till missbruk ingår i inventeringen. Denna grupp personer har i många fall, antingen som en orsak till missbruket eller som en komplikation, förekomst av samtidig psykisk ohälsa. I de fall denna är av karaktären psykiskt funktionshinder, som också föranleder sociala insatser, bedöms de i flertalet fall vara identifierade. I de fall det rör sig om ”övrig psykisk ohälsa” bedöms det däremot föreligga betydande gränsdragningsproblematik. Den kan bestå i att insatserna fokuseras enbart på missbruket så att de andra faktorerna inte blir upptäckta. Det kan också vara så att sociala insatser erhålles utan att vare sig missbruket eller den psykiska ohälsan identifieras. I många fall torde dessa problem begränsas till delproblem i en social problematik dominerad av andra faktorer. Det redovisade antalet personer torde emellertid sammantaget få ses som minimalt.

Motsvarande problematik gäller för gruppen ”övrig psykisk ohälsa”. Till denna grupp förs allt från tillfälliga psykiska kriser, depressioner, övergående psykos och stressrelaterade sjukdomstillstånd som PTSD. I många av dessa fall utgör den psykiska ohälsan en delfaktor till annan social problematik som motiverar sociala insatser. Vad som är orsaken till insatsen kan därför vara svårt att avgöra. Många gånger utgör den psykiska ohälsan en bidragande faktor. Biståndsbesluten saknar ofta hänvisning till den psykiska ohälsan, som heller inte enhetligt dokumenteras. Dess betydelse i det enskilda ärendet är därför svår att värdera. I inventeringen har detta skett genom aktgranskning och deltagande av ansvariga tjänstemän. Sammantaget är bedömningen att det skett en viss underskattning av psykisk ohälsa som bakgrundsfaktor.

Omfattningen av sociala insatser vid psykisk ohälsa

Den andel av befolkningen i åldersgruppen 19–64 år, som erhåller sociala insatser vid psykisk ohälsa, utgör 3,7 % i Rosengård och 3,6 % i Kirseberg. Detta kan jämföras med att andelen personer (åldrarna 19 t o m 64 år) som under 2006 vårdades inom den psykiatriska slutenvården utgjorde 1,1 % i Kirseberg och 0,8 % i Rosengård. Den andel av motsvarande befolkningsgrupp som gjorde öppenvårdsbesök hos psykiater var totalt 7,2 % i Kirseberg och 5,3 %

i Rosengård. I bedömningen av dessa skillnader skall vägas in att uppskattningsvis minst tre fjärdedelar av de psykiatriska patienterna får hela sin behandling inom den psykiatriska organisationen. De sociala insatserna omfattar ett mycket stort antal åtgärder. De vanligaste insatserna rör förutom LSS, boende och boendestöd, försörjningsstöd samt sysselsättning.

Hur ser vårdragarna ut?

Profilen för grupperna som erhåller sociala insatser skiljer sig mellan Rosengård och Kirseberg. Den totala befolkningsandelen med sociala insatser är densamma. Personer med psykiska funktionshinder har dock nästan den dubbla andelen i Rosengård. Detta kan dock till en del förklaras av att LSS-boende i Malmö utgör en kommungemensam resurs. Driftansvaret ligger emellertid på den stadsdel där LSS-boendet ligger. Då Rosengård saknar sådant boende i den egna stadsdelen och den som erhåller sådant boende efter ett år blir folkbokförd i den nya stadsdelen kan omfattningen därav inte beräknas. Detsamma gäller Kirseberg, som har LSS-boenden men där de boende kan ha kommit från andra stadsdelar. Även med korrigering för detta utgör dock denna grupp något färre än i Kirseberg.

Motsvarande problem föreligger vid psykisk utvecklingsstörning, där LSS-boendena också utgör en central resurs. Med hänsyn taget till detta kan knappast några skillnader noteras för denna grupp.

De stora skillnaderna finns i grupperna missbruk och övrig psykisk ohälsa. Inräknat de s k ”dubbeldiagnoserna” är andelen personer med missbruk mer än dubbelt så många i Kirseberg som i Rosengård. Motsvarande skillnad finns bland dem som vårdas vid alkoholkliniken vid UMAS. Missbruket fördelas relativt jämnt mellan alkohol och narkotika och männen dominerar kraftigt i båda stadsdelarna. Insatserna skiljer sig betydligt mellan de två stadsdelarna med fler insatser i Kirseberg. Som exempel erhåller hälften av missbrukarna i Kirseberg särskilt öppenvårdsstöd medan endast en mindre del i Rosengård får detta. Dominerande insats i båda stadsdelarna utgörs av försörjningsstöd.

Vid ”övrig psykisk ohälsa” råder det motsatta förhållandet med dubbelt så stor andel i Rosengård som i Kirseberg. Även här är försörjningsstöd den vanligaste insatsen men även insatser för sysselsättning och rehabilitering är vanligt förekommande. Stöd för PTSD-behandling är en vanlig insats i båda stadsdelarna. Det sker från båda stadsdelarna med hänvisning till Röda Korsets särskilda mottagning för dessa tillstånd. I Rosengård bedrivs dessutom i projektform egna insatser vid detta tillstånd. Omfattningen av behandlingsinsatser vid PTSD inom psykiatri är okänd. En viktig funktion för denna målgrupp utgör IntroRehab som i samband med introduktion för nyanlända invandrare/flyktingar samordnar behandling av PTSD-problematik.

Sammantaget finns en tydlig skillnad mellan stadsdelarna i och med att Rosengård har färre personer som får sociala insatser för missbruk men fler med ”övrig psykisk ohälsa”.

Etnisk bakgrund

Personer med bakgrund utanför Sverige utgör en mycket stor andel av Rosengårds befolkning. I den studerade åldersgruppen är de 84 % mot 33 % i Kirseberg. Den andel personer som får sociala insatser relaterade till psykisk ohälsa motsvarar nästan helt denna fördelning: 83 % respektive 30 %. Fördelningen av insatser mellan olika grupper av psykisk ohälsa skiljer sig dock kraftigt. Personer med svensk bakgrund är överrepresenterade vid missbruk samt vid psykiska funktionshinder och psykisk utvecklingsstörning, även med hänsynstagande till att fördelningen påverkas av att LSS-boendena vid dessa tillstånd är kommundemensamma.

”Övrig psykisk ohälsa” däremot är kraftigt överrepresenterad, särskilt för personer som har sin geografiska bakgrund i Östeuropa och Mellanöstern. En tydlig grupp utgör de som får särskilda insatser för PTSD, varav ca två tredjedelar kommer från Mellanöstern och en tredjedel från Östeuropa. I det närmaste samtliga med PTSD i båda stadsdelarna erhåller försörjningsstöd eller introduktions-ersättning och de får i samma utsträckning tillgång till sysselsättning och rehabilitering.

Samarbete med sjukvården

Genomgående pekar inventeringen på ett betydligt mer utbyggt samarbete mellan socialtjänsten och sjukvården i Kirseberg än i Rosengård. I samtliga grupper psykisk ohälsa känner man i Kirseberg oftare till att vårdtagaren har behandlingskontakt med primärvård och/eller psykiatri.

Ett direkt konsultstöd från psykiatrin till socialtjänsten omfattar mer än två tredjedelar av personer med psykiska funktionshinder i Kirseberg medan det begränsas till ca 10 % i Rosengård. Motsvarande gäller vid missbruk och psykiska funktionshinder med 15 resp 30 % konsultstöd i Kirseberg och praktiskt taget inget i Rosengård. Vid psykisk utvecklingsstörning svarar primärvården för konsultstöd till alla i LSS-boende i Kirseberg medan motsvarande i Rosengård begränsas till några få personer.

Gränsdragning socialtjänst och psykiatri

Den genomförda inventeringen väcker en rad frågor om gränsdragning mellan de båda samhällssektorerna. Ett betydande antal av de inventerade behandlas också inom psykiatrin, som svarar för konsultstöd i ett antal fall. Förmodligen, dock utan att kunna styrkas i inventeringen, finns ett antal personer med psykisk ohälsa som får insatser inom socialtjänsten utan att de är kända inom psykiatrin. I princip samtliga inventerade personer som har behov av sociala insatser har också uppenbart behov av stöd från sjukvårdens sida. Det behöver dock inte alltid vara den specialiserade psykiatrin utan kan också vara från primärvården. Det finns ett behov av att klargöra på ett tydligt sätt hur psykiatri och primärvård skall samverka med socialtjänsten inom de olika målgrupper som kartlagts i denna inventering. Det räcker inte längre med ett allmänt tal om behovet av att samverka utan det behöver organiseras i fasta former över huvudmannaskapet.

Konklusion

En hypotes som bakgrund till denna kartläggning är att ett underutnyttjande av den psykiatriska vården skulle kunna leda till ett ökat utnyttjande av socialtjänstens insatser.

Resultatet av denna kartläggning styrker inte ett sådant förhållande. Omfattningen av de sociala insatserna vid psykisk ohälsa är totalt sett av samma storlek i Rosengårds stadsdel som i Kirsebergs stadsdel, som valts för jämförelse då denna stadsdel i befolkningsstrukturen och sociala förhållanden motsvarar Malmö som helhet.

Resultatet av denna jämförelse tyder på att även de sociala insatserna vid psykisk ohälsa inom Rosengårds stadsdel i likhet med situationen inom psykiatrin är mindre än befolkningens behov. Alternativt är de använda behovsbedömningarna inte anpassade till de behov som kännetecknar den speciella befolkningsstrukturen i Rosengård. Det som emellertid framgår klart av den genomförda inventeringen är att den psykiska ohälsan med de behov den leder till är annorlunda i Rosengård än i Kirseberg och i övriga Malmö. En slutsats av detta skulle kunna vara att även de psykiatriska vårdbehoven är väsentligt annorlunda än i övriga Malmö och skulle behöva mötas med ett till behoven anpassat vårdutbud.

KAPITEL 6

KULTURELLA ASPEKTER AV PSYKISK OHÄLSA

Sara Johnsdotter

Hur skiljer man ”psykisk ohälsa” från andra aspekter av tillvaron? Den enskilda människans upplevelse av tillvaron och av sig själv i denna tillvaro är på ett sätt total till sin natur – en oupplöslig helhet av olika aspekter. När man frågar enskilda personer om hur de ser på ”psykisk ohälsa” är det inte ovanligt att svaret, eller berättelsen, kommer att präglas av en mängd inslag som vid första anblicken inte alls skulle klassificeras som just ”psykisk ohälsa”: fysiska symtom, ekonomiska problem, sociala svårigheter, oönskad barnlöshet, isolering, en våldsam make, sömnsvårigheter... Även om alla dessa aspekter inte riktigt passar in vår västerländska klassifikation av psykisk ohälsa skulle man knappast kunna påstå att dessa aspekter inte har med psykisk hälsa att göra.

Trots denna begränsning görs här ett försök att hantera ämnet som om det vore klart avskiljbart från andra dimensioner av tillvaron. I det här kapitlet kommer jag att diskutera kulturella aspekter av psykisk ohälsa, med utgångspunkt i intervjumaterialet från studien i Rosengård, men också i relation till befintlig forskning inom medicinsk antropologi. Det jag väljer att lyfta fram är den kulturella variationen i vårt sätt att förstå och hantera ”psykisk ohälsa”. Särskilt fokus kommer att ligga på exempel från intervjuer med Rosengårdsboende med bakgrund i Somalia. Framställningen kompletteras av de intervjuer jag gjort med personer med bakgrund i Bosnien.

Några risker med att lyfta fram "kultur"

Ett kulturinriktat perspektiv behövs för att vi ska förstå skillnader. Utan ett begrepp som "kultur" kan vi inte förstå att vissa handlingsmönster är vanligare i vissa grupper än i andra. Den medicinska antropologen Daniel Moerman har beskrivit det så här:

I olika delar av världen så vet människor olika saker; de upplever världen med ett annat språk, har en annan historia och andra sociala institutioner, andra sedvänjor, så att när vi jämför en plats med en annan, så finner vi betydande skillnader i de mönster av betydelser som vävs av dessa olika trådar. Det betyder inte att alla kineser är likadana, eller att alla navajoindianer, eller alla amerikaner, ser på världen på ett och samma vis. Men det finns dramatiska skillnader i de tankemönster, inom vilka individualitet, skillnader och aktörsskap formas (Moerman 2002:72, min övers från engelska).

Det finns en del fallgropar när man diskuterar "kultur" och kulturell variation. Några av dessa kommer att diskuteras nedan.

"Sådana är somalierna"

Om man lyfter fram citat från intervjuer med personer med somalisk bakgrund så finns alltid risken att en del läsare uppfattar påståendena som att man gör kategoriska uttalanden om hur en grupp "är": "sådana är somalierna" eller "sådana är araberna". Vissa strategier är vanligare bland somalier än bland svenskar i situationer som präglas av ohälsa: t ex koranläsning. Detta påstående ska emellertid inte tolkas som att alla somalier skulle välja att läsa koranen i en viss situation, eller att det ens är möjligt att avgöra vilka som ska räknas till gruppen "somalier". För att motverka en sådan tolkning vill jag framhålla att variationen inom en kulturell grupp är enorm: vad gäller utbildningsnivå, grad av integration, migrationshistoria och alla andra faktorer som spelar in och gör människor till just individer med sin egen unika personliga historia.

Kulturella tankegångar och handlingsmönster är föränderliga

En annan risk med att lyfta fram kulturella skillnader är att det kan framstå som att kulturspecifika tankegångar och handlingsmönster är statiska: att de utgör ett kulturellt ”bagage” som invandrare har med sig till Sverige och som står fritt från förändring. I själva verket är våra strategier ständigt föränderliga. En människas referensramar omfattar alla möjliga influenser från barndom till nutid. En och samma intervju kan präglas av berättelser kring traditionella förhållningssätt till psykisk ohälsa (de första intrycken kan komma från tidig barndom), jämsides med berättelser kring den otrygghet som skapats som ett resultat av de oroligheter som ägde rum i Rosengård i april 2007 – ett återkommande tema i de intervjuer som utförts efter dessa incidenter. En kvinna i 40-årsåldern med bosnisk bakgrund menade att bästa sättet att få de boende att må psykiskt bättre där skulle vara att flytta därifrån (översatt av tolk): ”Varje dag händer det något. Igår var det bränder. Det är katastrof här. Det är något slags anarki som råder, dom kan inte kontrollera det. Man känner sig inte trygg när man går ut, man vet inte om dom har vapen med sig.” Boendesituationen beskrevs som extremt otrygg, men beskrivningen kan ha påverkats av att intervjun gjordes under en av de dagar som delar av Rosengård härjades av bränder och vandalisering.

Våra strategier för att hantera svårigheter i tillvaron anpassas efter nya omständigheter och livsvillkor – våra referensramar när vi ska hantera en fråga som ”psykisk ohälsa” är därmed under ständig förändring.

”De gör så här för att det är deras kultur”

När man diskuterar kulturella skillnader är det också lätt att göra misstaget att tro att ”kultur” kan förklara något – men med hjälp av kulturbegreppet kan man bara resonera kring hur människor gör, inte att de gör det de gör. För att återgå till exemplet med att koranläsning är en vanlig strategi bland somalier för att bemöta ohälsa: med kulturbegreppet kan vi resonera kring att ett sådant förfarande är vanligare bland somalier än bland svenskar. Men de som läser koranen i den här situationen gör det inte ”för att det är deras

kultur”, de gör det för att hjälpa någon att må bättre, för att stärka den sjuke och motverka sjukdomens kraft. ”Kultur” har alltså inget förklaringsvärde i sig, det motiverar inte handlingar; det kan bara användas för att förstå skillnader.

Ett fokus på kulturella skillnader fungerar exotiserande

En mer allmän risk med att lyfta fram kulturspecifika sätt att hantera ”psykisk ohälsa” är att framställningen kan komma att fungera exotiserande och förstärka en vi-och-dom-bild. I alla de avseenden där intervjupersonerna tänker, resonerar och beskriver ett handlingsmönster som överensstämmer med intervjuarens egna är det (i ett kapitel med fokus på ”kultur”) inte lika intressant att lyfta fram exempel som visar på likheter. De flesta intervjupersonerna har talat mycket vardagligt om vad de uppfattar att psykisk ohälsa handlar om: nedstämdhet, oro, ångest och liknande välkända begrepp. I stort sett alla har också lyft fram mycket pragmatiska sätt att hantera situationer av psykisk ohälsa inom familjen: man hanterar det så och så, och i den och den situationen vänder man sig till vården. Det är just avvikelserna, eller skillnaderna, som är teoretiskt intressanta. Eftersom vi har gjort kvalitativa intervjuer med ett begränsat antal boende i Rosengård – och inte valt ut ”statistiskt representativa” intervjupersoner (en omöjlighet och inget som eftersträvas i en kvalitativ studie) – så finns det inte någon möjlighet att dra några allmänna slutsatser av det samlade intervjumaterialet. Vi kan inte dra några slutsatser av typen ”så ser man på psykisk ohälsa som boende i Rosengård” eller ”som somalier” eller ”arabisk medelålders kvinna”. Däremot är det möjligt att lyfta fram det oväntade, eller det som avviker från den gängse bilden. Då inte för att generalisera, utan just för att det är teoretiskt intressant. Det spelar ingen roll om berättelsen om hur man träffas för att driva ut andar hos en (psykiskt sjuk) person förekommer i en eller fem intervjuer: det räcker med en enda intervju för att vi ska veta att det förekommer. Hur många som sedan berättar om det är ju mest en slump (vi intervjuar ju inte så många hundra att vi kan räkna bort slumpen).

Ett fokus på det ”avvikande” och annorlunda kan också försvaras av andra skäl. I en kvalitativ studie från Canada ville man undersöka varför icke-europeiska invandrare tenderade att inte söka sig

till psykiatrin i samma utsträckning som den övriga befolkningen (Whitlet et al 2006). De identifierade några grundorsaker: informanterna, invandrare från Västindien, upplevde läkarna de mötte som alltför ivriga att behandla med medicinering; de uppfattade att läkarna var nedlåtande och ovilliga att låta besök ta tid; och slutligen var det många som ansåg att det fanns läkande krafter utanför det biomedicinska fältet, företrädesvis i en gudstro, men också hos en del en tro på traditionell folkmedicin.

Man kan konstatera att dessa mer oväntade tankesätt och handlingsmönster utmanar vårdinstitutionerna i Sverige – också för att det som är annorlunda än det gängse sättet att se på psykisk ohälsa utmanar våra egna kulturspecifika föreställningar på området. På så sätt kan intervjupersonernas syn på saken fungera som kulturell kritik (Marcus & Fischer 1986). Genom intervjupersonernas berättelser kan vi se kritiskt på våra egna föreställningar, som vi har en tendens att uppfatta som ”naturliga” och ”normala”, och inse att de också är tids- och kulturbundna. Relevanta frågor kommer upp till ytan, som exempelvis: ”Är det självklart att det är psykiatrin som ska ta hand om en människa i livskris?”, ”Kan vi alltid och enkelt skilja ut just psykisk ohälsa från andra svårigheter i livet, som arbetslöshet, ekonomisk utsatthet eller social sårbarhet?” eller ”Hur självklar är uppdelningen mellan det fysiska och det psykiska?”.

‘Framskriden’ eller ‘efterbliven’?

I vår mer folkliga syn på världen har vi en tendens att uppfatta vår egen världsbild som den mest lämpliga, rationella och högst utvecklade (ofta kallat etnocentrism). Det utgångsläget gör det lätt att uppfatta andra kulturspecifika sätt att hantera psykisk ohälsa som lite ”efterblivna”, som om man i andra kulturella grupper inte kommit lika långt som vi i de industrialiserade västländerna (”de ligger lite efter”, ett evolutionistiskt perspektiv). I ett samhälle som präglas av den biomedicinska modellens syn på människan, kan en praktik där man talar med andar som besatt en människa verka ”primitiv” för att den ger intrycket av att dessa personer befinner sig på en lägre nivå intellektuellt.

Det är i det här perspektivet som kunskapen från medicinsk antropologi blir viktig. Om man inser att det högt industrialiserade västerländska samhällets syn på människa, kropp, psyke och ohälsa är en lika kulturell skapelse som någon annan modell, så blir det lättare att hantera den här sortens skillnader – utan att tänka på dem i termer av (vetenskapligt) framåtskridande och mer ”primitiva” praktiker. Antropologisk forskning har visat hur den biomedicinska modellen har haft fantastisk framgång på många områden, men hur dess utövare står ganska hjälplösa inför många mänskliga fenomen som andra medicinska modeller i världen har lättare att hantera. Just när det gäller psykisk sjukdom finns exempel på hur man i andra medicinska system har haft bättre resultat av behandlingar än med den biomedicinska modellen. Detta kommer att diskuteras vidare nedan.

Den västerländska psykiatrin: inte kulturellt enhetlig

I texter som jämför västerländsk medicin med andra medicinska modeller framstår det ofta som om västerländsk medicinsk praktik, och inom denna psykiatrin, skulle utgöra en enda modell med en specifik ”kultur”. I själva verket finns det en mängd olika modeller inom det större systemet och praktikerna spretar åt olika håll. Olika tanketraditioner samexisterar och på vissa fält finns öppna motsättningar, också inom psykiatrin. Några av de olika tanketraditionerna och praktikerna inom vård riktad mot psykisk hälsa beskrivs av David Ingleby (2005): den positivistiska biomedicinska inriktningen skiljer sig på avgörande sätt från den psykoterapeutiska traditionen. Med utgångspunkt i samhällsmedicin och folkhälsovetenskap finns vård som betonar de sociala aspekterna av hälsa och ohälsa. De aktörer som vill integrera så många aspekter som möjligt på det psykiatriska fältet talar om ett biopsykosocialt perspektiv.

I det här kapitlet kommer inte någon fördjupning ske vad gäller den västerländska psykiatrins olika inriktningar. För att kunna sätta andra frågor i fokus kommer i det följande en ganska generaliserad bild ges av psykiatri inom ”västerländsk biomedicin”. Denna generalisering är nödvändig för tydligheten, men är inget påstående om att den västerländska psykiatrin inte har en stor bredd och inre variation.

Rosengårdsintervjuerna om psykisk ohälsa

Intervjuerna har utgått från ett litet antal mycket öppna frågor: ”Vad är psykisk ohälsa?”, ”Hur kan det hanteras?”, och följdfrågor som exempelvis: ”Du nämnde att man kan söka läkare – i vilka situationer är det bra?”

Diskussionen om intervjumaterialet kommer att inledas med en fallbeskrivning. Genom den löper flera av de teman som kom fram i många av intervjuerna. Dessa teman utvecklas efter fallbeskrivningen.

A, som kom från Somalia till Sverige för några år sedan, är i tjugofemårsåldern. När han var i mitten av tonåren skadades han under stridigheter i inbördeskriget. Han säger själv att han tror att det var det som utlöste hans sjukdom. Det började med trötthet och sömnlöshet, sedan kom rösterna. Han blev riktigt sjuk i Somalia och togs till sjukhus:

– Först när jag kom dit fick jag medicin. Jag var så här ... [visar en helt frånvarande person med hjälp av kroppen och ansiktsminer] ... under två tre dagar. Dom låste in mig ... med galna människor [skrattar till]. Jag var fastkedjad. Det var ett mentalsjukhus. Men inte ett hus som det här, det fanns ingen toalett. Dom satte mig i kedjor. Jag var där i tre dagar och sedan kom min familj. Jag var väldigt arg och frågade, ”Varför har ni satt mig här?”. Dom lämnade mig där, men dom kom varje dag med mat och allt sådant [min översättning från engelska].

Hans berättelse innehåller också en redogörelse för ett traditionellt somaliskt sätt att hantera psykisk sjukdom:

– Min pappa tog mig till ett ställe för att jag skulle lyssna på Koranen, och där sade dom att jag kanske hade djinner. Så dom satte mig i ett rum, jag var där i en månad. Det var en man som läste Koranen för mig och sedan hade han något slags instrument i metall som han satte här [visar] som gör att han kan se djinnerna, tala med dom. Det var många andra människor där också [som sökte bot] och lyssnade. Vi satt alla där och lyssnade på

Koranen. Vi fick ett slags blad att äta. Ibland lade jag dom i elden och andades in ångorna.

SJ: – Blev du bättre av den här behandlingen?

A: – Ja [sågs med tveksam röst]. Min pappa sade att jag blev bättre. Men å andra sidan, jag var sjuk ... jag var riktigt sjuk.

En nära släkting som bor i Rosengård såg till att han kom till Sverige, lät honom bo med hennes familj, och hjälpte honom till rätta med att komma i kontakt med Migrationsverket och psykiatrin.

– Under tre år tog jag medicin här i Sverige. Jag tog sex olika mediciner, två gånger om dagen. Jag blev inlagd, och när de skrev ut mig fick jag ta all denna medicin. Jag hade inget uppehållstillstånd. Jag bara åt och tog mediciner, det var allt jag gjorde. När jag fick uppehållstillstånd efter tre år fick jag träffa en psykiater. Hon stoppade det mesta av medicinen och sade, ”Jag kan inte ta bort all medicin, men en del av den”. Och nu tar jag bara två tabletter till kvällen och en på morgonen. Jag har recept, jag går till vårdcentralen.

Hans psykiatriska kontakt har funnits inom psykiatriska öppenvården, och han beskriver alla kontakter med psykiatrin som goda: ”Mycket bra. Jag är bättre nu. Jag tar mindre medicin ... jag är inte särskilt sjuk, inte som förut.” När jag frågar honom om han känner tilltro, om han litar på det svenska vårdssystemet, säger han med starkt eftertryck: ”Ja, mycket. Dom är trevliga. Dom är riktigt bra.” Han kan inte komma på något han skulle vilja ha ändring på.

Vi återkommer till frågan om koranläsning i syfte att bota och hela, och A berättar:

– När jag kom hit var det ingen som gjorde det för mig, men jag vet att det sker. Några män [’brothers’, syftar på släktingar inom samma klan] kom från Sofielund ... Dom kommer när någon är sjuk eller har problem, då kommer dom och läser Koranen. Så frågar dom honom om han mår bättre och han svarar ’ja’. Du vet, Koranen kan bota. Koranen förmedlar bot och nåd till mänskligheten, till alla människor. Jag satt med när dom läste för en man

som var sjuk. Dom läser alltid när dom säger att det är djinner. Något hände mig, som att djinnen slog till eller något sådant. Du vet, muslimer tror på [believe in] att det finns något slags levande varelser som kallas djinner. Du kan inte se dom, men dom kan se oss. Dom är förmer än vi, och dom är mycket starka.

Men han vill betona att det inte finns någon motsättning mellan att tro på Koranen som en väg till bot och den vanliga medicinska vården: Profeten förespråkade läkare och medicin när det behövs – men Koranen är alltid bra: ”Koranläsning är alltid nödvändigt, inte bara när du är sjuk. Vi läser Koranen varje dag, varje dag. Den är väldigt lång!”

När jag förklarar att det tycks vara så att färre människor i Rosengård söker sig till psykiatrin än i andra delar av Malmö, blir han förvånad. Han känner ingen psykiskt sjuk människa som inte är i kontakt med psykiatrin. Han säger också: ”Kanske handlar det om hur dom lever tillsammans. Dom lever tillsammans som muslimer, dom går till moskén.”

Jag frågar om det är förknippat med skam att vara psykiskt sjuk, och A svarar:

– Jag brukade säga till min familj, ”jag är inte mentalt sjuk, jag är inte galen, jag är ingenting i den vägen”. Sedan sade jag, ”jag kanske är sjuk i mitt huvud ... men jag är inte galen!” [skrattar].

Vi diskuterar vad psykisk sjukdom är, och A vill skilja på människor som är ”mental” och människor som är ”crazy”. ”Mental” är när man är under stark stress, och man kan bli bättre, t ex genom bön och koranläsning. ”Crazy” är starkare, att till exempel höra röster som han själv gjort, då är man sjuk under resten av livet. ”That’s forever!” säger han och skrattar. Han säger att många blir psykiskt sjuka av att de tuggar khat för mycket och för länge.

SJ: – Men när det gäller till exempel schizofreni ...

A: – Jag förstår inte vad det är, dom har inte förklarat det för mig.

SJ: – Har dom inte berättat det?

A: – Nej, dom har inte berättat det, dom bara skrev i mina papper att jag har schizofreni. Jag var på många intervjuer på Migrationsverket. Dom sade att det är ingen sjukdom jag kan få papper [uppehållstillstånd] för, det är vad dom sade till mig. Jag var där ofta ... under tre år ... sedan fick jag papperna. Och det var så mycket problem i Somalia, strider, mina bröder dödades för ett år sedan ... och jag var här. En morgon berättade dom, ”din pappa har blivit skjuten”. Han var i Mogadishu. Jag skulle så gärna vilja åka dit och se graven och allt sådant.

En viktig aspekt som belyses här i A:s svar är hur hans egen syn på sjukdomen är sammanvävd med en mängd andra aspekter av livet: hans möjlighet att få uppehållstillstånd i Sverige, hur den försvårar för honom att upprätthålla kontakten med familjen i det krigsdrabbade Somalia och att resa dit och besöka pappans grav. A har ändå en diagnos på en tydligt definierad sjukdom i vårt klassifikations-system: schizofreni. I andra intervjuer då intervjupersonerna talar om mer ”diffus” psykisk ohälsa blir detta ännu tydligare: upplevelsen av psykisk ohälsa är alltid och oupplösligen sammanvävd med en mängd olika sociala villkor och relationer.

Psykisk ohälsa: ett kontinuum

A delar upp psykisk ohälsa i kategorierna ”mental” och ”crazy”. Just att se den psykiska ohälsan i ett kontinuum som går från ”lindrigt” till ”allvarligt” var ett starkt tema i många av intervjuerna. En annan somalisk man talar om olika ”grader” av psykisk ohälsa:

– Jag är säker på att du är medveten om att själva ’madness’ har grader ... första andra tredje graden ... och ofta är det så att första graden... mesta delen av somalier, inklusive mig själv ...[skrattar till] ... vi har redan nått dit. Det är helt enkelt för mycket som har hänt oss, den här generationen somalier. Jag är privilegierad, jag har inte varit med om kriget, jag for innan kriget kom. Ibland tänker jag, tack och lov att jag slapp kriget, men dom som var med ... det är klart att det påverkar dom, var dom än befinner sig i världen. Det stör också psyket, det är jag säker på. [...]

SJ: – Du sade förut att det fanns olika grader av ’madness’ ...

Kan alla placeras på samma linje, eller finns det olika sorters galenskap?

B: – Nej... jag tror att det är en enda linje, som man uppfattar systemet, själva 'madness'. Graderna kan variera, men linjen är densamma. Från normal till galen, att bli riktigt... 'crazy'. När man behöver hjälp för att klara det normala livet. Det är en linje. 'Third degree' [är] när man ser att det är riktigt allvarligt och att det behövs [hjälp utifrån]... Men 'first degree' är normalt, det är sånt som flesta människor går igenom. Depression och allt möjligt, det kommer och man går igenom det, fram och tillbaka... Och det är här gruppen kommer in, och man hjälper varann, vänner, och man berättar om allt... Man hoppar in och ut, in och ut, i första steget [graden], det är mänskligt...

Människor upplever ofta psykisk ohälsa som ett kontinuum: lätta symtom i ena änden, svåra i den andra. Hjälp utifrån söks när "det har gått för långt".

Även de intervjupersoner som hade bakgrund i Bosnien tenderade att tala om psykisk ohälsa som ett slags linjärt fenomen. När jag gjorde intervjuer med personer med bakgrund i Bosnien infogade jag några begrepp som jag hämtat från Eastmond (2007) och som erbjöd bra ingångar till diskussion: nervozan (kroppsliga och emotionella reaktioner; kan omfatta huvudvärk, sömnproblem, koncentrations-svårigheter, oro, sorg, ilska), zivcan (mer långvarigt, mer aggressivt uttryckt, utlöses ofta av yttre händelser; en förtvivlan som leder till irrationalitet) och lud (galenskap). Av de tre begreppen faller de två första inom ramen för "normalitet" (Eastmond 2007).

Traditionellt tycks man också i Bosnien ha dragit en linje mellan just "galenskap" och normalitet, en klassificering som förändras i och med tillvaron i ett nytt land. L, en kvinna i 40-årsåldern berättar:

– I vår kultur, att gå till en psykiater... då är man "galen" [skrat-
tar till]. Men det ändras ju. När man har bott här i många år,
då ändrar man sin syn på det. Då kan man söka hjälp. Men i
början... då vet man ju inte vart man kan vända sig. Men det är
också en fråga som kan vara förknippad med skam.

De inlåsta är ”galna”, men man kan vara svårt psykisk sjuk utan att bli inlåst, så länge man inte skadar andra. L berättar från sin barndom om en svårt störd man som bodde i byn, men som accepterades för att han inte var farlig. Man sade bara om honom att han var ”galen”, ”inte klok”, eller ”det är något fel på honom”. Ord som ”stress” och ”depression” är ord som kommit in i vokabulären under livet i Sverige. Hon kommenterar med viss ironi: ”Vi var aldrig ’stressade’, vi var aldrig ’depressiva’.” En kvinna med arabisk bakgrund som kommer in i rummet under intervjun fyller i: ”Man säger bara ’trött’ och ’orkar inte’”, varpå L svarar: ”Dom orden existerade inte heller, man var tvungen att orka ... enligt min mamma.”

T, en bosnisk kvinna i 60-årsåldern, svarar med en motfråga, när jag undrar hur man hanterar det faktum att någon i ens krets tycks lida av psykisk ohälsa (översatt av tolk): ”Menar du när någon är psykiskt påfrestande eller när någon blir aggressiv?” Hon berättar om en incident som skett några veckor tidigare med en man, en granne, som jagade en annan med kniv och högg sönder ytterdörren. Den mannen, berättar hon, hade fått flera varningar innan från (bostadsbolaget) MKB, och nu måste han och hans familj flytta. Men vid ”mild” psykisk ohälsa, om man inte mår psykiskt bra, då söker man sig till läkare. Som nyinflyttad i landet skulle hon, om hon vore i behov av det, fråga sådana som bott här längre om hur man hittar rätt.

Vi talar om ’nervozan’ och T förklarar att det är att man är spänd, rastlös och har svårt att finna ro. Oron kan avhjälpas genom att man talar med någon av sina vänner; man ”släpper ifrån sig” det som känns svårt, de problem man har. Det kan hjälpa mycket att man får råd från någon annan. Hon skulle själv råda en god vän med orden ”Ta det lugnt, bli inte nervös, det hjälper inte att oroa sig, det kommer att bli bra”.

Vi talar om ’zivcan’ och T beskriver det så här (översatt av tolk):

– Depression ... När nerverna är spända, då kan man bli beredd att göra vad som helst. Man tänker inte klart. Man kan göra vad

som helst utan att tänka på konsekvenserna. Då kan man vända sig till läkare för att få behandling, och då stabiliseras man.

– Vilken sorts behandling får man då?

– Samtal. Att läkaren ska lyssna på dig. Läkaren frågar dig, ”vad tror du?” och ”hur känner du dig?”. Efter det samtalet bedömer han vilken medicin du ska ta.

– Det är något som man ska ha medicin för?

– Ja, man får sin medicin och sedan... Ja, man blir inte botad, men man blir bättre. Men man måste alltid använda medicin, dom som har problem med nerverna.

När det gäller det sista ordet, 'lud', säger T att läkarna försöker få den här personen att samla sig, men det brukar inte gå, så då skickas personen till psykiatrin. Och där blir man kvar, man blir isolerad, för det går inte att bota. Här säger hon att hon inte känner sig riktigt säker på hur det ligger till, men det är vad hon tror. Utmärkande för det här tillståndet är aggressivitet och hotfullhet. Man brukar få hålla fast dessa personer tills behandlingen lugnar ner dem. Det är mycket svårt att bli frisk, för de är självdestruktiva. Det är stor risk att dessa personer begår självmord, enligt T. Men sammanfattningsvis, vill hon säga, är de olika tillstånden egentligen ett och samma: ”alla dom tre kan man samla ihop i ett”.

Skam

A, som fått diagnosen schizofreni, säger att han var ovillig att se sig själv som ”mentalt sjuk”: ”jag är inte mentalt sjuk, jag är inte galen, jag är ingenting i den vägen”. Detta är ju en mycket utbredd reaktion, då psykisk sjukdom i så många kulturer är förknippad med skam och stigma. Detta stigma kan också upplevas starkt av de anhöriga till en psykisk sjuk (Östman & Kjellin 2002). Att de anhöriga känner viss skam över att en familjemedlem blivit psykiskt sjuk kan påverka viljan att söka hjälp inom vården, d v s från utomstående. En somalisk man förklarar det så här:

– Det är säkert att så länge individen inte är våldsam mot sin omgivning, så är det så att man inom den somaliska kulturen... och som jag själv skulle ha gjort... det är att man håller det inom familjen. Det traditionella sättet att möta psykologiska problem

bygger på att man hjälper varann, att man pratar om sina problem med sina vänner och sina kompisar. Om någon har tendensen att hon eller han pratar för sig själv, eller gör saker och ting som man tror är onormalt, så ofta är det så att man döljer det inom familjen. Om det inte går för långt och personen är våldsam mot sig själv eller någon annan i omgivningen. Men kanske efteråt så har man inget val, då sätter man individen på institution eller sjukhus. Det är när det går så långt, då får [utomstående] inblick i familjen. Då kan resten av samhället få veta om saker och ting.

Z är en kvinna i 45-årsåldern med somalisk bakgrund, men välutbildad och välintegrerad i det svenska samhället. Hon bor inte i Rosengård, men har mycket kontakt med somaliska familjer i Rosengård genom sitt yrke. Z menar att det är svårt för många somalier att erkänna att man inte mår psykiskt bra:

– Att säga ... ”jag klarar inte av längre att hantera mitt liv ... jag mår inte bra ... psykiskt”... en person upplever skam över att erkänna det. Och det är många som döljer det, talar inte om det för någon. Så det håller på tills andra ser ... ”Herregud, den här människan vet inte var hon är nånstans”, och direkt säger man, ”den här människan är galen”, och det är skam. Det är därför jag menar att vi måste lära oss att hantera det här innan det har gått så långt, att vi ska kunna säga ”nej, jag mår inte bra, jag behöver hjälp”. Det kanske skulle ha räckt, att få kontakt med någon som skulle kunna lyssna.

Z menar att det finns en ”stor fobi” kring att ha kontakt med vuxenpsykiatrin:

– Så fort man nämner ordet ... dom tror att dom är ... ”galen” [sagt med eftertryck]. ”Varför skulle jag kontakta dom?”... eller, ”Att prata med en väninna är bästa medicinen”. Nej, det är inte många som förstår varför dom skulle prata om sina problem med en okänd.

Hon menar att det i mångt och mycket handlar om bristande erfarenhet av systemet: i Somalia hanterade psykiatrin bara ”galenskap”. Hjälp till ”normala” människor genom till exempel psykologhjälp existerar inte. Hon tror mycket på modellen med hälsoinformatörer (som hon hört talas om) som på somaliernas eget modersmål kan förklara vilken hjälp som finns och vad den innebär. Hon menar att mer information måste spridas kring att det går att få hjälp för psykisk ohälsa i stegen innan det lett till ”galenskap”.

Också S, med bakgrund i ett arabiskt land, menar att kontakt med psykiatrin associeras till galenskap: ”När man säger, ’ska vi gå till psykiatri’, säger dom att, ’va? är jag galen?’” Om någon skulle gå till psykolog, är det inget man berättar för utomstående, för det ses som alltför skamligt. L, med en förälder i Bosnien som arbetar inom vården, menar att ett vanligt fenomen är att kvinnor med psykisk ohälsa söker läkare för andra symtom: som ryggvärk eller huvudvärk. Att det är ett sätt att uttrycka psykisk ohälsa som inte är lika skamligt och som ligger långt borta från psykiatri, galenskap och att bli inlåst.

– Om man har en dotter som är ”galen”... och sedan en son också. Hur ska sonen kunna gifta sig? Att någon är galen drar skam över hela familjen. Men det är stor skillnad mellan stadsbor och människor på landsbygden, det är ju stora kulturella skillnader.

Intervjupersonerna med bakgrund i Bosnien uttrycker överlag att det är ganska självklart att vända sig till vården vid psykisk ohälsa. En man i 25-årsåldern säger, att om en anhörig skulle bli sjuk, skulle han försöka få den personen till läkare (översatt av tolk):

– Men personen ska helst inte veta att det är en psykolog eller psykiater, då tror jag att resultatet blir bäst. Jag skulle försöka det. Och jag skulle vända mig till vårdcentralen. Det går inte att en människa som har psykiska svårigheter går till akuten.

I en gruppintervju med flera bosnier där begreppet ’nervozan’ diskuterades menade flera att läkare och medicin kunde behövas också vid detta tillstånd, om personen sluter sig inom sig själv och inte vill

diskutera sina problem med andra. Men det kan vara svårt att be om hjälp:

– Man låter bli att söka hjälp för man vill inte att andra ska veta att man har problem. Man är rädd för det.

SJ: – Är det skamligt?

– Ja där, hemma hos oss, men inte här i Sverige [för människor som bor här]. Men när vi nu kommer därifrån ... det ligger starkt [finns kvar] inom oss.

– Det finns många familjer som inte skulle vända sig till vården för att de skäms. De vill inte att någon annan ska få insyn i familjen, att det finns någon som har [psykiska] problem.

Sociala nätverk mobiliseras

När A får frågan om vad han tänker när han hör att det tycks vara färre boende i Rosengård som söker sig till psykiatrin än i andra delar av Malmö, tänker han sig att det kan ha att göra med ”hur muslimer lever tillsammans”. En central strategi som framträtt i intervjuerna är det sociala nätverk som mobiliseras då någon ger uttryck för att må psykiskt dåligt: man samlar familjen, vänner, talar mycket, söker och ger stöd. Den sociala gemenskapen framhålls som helt essentiell för det psykiska välbefinnandet.

S, med arabisk bakgrund, menar att mycket av den psykiska ohälsan traditionellt hanteras inom ramen för social gemenskap med släkt och vänner. M, med bosnisk bakgrund, fyller i och säger att hon tror att isolering är en viktig förklaring till att människor mår dåligt i Rosengård, och när de mår dåligt så saknar många någon att tala med. Sociala nätverk, menar båda, är oerhört viktiga för det psykiska välbefinnandet.

X och Y, somaliska kvinnor i 40-årsåldern, talar i munnen på varandra när de ska förklara hur viktigt det är med den sociala gemenskapen för att bemöta psykisk ohälsa:

Y: – Man säger till sina kompisar, man berättar allting...

X: – Ja, alla kommer...

Y: – Man träffas, familjen, vännerna. Man pratar mycket.

Ändå är det inte problemfritt för kvinnor att bara tala med vänner och släktingar om sina problem för att må psykiskt bättre, menar Z. Även om det ses som idealet och det riktiga att göra när man mår dåligt, är det i praktiken så att många väljer bort denna möjlighet och håller problemen inom sig av rädsla för att lämna ut privata angelägenheter till andra i en tät social gemenskap. Hon oroar sig särskilt för nyankomna somaliska kvinnor som kommit hit genom anknytning till svensksomaliska män (som inte sällan skilt sig från tidigare hustrur som "försvenskats" för mycket i männens tycke) och som lever mycket isolerade i det svenska samhället.

Men B, som är en somalisk man i 50-årsåldern, framhåller den sociala gemenskapen för att främja psykisk hälsa:

– I den stora gruppen, det är så att dom vårdar varann, [när det är psykologiska problem] av första och andra graden... Jag vet inte om det [ens] finns hundra psykologer av somalisk härkomst i världen, i vårt samhälle tror man inte ens att det här är något som behöver lösas, det här med psykologiska problem. Det finns andra saker som är mycket viktigare, mycket mycket mycket viktigare. Vi har som kultur att hjälpas åt och gå igenom problemen... vi är alla psykologer! [Skrattar.] Det verkar som om somalier, med det här inbördeskriget och allt, dom psykologiska problemen ökar, men samtidigt ser vi att solidariteten, att spela psykologer med varandra, ökar.

Z ger utifrån sin horisont en något annorlunda bild av samma situation och menar att det överlag är illa ställt med den psykiska hälsan bland dessa familjer. Hon har grubblat mycket över detta, säger hon, varför mår de så dåligt? Hon säger att hon känner igen sig själv i deras situation, hur hon upplevde de första åren i exil:

– De här familjerna har hamnat i en situation där... de sprang och sprang från kriget, för att komma bort från det, för att hitta lösningarna för att kunna bygga upp ett liv igen. Och när dom kom hit, dom fick pengar till mat och en bostad... en del kände att dom fick allt. "Nu orkar jag inte längre..." Och när dom nått hit, dom orkar inte mer, dom känner att "jag kan inte göra

samma saker som en svensk kvinna, jag kan inte svenska, jag har ingen utbildning...” Det är så tydliga och stora skillnader mellan kulturerna och de blir mer och mer isolerade. En del blir mer religiösa. Barnen har sina liv som dom [föräldrarna] inte riktigt förstår. Dom hittar inte utvägarna, vet inte hur dom ska gå vidare.

Z menar, till skillnad från B, att den större gruppen med samma etniska bakgrund också kan utgöra en källa till sociala påtryckningar: press på hur man ska uppföra sig, som att kvinnor ska bära slöja. Rosengård är speciellt, menar hon, för att det erbjuder så få möjligheter till att tvingas in i det svenska samhället. Det blir en tät social sammanslutning med andra somalier, med få intryck från den omgivande världen. Alla har samma sorts problem, men ingen vet riktigt hur man ska hitta lösningarna. Vid psykisk ohälsa söks vården när en viss gräns nåtts, menar Z:

– Dom vet inte så mycket om att det finns hjälp att få, olika sorters personal som kan vara ett stöd. Om det handlar om en psykolog eller terapeut. Men dom kommer inte så långt, dom hittar inte dom här vägarna. Ibland när jag hör någon säga ”den här kvinnan är psykiskt sjuk”, då är det en kvinna som har kommit så långt att hon inte har kontakt med verkligheten. Först då ser man en person som ”psykiskt sjuk”.

Men det behöver inte vara svår psykisk sjukdom för att man ska söka vård. N, en somalisk kvinna i 50-årsåldern, besökte en privatläkare när hon var ledsen och hade sömnsvårigheter. Telefonnummer hade hon fått av en somalisk väninna. Av läkaren fick hon medicin som gjorde att hon kunde sova.

Khat och psykisk ohälsa

Den brittiske psykiatern Alex Shand (2005) skriver i en artikel om hur han haft nytta av antropologisk litteratur i sin kliniska verksamhet. Han beskriver, i ett av sina exempel på hur antropologisk kunskap varit honom till nytta, psykotiska somalier som kommit till en klinik där han är verksam, och där deras psykosor tillskriver khatbruk. Khat är en mild rusgivande drog, som är narkoti-

kaklassad i de nordiska länderna (men inte i exempelvis Holland och England). Shand berättar hur man på kliniken försökt att förmå dessa män att sluta tugga khat, oftast utan resultat. Detta blev extra tydligt i ett fall där en man skrevs in på den psykiatriska kliniken för tredje gången. Han hävdade under konsultationen att khattuggande var en viktig del av hans somaliska identitet. Personalen kände sig tveksamma till att uppmuntra mannen att avstå från något som uppgavs vara en viktig del av hans kulturella identitet (och en legal praktik i England). Efter en rond bestämdes att man skulle försöka nå fram till en sociokulturell förståelse av drogen khat och personalens gemensamma ansträngningar att finna litteratur ledde fram till en insikt i att drogens roll i somalisk kultur är komplex och motstridig. En somalisk hälsoinformatör (motsvarande) kontaktades och denne bekräftade att khats roll inom somalisk kultur är omstridd och att många är kritiska till bruket. Med hjälp av denna kunskap och användningen av tolk kunde mannen övertygas om hur skadligt khattuggandet var för hans psykiska hälsa. Tolkens ord om att khattuggandet innebar en skam både inför Gud och för hans familj hade stark effekt på mannen, som enligt källor upphörde med khat helt.

A nämner under samtalet, när vi talar om hur psykisk sjukdom uppstår, bruket av khat. Han menar att många får psykiska problem av sitt khatbruk:

A: – Dom blir galna av det. Dom äter khat och somnar. Och sedan sover dom inte under två eller tre dagar, och då blir dom... [klickar med tungan].

SJ: – Kan dom bli bra igen?

A: – Ja, bättre. När dom slutar [tugga khat] så blir dom lite bättre... men dom kommer alltid vara sjuka. För du får inte tillräckligt med sömn. Om du tuggar dag och natt blir du sjuk. I alla fall blir vissa sjuka, när dom tuggar khat under en lång period och inte sover.

Men talet om khat i intervjuerna ger motstridiga bilder. Å ena sidan att det leder till psykisk ohälsa, å andra sidan sägs det kunna lindra psykisk ohälsa:

X: – Vissa kvinnor som mår dåligt tuggar khat.

Y: – Tuggar khat, khat, khat... så dom får sova.

SJ: – Traditionellt är det väl inte vanligt att kvinnor tuggar khat?

X: – Nej, mycket ovanligt. Men det blir mer och mer. Dom börjar nu... när dom inte mår bra... psykiskt bra... Om dom äter khat så glömmer dom sina problem.

SJ: – Är det accepterat...? Skulle ni berätta för era vänner om ni tuggade khat?

X: – Jag äter inte själv khat... men mina systrar gör. När jag går till dom, dom sitter och äter khat. Så behöver dom inte tänka på det som är problem.

Y: – Och en del av mina vänner, när dom kommer hit, dom sitter ibland och äter. Dom sitter hemma hos mig. Men jag säger inte till dom. Dom glömmer sina problem.

Z menar att khatproblematiken bland svensksomalier måste ses i ljuset av vad som skett i gruppen under de två decennier som somalier levit i Sverige. Hon talar om förskjutna könsroller där männen upplever att det svenska samhället ger kvinnorna allt stöd och sviker männen (se också Johnsdotter 2007). Många män har övergett sina familjer, eller konflikter mellan makarna har lett till skilsmässa, och khatbruket bland svensksomaliska män har brett ut sig. Bland ensamstående svensksomaliska mödrar har det funnits en stor bitterhet kring drogens utbredning. Men nu har något nytt inträffat, menar Z:

– Jag har förstått att det är många kvinnor i storstäderna, Stockholm, Göteborg och Malmö, som har börjat tugga khat. Och jag var tvungen att fråga många kvinnor... det var en helt ny tanke för mig, att se att våra kvinnor tuggar khat... i och med att dom har kämpat så hårt mot khat, att khat var det som tog vår tid och våra krafter ifrån oss, när våra män använde det. För när dom håller på att tugga khat orkade dom inte göra någonting.

Z menar att khat för kvinnor är ett sätt att komma ifrån stress och isolering – man slappnar av och delar sina problem. Men de lösningar man kommer på under khattuggandet, menar Z, är inte användbara dagen efter, eller så minns man dem inte ens.

Traditionellt förankrade strategier för att bemöta psykisk ohälsa

A beskriver hur koranläsning spelar stor roll som strategi för att bemöta (psykisk) ohälsa. Detta är ett tema som är vanligt förekommande i samtalen med de somaliska intervjupersonerna. Det är viktigt att förstå att denna strategi inte är strikt kopplad till just psykisk ohälsa, eller hälsa överhuvudtaget, utan ett sätt att bemöta svårigheter i ett större perspektiv. En del författare har argumenterat för att det i många afrikanska länder finns en mer omfattande kategori, där 'ohälsa' eller 'sjukdom' utgör en delkategori inom den mer övergripande kategorin 'afflictions'. 'Affliction' kan översättas med bland annat 'sorg, smärta, bedrövelse, lidande, sjukdom, krämpa, hemsökelse, olycka, plåga, nöd' på svenska. Med andra ord: alla möjliga tillstånd som uppstår när människor drabbas på olika sätt (Comaroff 1980, Nwoye 2006). Det är ett mycket användbart begrepp, som väl avspeglar komplexiteten på det här fältet: svårigheten med att dra gränser mellan vad som ska uppfattas som just 'psykisk ohälsa' och vad som inte hör hit. En somalisk kvinna, strax under fyrtio år, börjar när jag frågar henne hur man hanterar psykisk ohälsa berätta om sina känslor av förtvivlan över ofrivillig barnlöshet, något som bemötts med att anhöriga ordnat koranläsning för henne.

Z, som är en välintegrerad somalisk kvinna, beskriver det så här:

- En del gör det, de tror väldigt mycket på att om en religiös person läser en bit ur Koranen, så blir personen bättre. Eller man kan skriva Korantext i vätska som dricks, eller på något annat sätt. Det är ganska vanligt. Jag tror att det kan fungera stödjande... man samlas, koncentrerar sig, man finns i stunden... 'här och nu'.

Tron på att det finns djinner, ett slags andeväsen, är en del av islams kosmologi. Det kan tyckas märkligt för en utomstående, men är egentligen inte märkligare än, exempelvis, att kristendomen beskriver en världsbild med en tredelad gudomlighet (en tanke som kan vara svår att acceptera för många icke-kristna). Bland somalier finns traditionellt också en praktik som är förknippad med zar-kulten,

som har sufiska rötter. De traditionella zar-andarna har ”islamiserats” med tiden, men det finns ändå kvar en grundläggande skillnad: djinner fördrivs med bön och religiös rit, medan zar-andar bedrivs med ceremonier där personer försätts i trance med hjälp av bland annat rytm. Det finns också skillnader vad gäller symtombilden (Tiilikainen 2003).

Spelar då detta någon roll för somalier i Rosengård? Vissa intervju-personer har slagit ifrån sig och menar att bara ett fåtal bekänner sig till föreställningar kring andeväsen, t ex Z:

– De flesta somalier jag känner, menar att man är sjuk när man är galen. De människor som är så psykiskt sjuka att dom inte kan hantera sitt liv, det är dom man kallar för galna. Men det förknippas med sjukdom.

Men det kan finnas i bakgrunden som ett sätt att förklara märkligt beteende, säger hon när hon funderat en stund:

– En person som isolerar sig till exempel, och inte vill ha kontakt med någon i sitt liv, då kanske några säger att det är en djinn. Om någon betar sig mycket märkligt, det kan hända. Men dom flesta människor som ser en person som inte har kontakt med verkligheten, dom säger bara att ”han är sjuk”.

När jag frågar om existensen av zar-ritualer är det bara ett par stycken som har hört talas om att det skulle ha ägt rum i Rosengård och Malmö. K säger exempelvis: ”för några år sedan var det några äldre kvinnor som samlade en grupp för en zar-ceremoni, men när en kvinna trillade omkull under trancen så blev de andra så rädda att dom slutade helt”. Från Finland rapporteras om zar-sammankomster, trots att de flesta kvinnor tar avstånd från dem av skälet att de ses som grundlösa och icke-islamiska (Tiilikainen 2002, 2003). De flesta intervju-personer med somalisk bakgrund i den här studien avfärdar zar-kulten som något som äldre kvinnor höll på med i Somalia, men som inte är något som pågår bland den vuxna och unga generationen efter migration.

Det är något annorlunda med de mer islamiskt orienterade djinnerna. De är en del av den religiösa världsbilden och därmed några att räkna med också för de praktiserande troende. Det är viktigt att påpeka att tro på djinner inte står i strid med en tro på den västerländska biomedicinska modellen. Olika modeller för vad som orsakar ohälsa, hur man diagnosticerar och behandlar, kan samexistera i människors tänkande och komplettera varandra.

B: – [Utifrån sett] är det kanske en 'madness'... men inifrån, det är något annat. Det inbakas av religionen, den islamiska religionen förklarar det här med djinni. Och djinni finns det då omkring oss hela tiden i olika grad. Djinni går förbi, om du inte tillåter dom att komma till ditt liv. Och dom som har med djinni att göra, det är dom som ofta pratar med sig själva, med två olika toner [röstlägen]. 'Jaa' [ljus röst], ibland som en kvinna, ibland som en man, ibland som en arg, ibland som ja... förstår du? Då förstår man att det är någonting som är där, individen är inte sig själv. Det finns något annat... det är djinni som är i individen. [...]

SJ: – Säg att en person i Rosengård blir besatt... får djinni i sig... skulle man söka svensk vård i den situationen? Eller skulle man försöka lösa det på annat sätt?

B: – Ofta är det så att om individen växt upp med att tro att det finns djinni i individen, och om man i hans samhälle har en metod att driva ut djinni, och den individen träffar då en svensk psykolog, som då inte har [tillämpar] den här driva-ut-psykologin... det blir svårare, det behövs mer... Jag är säker [på] att det skulle vara lättare för individen som växte upp i den här kulturen om djinni kunde bli driven ut. Ibland kan dom inte. Och när dom inte klarar det, så blir det självklart till sist att man går till en psykolog. Svensk psykolog... eller somalisk. Men första steget är... 'är det möjligt att lösa det?'

B, som berättar detta, är en välutbildad man med fullt förtroende för den västerländska biomedicinen. Men han är också muslim med egna erfarenheter av existensen av djinner, vad de kan orsaka och hur de kan hanteras. Han berättar hur han tillkallats vid ett par tillfällen då en somalisk person besatts av djinner och de religiösa ledarna haft behov av en tolk, då djinnen visat sig vara svenskspråkig. Han berättar vad som hände vid en av sammankomsterna:

– Det var några som läste Koranen, [den sjuka] personen fanns där, och... man frågade då... 'vem är du?', 'vad kommer du ifrån?' och 'vad är det du vill från den här individen?'. 'Varför ockuperar du hennes... själ?'. 'Lämna honom'... 'vad kan vi erbjuda dig?' Sådana frågor ställer man. Själva personen hävdar att han... eller hon... är inte sig själv, och att det finns en annan individ som sitter där [inuti personen] och som heter... något annat [skrattar]. Och man försöker tala med anden och [få veta] vad han vill och försöka få honom att gå tillbaka till var han kom ifrån.

– Hur fick ni svar?

– Ja, det är som jag sa... man har frågat mig för att jag kan lite svenska. Den här gången, tjejen pratade svenska i stället... när man frågade henne på somaliska, så svarade hon på svenska. Den andra rösten. Ibland man måste erkänna att man blir förvånad... Jag har själv hört den här tjejen prata... försöka prata svenska... Jag var själv förvånad, över det sättet som hon uttryckte sig [en person som annars talar dålig svenska talade nu god svenska]. Sättet som hon pratade. Det var så tydligt, så klart... Jag kunde även känna igen dialekten... [på ett sätt] som är nästan omöjligt [för] en somalier [att] klara det.

– Så du var där som tolk?

– Ja, i stort sett, ja.

– Men vad sa den här rösten på svenska?

– [Skrattar.] Åååå... jag kommer inte ihåg. Okej... [lång paus, tänker efter]. Det var faktiskt konstigt... rösten krävde personens liv, 'jag har mer nytta av Sahra [fingerat namn]', som tjejen hette, och 'jag har ett bra liv här' och allt möjligt. Den krävde... inte något speciellt, inte något som var specifikt, den krävde att få kolonisera Sahras själ på något sätt. När man frågade då... 'jag vill inte svara på varifrån jag kommer'... Det fanns inte någon tydlig bakgrund som den här... anden, djinnen kom ifrån.

– Men hade djinnen några krav?

– Ja, att stanna. Kravet var att stanna. Den var nöjd, 'jag har liv'. 'Jag kan göra bättre än den här som heter Sahra.'

– Blev Sahra bättre efter den här ceremonin?

– Ja, faktiskt. Men inte helt. För efter ett år, två år, då hörde jag att hon hade återfall. Det var lite problem... med skrikande och så... och då var det en gång till som man hjälpte till.

Att vara ”besatt” av en zar-ande behöver inte nödvändigtvis innebära att personen är psykiskt sjuk på ett sätt som skulle passa in i det västerländska klassifikationssystemet, enligt Al-Adawi et al (2001). Det kan ses som ett kulturspecifikt sätt att uttrycka oro och plågor, och att översätta kroppsligt, personligt och socialt lidande till ett ”språk” som förstås av omgivningen. Att den här formen av ritualer ibland kan fungera helande kommer att diskuteras vidare nedan.

Kultur och psykisk ohälsa

De teman som presenterats ovan är de som starkast framträdde i de intervjuer som gjordes, och som delvis avviker från det vetande som finns inom den biomedicinska modellen. Här kommer en del av dessa frågor att diskuteras i relation till medicinsk-antropologisk forskning. Genom att lyfta upp frågan teoretiskt och peka på att vårt tanke-system inte är ”sanningen” om ”verkligheten”, kan vi också nå en förståelse för andra upplevelser och synsätt på psykisk ohälsa.

Vad vi med säkerhet vet är att lidande och psykisk ohälsa är universella fenomen. Men hur vi förstår och tolkar detta lidande – och hur vi klassificerar det – skiljer sig mycket åt mellan olika kulturella grupper (och inom grupper). Varje kultur tillhandahåller en repertoar av symboler och bilder genom vilka man kan uttrycka psykisk ohälsa. En central punkt där västerländsk biomedicin skiljer sig från många andra medicinska modeller är att vi i vårt system ser kropp och själ (body and mind) som möjliga att åtskilja – där kroppen handhas av den somatiskt inriktade medicinen och ”själen” eller psyket av psykiatrin. I ett globalt perspektiv är denna uppdelning märklig. Exempelvis beskriver Kirmayer (2006) hur WHO på 1990-talet ordnade ett möte i Japan om somatisering (att känslor eller psykisk ohälsa tar sig kroppsliga uttryck) – ett begrepp som bygger på den västerländska dualismen mellan kropp och själ. Traditionellt i Japan saknas denna motsättning mellan kropp och psyke, men här ”marknadsfördes” den samtidigt som många krafter på det biomedicinska fältet argumenterar för att denna föreställda klyfta måste upphävas om vi ska kunna förbättra vår medicinska praktik.

Ett mer generellt problem handlar om att ett beteende som är normalt i ett kulturellt sammanhang ses som sjukt eller avvikande i

ett annat (t ex Allen et al 2004, Bourguignon 1979, Helman 2002). Den svenska antropologen och humanekologen Alf Hornberg har uttryckt det på följande sätt:

Vad vi har att göra med är olika etnopsykologier, bland vilka vår egen psykologiska vetenskap kan betraktas som en i raden, bäst förstådd som framvuxen ur ett modernt euro-amerikanskt sammanhang. Om den ”fungerar” så kan det delvis sägas bero på att dess uppgift är att tillhandahålla och understödja en specifik, kulturell definition av den ”normala” människan. Vad vi lätt bortser ifrån är att både normalitet och avvikelse – och därmed en hel del psykiskt lidande – i hög grad är kulturellt definierade, och att både begreppsbildning kring och tillvägagångssättet vid behandling av psykiskt lidande därför i viss mån måste utgå från kulturella premisser (Hornberg 2003:219).

Det finns alltså inget egentligt ”objektivt” sätt att klassificera psykiskt lidande – ”there can be no 'God's eye point of view, free of culture”, som Byron J Good har uttryckt det i en kritik av den västerländska diagnosmanualen DSM (1996:128).

Den västerländska medicinska modellen: en kulturspecifik produkt

Även om ”psykisk ohälsa” är en diffus kategori, har man inom biomedicinen försökt att klassificera dess uttryck för att läkare ska kunna diagnosticera (ses som ett viktigt steg inför behandling). Vår medicinska modell bygger alltså i mångt och mycket på klassificering av olika symtom – en klassificering som utgår från vad som är mest praktiskt för dem som i vårt system är ansvariga för diagnos och behandling, d v s läkarna (Hesslow 1979). Det internationella (”universella”) klassifikationssystemet bygger i stort på västerländska kategorier som vuxit fram under det senaste århundradet.

Teoretiskt är det en allmänt vedertagen sanning att sjukdomar i sig inte ”finns” – vad som finns och är verkligt är symtomen. En sjukdom är, teoretiskt sett, ett symtommönster som blivit namngivet och fått en högre status – exempelvis en egen kod i vår klassifikation.

Vissa symtommoder är mer stabila än andra. På fältet psykisk ohälsa skulle vi kunna säga att t ex schizofreni är en relativt stabil diagnos. Andra diagnoser som "sjuka-hus-syndromet", "utbrändhet" eller utmattningsdepression, kroniskt trötthetssyndrom och anorexia nervosa är mer känsliga för trender och strömningar i samhället. En del psykiatriska diagnoser har övergetts helt: som neurasteni, hysteri eller onani som upphov till sinnessjukdom (Johannisson 1991, Showalter 1987).

Det är just genom denna klassifikations föränderlighet som vi ser dess kultur- och tidsbundenhet. Vi vill gärna tänka oss medicinen som en vetenskapsgren som ständigt ackumulerar kunskap och kartlägger mer och mer av "verkligheten", "naturen" och "människan". Detta är på många sätt riktigt – men samtidigt är det en helt central aspekt att denna klassifikation står under ständig förändring. I varje utgåva av DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, finns det syndrom (symtomgrupper) som klassificeras för första gången och syndrom som försvinner (Summerfield 2001).

Speciellt svårt är det att få grepp om de "diffusa" symtombilderna, de som ligger i gränslandet mellan kropp och psyke och som inte enkelt låter sig infogas i vår klassifikation. Den svenske läkaren Åke Thörn beskriver det som att "folkhavet brusar av värk, trötthet, oro, huvudvärk, yrsel och magont" (2004:4224), symtombilder som inte passar in i de klart avgränsade kategorierna i vår biomedicinska klassifikation. De skapar villrådighet hos vårdarna, som vill förtränga osäkerheten och försöker besvärja den genom att namnge dessa tillstånd "så att de kan infogas i den medicinska nomenklaturen och begreppsvärlden" (2004:4225): symtomgrupper får namn, uppstår därmed som "sjukdomar" och förlorar sin status med tiden (d v s försvinner ur diagnosmanualen). Detta får Thörn att fråga sig om det handlar om sjukdomar i strikt medicinsk bemärkelse: "Är det inte alls sjukdom, utan snarare förtvivlan, uttryck för meningslöshet, bristande förankring, förlust av sammanhang, tvivel, ångest, ensamhet...?" (2004:4225-4226). Det råder inga tvivel om att människor lider. Svårigheten med att ställa "rätt" diagnos handlar inte om att människor inte mår dåligt – att de inte skulle vara sjuka "på riktigt" – utan på att vår sjukdomssyn, i grunden präglad av

medicinsk essentialism (att sjukdomar skulle utgöra något slags objektiva realiteter som har självständig existens utanför människor, bortom tid och kultur), inte är ett praktiskt verktyg för att hantera alla former av mänskligt lidande.

PTSD, Posttraumatic Stress Disorder, är en diagnos som är oerhört etablerad i västerländska länder med flyktinggrupper från krigshärjade länder. Watters (2001) och Summerfield (2001) hör till de forskare som pekat på att en del av PTSD-diagnosens enorma genomslag har att göra med att det är en diagnos som konstruerats på ett sätt som gör att samhällsresurser lättare kan frigöras: existensen av PTSD som diagnos, och förekomsten av grupper som kan tillskrivas hög prevalens av PTSD, erbjuder en situation där mobilisering kan ske och resurser frigöras, med ”vinster” både för enskilda personer och yrkesgrupper. På det internationella forskningsfältet finns idag en växande kritik mot detta sjukdomsbegrepp. Det har kritiserats på logiska grunder av t ex Young (1995) som pekat på att diagnosens förutsättning, en traumatisk händelse, samtidigt utgör ett kriterium eller symptom (d v s ett cirkelresonemang). Summerfield (2001, 2002, 2004) fastslår att det är ett västerländskt kulturbundet syndrom som inte lyfter fram det som de flesta flyktingar själva anser vara det centrala i deras egna upplevelser. Det har också hävdats att det är ett begrepp som är opraktiskt i det att det kan leda till behandlingsformerna i fel riktning (t ex Watters 2001, Zarowsky 2004, Summerfield 2001, Shah 2006) eller för att det utan någon större vinst för den enskilde stigmatiserar denne och hela gruppen som kanske skulle ha bättre förutsättningar för integration i det nya landet utan denna diagnos (t ex Eastmond 2007, Watters 2001).

Kulturbundenhet i upplevelser av psykisk ohälsa

Det finns några psykiatriska diagnoser som anses vara universella; bland dem återfinns exempelvis schizofreni, depression, psykisk utvecklingsstörning och tillstånd som uppstår som ett resultat av psykoaktiva droger. Men det betyder inte att dessa tillstånd upplevs på samma sätt i olika samhällen: ”All psykiatri är kulturbunden: till och med när patienter uppvisar organiska psykiska sjukdomar är dessa formade av specifika synsätt och livsvärldar” (Summerfield 2003).

När det gäller schizofreni, har man kunnat konstatera att trots att det finns en fysiologisk patologi i grunden, så kommer upplevelsen av schizofreni alltid att vara formad av det kulturella sammanhanget. Detta kan bli tydligt också i olika kulturella gemenskaper inom ett och samma land: i en studie som omfattade allvarligt schizofrena patienter i USA påvisades tydliga skillnader i upplevelser och uttryck när man jämförde patienter med irländsk respektive italiensk bakgrund (Anderson 1996). Dessa skillnader kan man förutsätta är ännu större mellan grupper som lever i ännu mer olika kulturella sammanhang.

Även om det finns hormonell grund för vad som brukar kategoriseras som 'akut depression', så har själva dysforin (ledsenhet, känslor av hopplöshet, otillfredsställelse med tillvaron och de sociala relationerna) olika betydelser och uttryck i olika kulturella grupper (Janzen 2002):

För buddhister leder världsliga nöjen och sociala band till lidande; där är dysfori vägen till frälsning. För en shiitmuslim i Iran är sorg en religiös upplevelse, förknippad med ett erkännande av de tragiska konsekvenserna av att leva rätttrådigt i en orättvis värld; förmågan att uppleva dysfori helt och fullt är en markör för mänskligt djup och insikt. Kaluli på Papua Nya Guinea värdesätter starka och dramatiska uttryck för ledsenhet och sorg; medan balineser och thai-lao tvärtom strävar mot att mildra emotionella höjder och dalar för att bevara ett rent, förfinat och milt inre själv. Medlemmar i olika samhällen uppvisar variation inte bara i hur de uttrycker dysforiska känslor; de tycks uppleva känslöformer som inte ingår i andra gruppers repertoar (Kleinman & Good 1985, i Janzen 2002:204, min översättning från engelska).

Detta har fått en del forskare att fråga sig om det då är möjligt att tala om en universell sjukdomskategori, kallad 'depression'? I vilket fall som helst står det klart att det är det omgivande samhällets normer och värderingar som avgör vad som ska ses som 'normalt' eller 'sjukt' beteende; och i detta fall om dysfori är ett tillstånd som ska ses som en dygd eller en belastning. Det är i sammanhang som detta som diskussion om personhood har uppkommit: att vi i olika delar av

världen ger olika svar på frågan 'Vad är en människa?'. Det specifika för det moderna västerländska samhället är att se människan som en autonom individ, i grunden 'frikopplad' från sitt sociala sammanhang. I andra delar av världen ses människan i mycket högre grad som en del av sitt sociala sammanhang; det finns inget 'jag' som står fritt från andra 'jag' (t ex Friedman 1988, Hornborg 2003; se också Carlboms kapitel i denna antologi). En kenyansk psykolog, kritisk till att den västerländska "självkonstruktionen" tas för given och behandlas som universellt giltig, beskriver det på följande sätt:

Den västerländska modellen utgår från en idé om självet som en avgränsad enhet gentemot världen, medan i afrikanska synsätt är självet en enhet i nära samspel med den mångfasetterade omvärlden (Nwoye 2006:119, min översättning från engelska).

Hur människor svarar på frågan om vad en "människa" är, kommer att vara central för synen på sjukdom och läkande – men också för hur sjukdom upplevs och formas (Janzen 2002, Good 1994). Detta gäller inte minst det vi kallar de psykiska sjukdomarna. Det typiska för den västerländska synen är att en människa är en kropp. Därför handlar biomedicin i hög grad om att ta sig in i kroppen, vare sig det är fråga om somatisk eller psykisk sjukdom (Good & Good 1993, i Janzen 2002:207-208). I andra kulturella sfärer är det långt vanligare att man söker sjukdomars orsak och dess bot utanför kroppen – i det sociala eller transcendent (det som ligger bortom den mänskliga uppfattningsförmågan).

Kulturbundenhet i hanterandet av psykisk ohälsa

Folkmedicinska modeller för att bemöta psykisk ohälsa eller traumatiska upplevelser kan i sitt sammanhang vara mer effektiva än västerländsk psykiatri, hävdar en del forskare (t ex Shah 2006). Enligt en WHO-studie från 1979 hade personer med schizofreni-diagnos mycket bättre chans att tillfriskna i en del utvecklingsländer än i länder med modern biomedicinskt grundad psykiatri. I Danmark låg siffran på 11 % återställda efter tre år, medan den låg på 49 % i Nigeria och 51 % i Indien (Good 1992, i Hornborg 2003:221). Hornborg konstaterar att både diagnos och behandling innefattar användande av kulturella symboler (detta gäller även den väster-

ländska biomedicinen, se t ex Moerman 2002) och att vi inte bör ta för givet att de moderna behandlingsformerna är de mest effektiva: ”Hur fantasifulla och osannolika andra kulturella tolkningar av psykiskt lidande än må verka måste vi kanske närma oss dem som terapeutiska arenor som förtjänar att tas på allvar” (2003:221). Den centrala skillnaden mellan många folkmedicinska modeller och den västerländska biomedicinska modellen är att den senare lägger tyngdpunkten i sökandet efter en orsak till psykisk sjukdom inom den enskilda individen. I andra medicinska modeller söker man både sjukdomsorsak och behandling inom ramen för människans sociala sammanhang (t ex Crawford & Lipsedge 2004).

En form av helanderitual är den som beskrivits ovan, zar-kulten. Vid zar-ceremonier kan en enskild persons psyke påverkas genom aktiviteter som kan beskrivas som en form av gruppterapi (Al-Adawi et al 2001). De omfattar ett trancetillstånd, som brukar klassificeras under rubriken ”förändrade medvetandetillstånd” (ASC, Altered States of Consciousness). Det som av den västerländska biomedicinen ses som ett intrapsykiskt fenomen, ses ofta av de grupper som praktiserar zar som att enskilda personer är i kontakt med utifrånkommande väsen: en ande kan kommunicera genom att ta en kropp i besittning, något som kan leda till både fysisk och psykisk sjukdom (Al-Adawi et al 2001). I helanderitualen används rytm för att försätta den besatta personen i ett trancetillstånd, och i litteraturen hävdas att detta ofta fungerar: zar är en av flera framgångsrika tekniker för psykiskt helande och beskrivs som effektivt för en mängd psykiatriska tillstånd (i den västerländska klassifikationen), exempelvis vid depression och schizofreniliknande tillstånd (Al-Adawi et al 2001).

Det finns överväldigande belegg för att den här sortens ritualer faktiskt kan fungera helande för många människor som lider (t ex Anderson 1996, Bourguignon 1979, Janzen 2002, Koss-Chioino 2005). Genom ritualen sker en ”transformation” av människan (Bourguignon 1979, Csordas 1988). Övertygelse hos enskilda personer och användning av centrala symboler i ett kulturellt system leder till faktiska somatiska och psykiska förändringar. Den medicinska antropologen Daniel Moerman (2002) har kallat denna process för meningsrespons; en kraftfull läkande process som är

sammanvävd med och omöjlig att särskilja från autonom respons (läkande kopplat till att kroppen strävar mot balans i systemet) och specifik respons (läkande som ett resultat av riktad behandling, t ex psykofarmaka) i den totala läkandeprocessen. Detta gäller inom den västerländska biomedicinen likaväl som i mer traditionella folkmedicinska system. I väst är exempelvis kirurgi en kulturell symbol som starkt påverkar patienter – i det fåtal placebostudier som gjorts med kirurgisk inriktning (t ex bypassoperationer, knäoperationer vid artros) har placeboingrepp visat sig ha nästan lika hög effekt, eller i vissa fall högre, än de verkligen genomförda ingreppen (Moerman 2002, Barrett et al 2006). Betydelsefulla kulturella symboler påverkar oss alltså starkt i ”verklig” mening – både psykiskt och fysiskt. I detta perspektiv är det inte särskilt märkligt att helanderitualer kan fungera.

Dessa processer har man nu börjat kartlägga på mikrobiologisk nivå. Forskning inom fältet psykoneuroimmunologi har redan idag kommit så långt att man har kunnat fastslå en klar koppling mellan känslor och hälsa/ohälsa. Negativa känslor som vrede, depression, fientlighet och ångest har en direkt och numera påvisbar fysiologisk påverkan på immunförsvaret, hjärt- och kärlsystemet, endokrina systemet och centrala nervsystemet. Sociala relationer motverkar negativa känslor och påverkar dessa kroppsliga system i positiv riktning (Kiecolt-Glaser et al 2002).

Z berättar om hur koranläsning hjälper när människor mår dåligt:

– När man läser ur Koranen, det man får hjälp med är att man blir samlad. Rädslan för [morgondagen] blir mindre, man blir lugn och samlar sitt tålamod, får stöd, ”jag hjälper dig på vägen”. Det är ju en slags [psyko]terapi, men dom tror inte att det är terapi, dom tror att det är texten ur Koranen som gör det. Men den här personen som läser Koranen, jag tror det är kloka människor som hade kunnat göra jättemycket nytta inom [psyko]terapi, om dom hade fått mer kunskap. Dom fokuserar helt på den personen som ska få hjälp och som tror på Koranen... det är ju en grundtanke som är väldigt god... men jag tror att dom här personerna har speciella personligheter, dom har styrka och kraft

och dom kan möta dom här människorna som är sjuka på ett speciellt sätt. Ofta har dom speciella kläder, och dom möter dom sjuka med stor säkerhet, ”jag vet vad du har för problem” och ”håll mig nu i handen”, och så läser hon texten och kramar handen och ger ett väldigt starkt intryck. En del blir friska av det.

Vad Z talar om här är en speciell karisma som kan fungera läkande i de här situationerna. Hennes förståelse av vad som händer i en sådan här situation har klart stöd i forskningen. I en studie som jämförde västerländsk biomedicin med ”heligt helande” (sacred healing) har Kaja Finkler (1994) visat hur symboliskt utformade ritualer verkar helande för patienter i det att de bemöter inre konflikter på ett symboliskt plan. Patienter med diffusa smärtsymtom som Finkler följde i Mexiko, vände sig både till biomedicinskt skolade läkare och till personer i kloster som utförde helanderiter. I enlighet med det biomedicinska paradigmet fick patienter inom den västerländska vården inte sällan besked om att det var oklart vad det var för fel på dem, att en behandling skulle prövas men eventuellt överges om den inte ledde till förbättring av hälsan, samt att personerna som sökte vård borde tänka mer på sin egen livsföring som exempelvis kost (ett bemötande som i realiteten förmedlade både osäkerhet kring att läkarna visste vad de höll på med, samt en underförstådd kritik av patienten). Dessa patienter, när de vände sig till klostret, möttes i stället av diagnosticering och behandling utifrån en medicinsk modell som omvandlade patientens förhållande till sig själv, till människor runt omkring och till Gud: ”gradvis förvandlades en persons existens genom att hon själv, och ibland hela hennes familj, införlivades i en religiös gemenskap” (Finkler 1994:188-189). Det handlade inte om mirakulösa snabba tillfrisknanden – människorna hon följde mådde gradvis bättre och ibland innebar vägen dit till och med fördjupad smärta. Men under processen växte nya sociala nätverk fram, nya mer konstruktiva relationer till anhöriga och i förlängningen hälsa.

Det speciella med det helande Finkler beskriver från Mexiko är att ”läkarna” inom klostret inte frågade efter symtom, smärtans lokalisering eller hur länge den varat. De ”visste” genom en ceremoni utan samtal. Vi kan knyta detta till västerländsk biomedicin, där place-

boforskningen visat att en avgörande faktor för patienters tillfrisknande är läkarnas egen övertygelse om att deras tekniker fungerar: av stor betydelse är om läkaren utstrålar säkerhet och förmedlar ”en lugn förvisning, en visshet om att allt kommer att gå bra” (Moerman 2002:41).

Detta avsnitt ska också förstås som en kritik av att definitionen och utövandet av västerländsk psykiatri, såsom den ofta fungerar, är den perfekta lösningen för alla som lider av olika former av psykisk ohälsa. Sådana antaganden avspeglar ett etnocentriskt perspektiv. Att hålla fast vid den i många avseenden kantiga västerländska klassifikationen är att svika svagare grupper och rusta sig illa för de utmaningar dagens mångkulturella samhällen står inför, hävdar bla Good (1996).

I en vårdkontext som syftar till att öka den psykiska hälsan hos grupper av människor från andra delar av världen kan det vara en god idé att ta vara på hälsofrämjande processer som redan existerar inom grupperna, hävdar Watters: ”Samtalsterapi är sannolikt effektiv om den undviker att tvinga på smala diagnostiska kategorier, och [i stället] lyfter fram former av socialt stöd och de behandlingsinriktade aktiviteter som redan existerar inom flyktinggrupper” (2001:1716). Också andra forskare lyfter fram den potential som finns i en behandlingsideologi som är bredare i sitt förhållningssätt, och som öppnar upp för ett användande av betydelser och symboler som patienten har inom räckhåll från sin egen kultur (Tribe 2002). Men kanske finns det också skäl att lyfta fram att det är något specifikt västerländskt att medikalisera tillstånd och upplevelser som i många andra samhällen ses som sociala händelser snarare än medicinska. Likaså att en del ”helande” kan ske på sociala arenor hellre än medicinska:

- Den här studien har uppkommit för att man kunnat se att invandrargrupper i Rosengård inte söker så mycket psykiatrisk vård som dom ”borde” göra ...
- Ja ... med alla problem som finns! [Skrattar.]
- Vad tänker du om det?
- [Lång paus.] Ja ... [Lång paus.] Ja Sara, om jag ska vara ärlig,

jag tycker bara det är positivt. Att statistiken är sådan, om det ser ut som dom har sagt. Med alla problem som finns i Rosengård som jag känner till...

– Varför är det positivt?

– Först och främst är det då... Jag kan inte neka till att det finns problem. Det är klart att det finns det. Men samtidigt... det måste finnas andra metoder, som finns där och som hjälper psykologiskt i den här gruppen. Jag vet att det finns där också. I både religionen och kulturen. Ibland finns sådana händelser [tilldragelser] i olika lägenheter [ritualer förankrade i tradition]. Det sker utanför systemet, men innanför samhället. Det är bara positivt. Det är inne i samhället, även om det är utanför systemet. Samhället heals... each other. Det vet jag, att i det samhället vi lever, med pressure, stress, allt som finns, kan vi inte lägga [sopa] problemen under mattan. Det är möjligt att det finns individer som kommer att bära tio femton tjugo års psykologi [psykisk ohälsa], de kommer till sist inte att orka livet. Individer från Rosengård... Det är kanske en effekt som man kan få se lite senare. Men just nu verkar det som om man har i Rosengård... och också andra delar av Malmö... har metoder där samhället [community] heals...

Bort från kultur: sociala och ekonomiska aspekter i fokus

Det här kapitlets diskussion om kulturella aspekter av psykisk ohälsa ska inte tolkas som ett påstående om att social kontext – eller biologiska faktorer – inte är betydelsefulla. Allt måste tas med i ett helhetsperspektiv, men här har just en av dessa aspekter lyfts fram, den om kultur. I och med detta fokus finns de risker närvarande som diskuterades i inledningen; kanske främst risken för att man exotiserar specifika invandrargrupper. Jag vill därför återigen framhålla att en text som har kulturella skillnader i fokus med nödvändighet måste lyfta fram det annorlunda, men att detta inte betyder att intervjupersonerna inte också gav perspektiv på psykisk ohälsa som ligger helt i linje med västerländska förhållningsätt till frågan. Detta gäller särskilt de intervjuer som gjorts med personer med bosnisk bakgrund. Vi har kunnat se att den östeuropeiska gruppen är speciellt intressant för projektets frågeställning (se Olle Östmans kapitel i denna antologi) och därför gjordes ett antal intervjuer med personer

med bakgrund i Bosnien. Material från dessa intervjuer har emellertid inte lyfts fram i detta kapitel i någon högre grad, då de resonemang som fördes av intervjupersonerna inte på väsentliga punkter utmärkte sig och visade på några större kulturella skillnader.

Vidare finns risken att ”kultur” överbetonas som förklaringsmodell, ett kulturalistiskt förhållningssätt. Därför vill jag avsluta med att framhålla att den psykiska ohälsan inte enkelt kan skiljas från den fysiska, ekonomiska och sociala hälsan. Hos den enskilda människan är upplevelsen en och odelbar. I en artikel som framför en stark kritik mot PTSD-begreppet framhåller Zarowsky (2004) att de somaliska flyktingar hon mötte under sitt fältarbete i Etiopien inte såg sin egen psykiska hälsa (eller ohälsa) inom ramen för ”medicin”: svåra livssituationer leder till individuella känslor av olycka och till och med galenskap. En svår livssituation handlar ofta mindre om det individuella ”psyket” än om sociala och ekonomiska livsvillkor (som sedan slår tillbaka mot individens psykiska hälsa). Kontexten ses i vårt medicinska system ofta som sekundär i förhållande till känslor och upplevelser som är ”verkligt” individuella – men, skriver Zarowsky (2004:202), kontexten är helt central: ”Kontexten’ är verklig, och lika betydelsefull som det individuella uttrycket för den levda erfarenheten” (2004:203). Fokus i denna situation av psykisk ohälsa var bland hennes informanter inte en fråga om medicinsk/psykologisk behandling, utan om att göra någonting åt de sociala och ekonomiska omständigheterna och att mobilisera de sociala nätverken för att förändra den totala livssituationen. I den västerländska biomedicinska modellen är det bara vissa (begränsade) aspekter av en människas tillvaro som anses vara ”kliniskt betydelsefulla”, medan det bredare sociopolitiska sammanhanget som är av avgörande betydelse för psykisk hälsa ofta negligeras (Watters 2001). Dessa frågor sedda i ett globalt perspektiv handlar också om att man medikaliserar orättvisor, hävdar en del forskare (t ex Kirmayer 2006): sociala följder av fattigdom, våld och ojämlikhet omformuleras i termer av ”psykisk ohälsa” och lösningen på problemen som föreslås är mer och bättre tillgång till psykiatrisk vård. I ett sådant perspektiv maskeras svåra sociala problem som egentligen kräver politiska och ekonomiska lösningar.

I en studie i Montreal, där man testade hypotesen att boende i områden med hög arbetslöshet hade en sämre fysisk och psykisk hälsa, visade sig detta stämma för de boende som hade invandrarbakgrund (Zunzunegui et al 2006). I en antropologisk studie med fokus på bosnier i Sverige jämfördes ett par grupper där alla vistats i samma bosniska koncentrationsläger. Alla familjer kom från samma stad i Bosnien och hade likartad socioekonomisk bakgrund. I Sverige kom de till olika platser: några familjer hamnade på en plats där det fanns arbetstillfällen (om än tillfälliga) men ingen psykiatrisk vård; andra familjer hamnade på en plats med tillgång till psykiatri, men inga arbeten. Efter ungefär ett år visade det sig i uppföljningen att de familjer där de vuxna haft möjlighet att arbeta mådde bättre än de andra familjerna, där en majoritet av de vuxna var sjukskrivna på obestämd tid (Eastmond 1998). Detta tema kom också upp under en del intervjuer. På frågan om hur man kan öka det psykiska välbefinnandet bland boende i Rosengård svarade M, med bakgrund i Bosnien:

– Människovärdet ligger mycket i försörjningen. Man ska jobba och försörja sig själv helt enkelt. Inte be om pengar varje månad... När man jobbar har man inte tid att tänka [grubbla] så mycket. Många har ju jobbat hela sitt liv, försörjt sina familjer. Nu när dom får socialbidrag så är det som om dom är inte värda någonting. Jag har träffat många som har kämpat och kämpat för att hitta jobba, bryta isoleringen, men till slut, det blev ingenting.

Vid förfrågan om intervju i en grupp relativt nyankomna bosnier, frågade flera män mig på engelska, halvt på skämt och halvt på allvar, om jag kunde ordna jobb till dem. Under intervjun med flera personer med bakgrund i Bosnien kom frågan om arbete upp vid ett flertal tillfällen – flera uttryckte att deras största rädsla var att de i framtiden inte ska få jobb i Sverige.

Många vårdsökande flyktingar ser sig inte alltid som ”sjuka”, men snarare som drabbade av en mängd sociala, politiska och ekonomiska svårigheter (Watters 2001). Den internationella diskussionen om psykisk ohälsa bland flyktingar och invandrare i västländer

handlar idag om hur barriärerna mellan psykiatri och socialtjänst måste rivas ned för att minska den psykiska ohälsan, en slutsats som stöds av vårt intervjumaterial från Rosengård.

Sammanfattande diskussion

Att psykisk ohälsa och psykisk sjukdom ofta ses som ett kontinuum var ett tema som framkom i intervjuerna: man kan lida av milda former av psykisk ohälsa, men dessa kan ibland utvecklas till starkare former av psykisk sjukdom. Att det finns en stark skam förknippad med psykisk ohälsa blev också tydligt, även om vissa informanter menade att sådana attityder är vanligare och starkare på exempelvis landsbygden än bland stadsbor med högre utbildning. Att hålla psykiska problem inom familjen, och undvika kontakt med psykiatrin såvida det inte blir nödvändigt för att ”det gått för långt”, framstår som en vanlig strategi. Att sociala nätverk mobiliseras när någon mår dåligt beskrevs av de flesta informanterna. Bland somaliska praktiserande muslimer beskrivs koranläsning som en viktig strategi för att bemöta både problem, psykisk ohälsa och sjukdom. Intervjumaterialet diskuterades vidare i relation till den forskning som finns på fältet medicinsk antropologi. Syftet var att lyfta fram att vi aldrig kan nå fram till en syn på psykiska sjukdomar som står fri från kultur; även den västerländska psykiatrin är en kulturell produkt som vuxit fram i ett specifikt kulturellt och historiskt sammanhang. Det som i våra ögon är normalt, rationellt och ”vetenskapligt förankrat” kan i andras perspektiv te sig mycket främmande och irrationellt. På ett växande forskningsfält inom medicinsk antropologi visar alltfler studier att sociala och kulturella faktorer spelar stor roll i både insjuknande- och tillfrisknandeprocesser. I ett mångkulturellt samhälle bör det alltså finnas en medvetenhet om att vår klassifikation av psykisk ohälsa, och våra metoder för att lindra och bota, kanske inte är det optimala för alla i samhället i alla sammanhang. Vi behöver också förhålla oss med ödmjukhet till det faktum att det kan finnas för oss främmande praktiker som kan ha stor betydelse för både insjuknande och tillfrisknande. Inte minst behöver vi vara medvetna om att tendensen att se individer som fristående från sitt sociala sammanhang är en egenhet som är mycket västerländsk.

Trots detta kapitelns fokus på ”kultur” visade intervjumaterialet att åtgärder för att förbättra den psykiska hälsan hos boende i Rosengård bör inriktas främst mot sociala och ekonomiska livsvillkor. I den mån psykiatri söks, bör det finnas en utbredd kännedom om att den västerländska synen på orsaker till och behandling av psykisk ohälsa är en kulturprodukt – och att den vård sökande kan omfatta också andra synsätt på psykisk ohälsa och vård.

REFERENSER

- Al-Adawi, et al (2001): "Zar: group distress and healing". *Mental Health, Religion & Culture* 4(1):47–61.
- Allen, Matthew et al (2004): "Attacked by the gods or by mental illness? Hybridizing mental and spiritual health in Okinawa". *Mental Health, Religion & Culture* 7(2):83–107.
- Anderson, Robert (1996): *Magic, Science and Health*. New York, London: Harcourt Brace College Publishers.
- Barrett, Bruce, et al (2006): "Placebo, Meaning, and Health". *Perspectives in Biology and Medicine* 49(2):178–198.
- Bourguignon, Erika (1979): *Psychological Anthropology*. New York, London: Holt, Rinehart and Winston.
- Comaroff, Jean (1980): "Healing and the Cultural Order: The Case of the Barolong Boo Ratshidi of Southern Africa". *American Ethnologist* 7(4):637–657.
- Crawford, Tanya & Maurice Lipsedge (2004): "Seeking help for psychological distress: the interface of Zulu traditional healing and Western biomedicine". *Mental Health, Religion & Culture* 7(2):131–148.
- Csordas, Thomas J (1988): "Elements of charismatic persuasion and healing". *Medical Anthropology Quarterly* 2(2):121–142.
- Eastmond, Marita (1998): "Nationalist discourses and the construction of difference: Bosnian Muslim refugees in Sweden". *Journal of Refugee Studies* 11:161–181.
- Eastmond, Marita (2007, in press): "Reconstituting normal lives, shaping new citizens: refugee integration and the politics of trauma". *Social Science and Medicine*.
- Finkler, Kaja (1994): "Sacred Healing and Biomedicine Compared". *Medical Anthropology Quarterly* 8(2):178–197.
- Friedman, Jonathan (1988): "Persondannelsen og det medicinske felt: tre modeller". *Stofskifte* 18:147–156.
- Good, Byron J (1994): *Medicine, Rationality, and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Byron J (1996): "Culture and DSM-IV: Diagnosis, knowledge and power". *Culture, Medicine and Psychiatry* 20:127–132.
- Good, Byron J (1997): "Studying Mental Illness in Context: Local, Global, or Universal?"
- Helman, Cecil G (2000): *Culture, Health and Illness*. New York: Oxford University Press.
- Hesslow, Germund (1979): *Medicinsk vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

- Hopper, Kim (1991): "Some old questions for the new cross-cultural psychiatry". *Medical Anthropology Quarterly* 5(4):229–330.
- Hornborg, Alf (2003): "Självetts gränser och faser i olika kulturer: en introduktion till psykologisk antropologi". *Moderna människor: Antropologiska perspektiv på samtiden*. Red: C Garsten & K Sundman. Stockholm: Liber.
- Janzen, John M (2002): *The Social Fabric of Health*. New York: McGraw-Hill.
- Johannisson, Karin (1991): "Sjukdom som kulturell konstruktion". *Tvärsnitt* 1:26–33.
- Johnsdotter, Sara (2007, under tryckning): "'Släkträdets är långt': Transnationella svensksomaliska familjer och socialtjänsten". *Transnationella rum och diasporiska gemenskaper*. Red: Erik Olsson m fl. Umeå: Boréa förlag.
- Kiecolt-Glaser, Janice K, Lynanne McGuire, Theodore F Robles, Ronald Glaser (2002): "Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology". *Annual Review of Psychology* 53:83–107.
- Kirmayer, Laurence (2006): "Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization". *Transcultural Psychiatry* 43(1): 126–144.
- Koss-Chioino, Joan D (2005): "Spirit healing, mental health, and emotion regulation". *Zygon* 40(2):409–422.
- Marcus, George E, Michael M J Fischer (1986): *Anthropology as Cultural Critique*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moerman, Daniel (2002): *Meaning, Medicine, and the 'Placebo Effect'*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Muddle Suzanne Lilius (ed.), *Variations on the Theme of Somaliness*. Turku: Centre for Continuing Education, Åbo Akademi University.
- Nwoye, Augustine (2006): "Remapping the fabric of the African self: a synoptic theory". *Dialectic Anthropology* 30(1–2):119–146.
- Shah, Siddharth Ashvin (2006): "Resistance to cross-cultural psychosocial efforts in disaster and trauma: Recommendations for ethnomedical competence". *The Australian Journal of Disaster*, vol 2.
- Shand, Alex (2005): "In defence of medical anthropology". *Anthropology and Medicine* 12(2):105–113.
- Showalter, Elaine (1987): *The female malady: women, madness and English culture 1830-1980*. London: Virago.
- Summerfield, Derek (2001): "The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category". *BMJ* 2001, 322:95–98.
- Summerfield, Derek (2002): "Commentary". *Advances in Psychiatric Treatment* 8:247–24.

- Summerfield, Derek (2004): "Cross-cultural perspectives on the medicalisation of human suffering". *Post-Traumatic Stress Disorders: Issues and Controversies* (ed. Rosen).
- Thörn, Åke (2004): "... bland undanglidande syndrom och tillstånd: Folkhavet brusar av värk, trötthet, oro, huvudvärk, yrsel, magont..." *Läkartidningen* 101(51-52):4224-4226.
- Tiilikainen, Marja (2003): "Somali women and daily Islam in the diaspora". *Social Compass* 50(1):59-69.
- Tiilikainen, Marja (2002): "Suffering and symptoms: Aspects of everyday life of Somali refugee women". Paper presented at the Third Nordic Workshop in Medical Anthropology held in Mekrijärvi, Finland, 20-23 March 2002.
- Tribe, Rachel (2002): "Mental health of refugees and asylum-seekers". *Advances in Psychiatric Treatment* 8:240-248.
- Whitley, Rob, Laurence J Kirmayer, Danielle Groleau (2006): "Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal". *The Canadian Journal of Psychiatry* 51(4):205-209.
- Young, Allan (1995): "Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder". *Transcultural Psychiatry* 32(3):287-298.
- Zarowsky, Christina (2004): "Writing trauma: Emotion, ethnography, and the politics of suffering among Somali returnees in Ethiopia". *Culture, Medicine and Psychiatry* 28:189-209.
- Zunzunegui, Maria-Victoria, Mathieu Forster, Lise Gauvin, Marie-France Raynault, J Douglas Willms (2006): "Community unemployment and immigrants' health in Montreal". *Social Science and Medicine* 63:485-500.
- Östman, Margareta & Lars Kjellin (2002): "Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness". *British Journal of Psychiatry* 181:494-498.

KAPITEL 7

INDIVID OCH SOCIAL KONTEXT – HYPOTESER KRING PSYKISK OHÄLSA I ETT SEGREGERAT OMRÅDE Aje Carlbom

Den grundläggande frågan i det här projektet är varför stadsdelen Rosengård statistiskt sett uppvisar en underkonsumtion av psykiatrisk vård jämfört med andra stadsdelar i Malmö. Det vore naturligtvis önskvärt om det gick att presentera hållbara och säkra resultat på varför det förhåller sig på det sätt som studiens antagande stipulerar. Riktigt så enkelt är det emellertid inte. Det finns en mängd kunskapsmässiga fällor att fastna i på vägen mot en förståelse av varför människor i området tycks undvika att söka psykiatrisk hjälp jämfört med invånare i andra områden. I den här artikeln är avsikten att sätta fokus på några tänkbara hypoteser till varför vägen från psykisk ohälsa till den psykiatriska vården är längre för många invandrade personer än för den infödda majoritetsbefolkningen.

Psykisk ohälsa är ett kunskapsobjekt som är mycket svårt att avgränsa och hantera. Vad är psykisk ohälsa och hur ska man förstå vad som ligger till grund för denna? Kunskapsmässigt kan man göra det enkelt för sig och avgränsa fenomenet till klart urskiljbara fall av psykiska sjukdomar. Eller, så kanske man finner någorlunda klara fall att sortera in under kategorin PTSD (erfarenheter av fängelse, krig eller tortyr i hemlandet) (se Summerfield 2005 för en kritisk

diskussion av PTSD). Men om man istället väljer att vidga förståelsen öppnar det sig en mer diffus och komplicerad problembild där det är förenat med stora svårigheter att avgöra vad som ligger till grund för att människor upplever emotionella problem som exempelvis nedstämdhet, förvirring, depression eller ångest. Beror psykisk ohälsa på ”brister” inom personen, på yttre ekonomiska och sociala omständigheter eller handlar det om både och? Handlar det om existentiella problem i största allmänhet eller om att man blir förtryckt på sin arbetsplats? Eller, handlar det om att man saknar arbete? Är det, annorlunda uttryckt, ”aktör” eller ”struktur” som bör betonas? Julia Bala (2003) har formulerat komplexiteten en ”mental health provider” ställs inför på ett insiktsfullt sätt:

[...] should one see the refugees as survivors, as victims, as medical causalities, as traumatized people or as marginalized citizens? Should one reduce the problems in order to make them manageable, or should one expand the context to understand problems in their complexity? Where are the problems located: within the individual, the family and the community, or within the interactions among different system levels? Should the problems be defined as psychological, medical, social, political, cultural, existential or multidimensional? (ibid:170).

Vanligt i västvärlden är att man betonar aktören och gör psykisk ohälsa till ett individuellt fenomen där personen kan återföras till ”normalitet” genom att han/hon medicineras eller löser sina problem i olika former av psykoterapi. David Ingleby (2005), professor i interkulturell psykologi, kritiserar exempelvis den västerländska standardmodellen som dominerar synsättet kring psykisk hälsa/ohälsa. Den biomedicinska modellen betraktar individen som avskild från kulturella, politiska, ekonomiska och historiska kontexter. Upplevelser som till exempel trauma, förvirring, sorg, kognitiva problem etc, betraktas i det dominerande synsättet som intrapsykiska processer när de i realiteten är inbäddade i olika sociala sammanhang (ibid:18–19; se också Good 1997 för en diskussion om kontextens betydelse för förståelsen av psykisk ohälsa).

Denna, i sammanhanget kulturspecifika, modell för var problemen ska lokaliseras – i det här fallet innanför gränserna som utgörs av kroppen per se – kan naturligtvis äga sin giltighet i sammanhang där den ingår i ett kosmologiskt ramverk som omfattas av både terapeut och patient. Det är dock tveksamt om denna begränsade modell är giltig för förståelsen av psykisk ohälsa i en stadsdel som Rosengård. För att förstå psykisk ohälsa i allmänhet och i synnerhet den psykiska ohälsa människor i stadsdelen Rosengård konfronterar är det helt nödvändigt att betrakta denna inom ramen för den sociala kontext människor har att hantera. Hur ser deras livsvärld, eller livsvärldar, ut? Vilken typ av sociala relationer eller nätverk ingår de i? Social kontext ska här förstås i bred mening: den omfattar sålunda kulturspecifika handlingsmönster, familjerelationer i Sverige och i det hemland man tvingats lämna. Dessutom ingår relationer till det nya landets struktur: arbetsmarknaden och det politiska systemet står här som kanske mer centrala än andra. Det är invandrades och flyktingars totala livssituation som måste analyseras för att det ska vara möjligt att förstå den psykiska ohälsa som finns i ett segregerat område av Rosengårds typ. Kunskapsmässigt finns en fara i att reducera människors livssituation till en prime mover, även om det kan finnas goda politiska skäl att göra så. När det gäller Rosengård, som är ett mångetniskt bostadsområde, är det av vikt att förstå att människor här ofta lever i sociala kontexter som skiljer sig på väsentliga punkter från hur människor i majoritetssamhället lever.

En del av det empiriska material som används i artikeln består av intervjuer som gjorts med människor i stadsdelen Rosengård. Kvalitativa intervjuer betraktas ibland som en metodologisk ”fix” som kan generera en så kallat ”djupare” förståelse av människors föreställningsvärldar. Naturligtvis är det betydelsefullt att intervjua människor och få deras syn på, i det här fallet, psykisk hälsa/ohälsa. Det finns dock flera komplikationer med att intervjua människor. Charlotte Linde (1993) pekar exempelvis på det faktum att människor, beroende på vilket sammanhang de befinner sig i, konstruerar olika typer av förklaringar till en och samma händelse. Kort sagt är det möjligt, för att inte säga nödvändigt, att välja ut vissa aspekter ur sin livsvärld när man ska konstruera en trovärdig berättelse för någon annan (ibid: 5). Vilka aspekter som betonas kan variera beroende på

hur informanten uppfattar situationen och vilken typ av frågor som ställs (ibid: 5–6). Som citatet av Bala ovan indikerar är den sociala situationen för många flyktingar så komplex att det knappast är tillräckligt med ett samtal på en timme eller två för att det ska vara möjligt att ge en rättvis beskrivning av olika problem.

De data som kommer fram i intervjuer utgör sålunda inte objektiva fakta som en gång för alla är fixerade i tid och rum. Det enda och verkliga skälet till varför människor upplever världen på ett visst sätt existerar inte. Människor bär inte runt på 'fakta' i huvudet som det är möjligt att en gång för alla avtäckas med rätt formulerade frågor. Som psykiatrikern Derek Summerfield (2005) påpekar, kan en och samma flykting formulera olika svar beroende på sitt predikament om samtalet äger rum med "an aid worker in Rwanda, a doctor in London, a British immigration official, a human rights tribunal or fellow asylum seeker" (ibid.: 102). En annan kritik som riktats mot forskning som arbetar utifrån kognitionsmodeller är att de i hög utsträckning skapar snarare än avtäckes attityder till olika fenomen (Ogden 2003). En kvalitativ forskare har inte som primär uppgift att finna det enda sanna skälet till olika fenomen. Uppgiften är att utifrån mer eller mindre kvalificerade tolkningar försöka rekonstruera hur, i det här fallet, den sociala logiken eller situationen är beskaffad för flyktingar i stadsdelen Rosengård.

En annan avsikt med det här kapitlet är att problematisera frågan om psykisk ohälsa och flyktingskap. Detta är av stor betydelse eftersom det övergripande temat – invandring till Sverige – vanligtvis diskuteras utifrån grova förenklingar. Det tycks finnas ett i det närmaste omätligt behov i det offentliga systemet av att finna svaret på hur det egentligen är att vara invandrad till Sverige. Metodologiskt är problematiseringen i det följande konstruerad som ett bricolage av olika infallsvinklar på psykisk ohälsa. Texten är sammansatt av citat från informanter och från delar av litteraturen som diskuterar psykisk ohälsa och flyktingskap. Eftersom intervjuerna varit av explorativ karaktär och inte kategoriserade i termer av etniska grupper är artikeln istället disponerad i form av teman. Vissa av dessa teman kan, men behöver inte, vara giltiga för alla människor som bor i området eller för alla personer som identifierar sig på ett visst sätt. Det viktigaste argumentet för att problematisera psykisk ohälsa

handlar om att undvika ett reduktionistiskt tänkande. Den mänskliga tillvaron, oberoende av kulturell förankring, är så komplex att alltför grova förenklingar innebär att viktiga insikter kring psykisk ohälsa går förlorade om man alltför lättvindigt reducerar problem till en enda sak, exempelvis PTSD, patriarkatet eller rasism.

Stadsdelen Rosengård: en komplex verklighet

För det första kan man säga att det inte finns någon metodologisk möjlighet att fånga in och förstå alla sociala problem som existerar i Rosengård och vilken typ av psykisk ohälsa dessa genererar. Det är ett stort område med närmare 23 000 invånare som alla har olika förutsättningar att klara sig i Malmö eller i Sverige (Områdesfakta för Malmö 2005). Vissa är välutbildade från sina hemländer, andra har en gedigen kunskap inom något hantverksyrke samtidigt som många helt saknar högre studier. Här finns också vuxna analfabeter och en stor grupp unga människor som varken talar föräldrarnas modersmål eller svenska särskilt bra. Här finns de som är djupt inlemmade i etniska och religiösa sammanhang och andra som befinner sig i gränslandet mellan olika nationella och sociala grupper. I Rosengård finns också politiska och sociala krafter som drar åt olika håll. Många människor vill inget hellre än att ha ett lönearbete men är samtidigt kritiska mot att genomgå en kulturell integration i Sverige. Detta gäller särskilt för personer som växt upp i traditionella miljöer med starka krav på sexuell kyskhet. Kort sagt, stadsdelen Rosengård är en mångetnisk och mångkulturell stadsdel som uppvisar en hög grad av komplexitet och variation vad gäller psykologiska och sociala överlevnadsstrategier. En av imamerna som intervjuats beskriver svårigheterna många har att hantera:

För att behandla den här frågan [om psykisk ohälsa] på rätt sätt måste man tänka på att 50 % av befolkningen är analfabeter. Kommer du och pratar med de här människorna så har de svårt att förstå vad det handlar om. De känner inte till att de är i Sverige. De vet inte att de finns i en stad som heter Malmö, att Malmö är en större stad i Sverige. Allt det här är komplicerade saker för dem. Det är okänt. Centralt för människor är satellitkanaler så att de kan titta på hemlandets teve. Genomsnitt för varje familj är 5–6 barn. Så ser bakgrunden ut till varför inte så många går till psykologer för att lösa sina problem.

Varifrån siffran 50 % kommer är oklart, men även personalen på en av vårdcentralerna i Rosengård har noterat att analfabetism är ett inslag i området. Här är det möjligt att spåra en viss uppgivenhet. ”De tränar sig i att läsa och skriva”, säger en av de svenska informanterna, ”men låt dem göra någonting annat. Det är tveksamt om de kommer att kunna tillgodogöra sig dessa färdigheter. Många är också väldigt traumatiserade”. Citatet ovan sätter dock fingret på en aspekt av flyktingskapet som är viktigt att ha i åtanke, nämligen svårigheten många invandrare har att orientera sig i samhället.

Statistiskt är det möjligt att belägga att människor i stadsdelen Rosengård har att hantera några olika svårigheter. Det problem som vanligen lyfts fram i den offentliga debatten är ”utanförskapet”: att många människor med annan etnisk/nationell bakgrund är arbetslösa och generellt saknar relationer in i det svenska majoritetssamhället. Frågan om utanförskap, ibland omtalat som exklusion eller marginalisering, är ett fenomen som ofta har starka politiska övertoner. Ofta sammankopplas det per automatik med främlingsfientlighet eller rasism (se Molina 1997; Integrationsverkets hemsida Sverige Mot Rasism). Ett problem i det här sammanhanget är det ideologiska antagande som ofta styr diskussionen. Det vill säga, eftersom det kan beläggas att invandrade personer på statistiska grunder är marginaliserade från det svenska majoritetssamhället så tas detta som intäkt för att personerna också är ”isolerade” i största allmänhet. Detta är en högst tvivelaktig tolkning. Det kan mycket väl vara tvärtom: att människor kan upphäva känslan av isolering genom att flytta från svenska områden till stadsdelen Rosengård.

Genom åren har jag har intervjuat flera personer som beskrivit hur de varit bosatta i andra områden (och städer) och hur detta har upplevts som tämligen besvärligt. Det är sällan diskriminering som betonats under dessa intervjuer, i flera fall har det tvärtom varit så att svenskar tagit väl hand om de intervjuade. En arabisk familj, som enligt egen beskrivning blev mycket väl bemötta och inlemmade i den svenska gemenskapen i en norrländsk by, valde dock att efter några år flytta till Rosengård för att de ville komma närmare vänner och bekanta som redan bodde i området. En annan arabisk familj

levde i en annan skånsk kommun än Malmö i flera år och upplevde gradvis att isoleringen från likasinnade blev alltför påtaglig. Inledningsvis var de negativa till att flytta till Rosengård men insåg snabbt att de i detta område kunde etablera sociala relationer med, i det här fallet, andra muslimer. Detta är ett par exempel på familjer som valt att aktivt söka sig till ett bostadsområde som är etnisk segregerat. Den sociala 'logik' som är inbyggd i deras situation torde dock vara generell för alla människor som kommer 'utifrån' och ska försöka etablera sig i ett för dem nytt sammanhang.

För att undvika en endimensionell förståelse av området är det betydelsefullt att inse att utanförskap inte är ett antingen eller-fenomen. Människor lever inneslutna i vissa sammanhang, samtidigt som de lever i utanförskap från andra sociala kontexter. Ett illustrativt exempel på hur inneslutning/utanförskap kan se ut utgörs av hur en av informanterna som deltagit i den här studien lever. Han har bott i Sverige i tjugo år och har under hela denna tid varit exkluderad från den svenska arbetsmarknaden. Det vore dock missvisande att beskriva hans arbetslöshet i termer av utanförskap i största allmänhet, eftersom han under denna tid samtidigt har varit integrerad i såväl lokala som transnationella projekt där islam utgjort fokus (se Carlbom 2006). Den överbetoning på diskriminering som präglar majoritetssamhällets tänkande kring segregation får som kunskapsmässig konsekvens att kunskap om etnisk segregation som är förankrad hos invandrare själva försvinner ur blickfånget. Det är sålunda viktigt att vara medveten om att många som invandrat till Sverige inte med nödvändighet också vill bli en del av det svenska samhället. Många vill, som upprepats några gånger i den här artikeln, ha ett lönearbete men är samtidigt kritiska till många aspekter av svensk kultur. Att flytta till ett bostadsområde av Rosengårds typ är också en del av en mer omfattande överlevnadsstrategi som används för att hantera den svåra situation som infinner sig i samband med migration. Det är inte möjligt att reducera den kritiska upplevelsen till en aspekt eller dimension, utan det handlar snarare om en flerdimensionell 'total' upplevelse av att uppleva sig själv som kulturellt annorlunda i förhållande till den sociala miljö man befinner sig i.

Depressioner, livskriser och ångest

På en av vårdcentralerna i stadsdelen beskrivs dock problemen många av invånarna söker hjälp för på ett annat sätt än jag gör ovan. På denna vårdinrättning har man specialiserat sig på att ta emot så kallade ”gråzonspatienter”, de som inte riktigt passar i den psykiatriska vården men som inte heller är klockrena medicinska fall. Som informanterna uttrycker det: ”Vi ska ta hand om de patienter som bara flyter omkring i systemet, de som ständigt söker för somatiska åkommor, smärtpatienterna. Alla svårare psykiska fall skickar vi vidare till psykiatrin”. Vanligt är att dessa patienter kommer till vårdcentralen med ”huvudvärk, ont i hela kroppen, ont i bröstet, ont i ryggen, panikattacker, depressioner, ångest, självmordstankar”. Det görs dock alltid en första utvärdering av patienten.

Först har man en bedömning av patienten. Vi säger till patienterna: ’vi kommer att träffas nu 1–3 gånger för att se vad du behöver, vad vi kan hjälpa dig med och om vi kan hjälpa dig med någonting’. Det som har visat sig är att de här tre gångerna kan vara väldigt värdefulla för patienten. Det kan räcka. Man går in och bekräftar den existentiella problematiken och sitter där och lyssnar. Och det räcker.

En central aspekt av vårdcentralens arbete är att försöka hantera patienter med så kallade ”livskriser”. Under intervjun associerades oftast depression, ångest och livskris med PTSD. Även betydelsen av att ha en så kallad ”helhetssyn” i behandlingen förknippades med att ha upplevt krigstrauman. Det fanns en medvetenhet på vårdcentralen om att det är möjligt att ha en livskris utan att lida av olika trauman, men PTSD var den tolkning som låg närmast till hands för att beskriva problemen.

Här ute [i Rosengård] har vi mycket av något vi kallar för livskriser. När man har bott i ett annat land och har haft krigsupplevelser och kommer till ett område i ett annat land, typ t ex Rosengård... det är det jag menar med livskriser. Det händer otroligt mycket med mig som person. Man drar ju undan mattan under fötterna från den ena dagen till den andra. Man tappar dofter, man förlorar vänner, man har de här bilderna framför ögonen.

Jobbar man på Rosengård är det väldigt viktigt att man är insatt i PTSD-problematik. Vad händer med en människa? Vad har hänt i landet? Vilken typ av tortyr har man använt? Sedan är det viktigt att behandla dessa patienter som alla andra traumapatienter, att titta på bakgrunden.

Personalen på vårdcentralen ombads att kommentera den kulturhypotes som finns inskriven i ansökningen om projektmedel. De kunde emellertid inte göra någon avancerad bedömning av om kulturella skillnader präglade arbetet med patienterna. För socialantropologer handlar kultur vanligtvis om att förstå andra symboliska världar eller tolkningar än de som är normala i ett västerländskt tänkande. Frågan om kultur tolkades av vårdpersonalen i Rosengård i termer av "bakgrund" i ett annat land med allt vad detta kunde innebära av traumatiska upplevelser. En annan tolkning från personalens sida var att de uppsöktes av patienter med en europeisk eller västerländsk syn på världen och att människor med andra kulturella synsätt sökte hjälp på annat håll, och därför behövde personalen på vårdcentralen aldrig konfrontera alternativa tolkningar.

Psykisk ohälsa som konsekvens av migration

En fråga man kan ställa sig är huruvida den psykiska ohälsa invandrade personer upplever i Sverige är något som de burit med sig från hemlandet, om den skapats av upplevelser i Sverige eller om den har sin grund i andra sociala, kulturella eller politiska omständigheter? Och, hur ska det vara möjligt att fastställa skillnaden mellan dessa dimensioner? Migration – att man av olika skäl flyttar från en plats i världen till en annan – är i sig något som normalt sett upplevs som mycket traumatiskt. Situationen som uppkommer av att man ska försöka anpassa sig till en ny kulturell och social miljö man är en främling inför skapar i regel starka upplevelser av personligt kaos. Känslor av förvirring, ångest, depression och så vidare är vanligt förekommande hos människor som kastas ut i ett nytt, obegripligt, samhälle. Bala (2005:173) beskriver några av flyktfamiljens problem som en sammanflätning av olika processer:

These are some of the tasks that refugee families face: to make peace with the past, to reorganize the relations within the frag-

mented family, to redefine the roles and relations within the changed family structure, to adjust to a new environment and to reset the future perspectives. Each of these tasks opens for family members many questions and dilemmas: to talk or not to talk about the painful events in the past, what to forget and what to remember, how to explain what has happened, which norms and values to keep, and which ones to alter.

En social strategi som ofta används för att hantera dessa svårhanterliga upplevelser är, som påpekas ovan, att man väljer att flytta till ett segregerat område där det bor människor som agerar och tänker på ungefär samma sätt som man själv. Det vill säga, med människor man kan identifiera sig med eller människor man har familje- eller vänskapsrelationer med och som har samma modersmål.

Genom att bosätta sig i stadsdelen är det möjligt att få sin normalitet bekräftad på ett annat sätt än i stadsdelar som domineras av infödda svenskar. Detta torde gälla för de flesta som bor i området, även om den specifika etniska eller kulturella identifikationen kan variera. Möjligen är det dock särskilt påtagligt när det gäller religiös identifikation. I sin klassiska bok om hur samhällen är socialt konstruerade formulerade Berger och Luckmann (1966:158–159) insikter om individens förhållande till gruppen som är värda att lyfta fram. Den religiösa gruppen, eller gemenskapen, erbjuder en ”plausibilitetsstruktur” som är nödvändig för individens möjligheter att upprätthålla en religiös identitet. ”One cannot remain”, som de säger, ”a Muslim outside the ’umma’ of Islam, a Buddhist outside the sangha*” (ibid). Det vanligaste sättet att upprätthålla, eller skydda, den religiösa identifikationen är fysisk segregation eller genom konstruktionen av ett språk som kan bidra till att göra distinktioner gentemot den omvärld man vill distansera sig från. Berger och Luckmanns diskussion har konvertiten som objekt. I grunden diskuterar de dock en social logik som berör alla människor som har ett behov av att upprätthålla en viss identitet och den världsbild som följer av denna.

I stadsdelen finns också ett stort antal människor vars psykiska ohälsa svårligen kan avhjälpas med terapeutiska åtgärder, eftersom

det är ett tillstånd som har sin grund i den livssituation som uppstått i samband med migration. En hög andel av invandrarna i området befinner sig en social situation där de har svaga förutsättningar att etablera sig ekonomiskt och socialt i hemlandet och i det nya landet Sverige. Detta gäller i särskilt hög grad för personer från Afrika och Mellanöstern. I dessa delar av världen präglas förhållandena av arbetslöshet, politiska konflikter, diktaturer, svält och torka. I början av 1990-talet genomförde jag en fältstudie hos några unga palestinska män som försökte etablera sig i Malmö med allt vad detta innebär av att försöka hitta lönearbete och bostad. Det skulle ha varit djupt missvisande och trivialiserande att reducera dessa mäns psykiska ohälsa, eller känslomässiga problem, till en fråga om intrapsykiska processer eller till något som skulle ha kunnat lösas av den psykiatriska vårdapparaten. För att förstå männens problem var det nödvändigt att belysa dessa i ljuset av hela den sociala kontext de hade att hantera (se Bala 2005: 173).

Männen, statslösa palestinier från Libanon, hade mer eller mindre aktivt deltagit i det libanesiska inbördeskriget men eventuella trauman däriifrån utgjorde en underordnad aspekt av deras totala livssituation. Deras tillvaro i Malmö karakteriserades av ett fullständigt kulturellt och socialt kaos. De led av att vara fattiga och inte få något arbete. De led av förvirring i förhållande till det svenska samhälle som omgav dem. De led av ensamhet och social isolering eftersom de saknade vänner och släktingar i staden. De led av sysslöshet eftersom de inte ingick i något meningsfullt socialt sammanhang tillsammans med andra. De led av oro för hur det stod till med familjen som var kvar i flyktinglägren i Libanon. De var oroliga för hur det stod till med familjemedlemmar som flytt till andra europeiska länder. De led av att sakna ett hemland där de kunde etablera ett normalt socialt liv och de led av att befinna sig i Sverige – ett land de stod fullständigt frågande inför, inte minst moraliskt. Dessutom befann sig männen under ett konstant ekonomiskt tryck från familjen i hemlandet som ställde krav på dem att bidra till deras välfärd.

Nu handlar detta om några enskilda män från Mellanöstern och deras problem. Svårigheterna de ställdes inför är i viss mån specifika för just dessa män, men den existentiella kris männen drabbades av

gäller dock för alla människor som på ett eller annat sätt tvingas till migration. Vill man förstå flyktingskapets komplikationer räcker det inte med att reducera dessa till en fråga om "PTSD", som många gör när flyktingskap kommer på tal (se Summerfield 2005). Det är nödvändigt att väga in, som Bala (2005) påpekar, ett flertal olika kontextuella faktorer av individuell, kulturell, politisk och social art för att kunna dra några slutsatser om vilka problem flyktingar står inför, vilka av dessa som kan lösas och vilka problem det saknas möjligheter att åtgärda inom ramen för psykiatrin. En mängd problem är, skulle man kunna säga, globala till sin natur och kan endast lösas på politisk väg i supranationella organ.

Bristande känsla av tillit och andra upplevelser i Sverige

Människor i Rosengård lider generellt av de problem som följer av att de är socialt marginaliserade från majoritetssamhället. Många av de boende i området brukar i detta avseende föra fram arbetslösheten som det mest påtagliga problemet. Det är dock mer motsägelsefullt än så att bo i området. Ett tydligt tema i intervjuerna berör den bristande känslan av tillit ("trust") till det svenska samhällets institutioner. Intervjuerna har specifikt handlat om föreställningar om den psykiatriska vården, men detta tema handlar om mer generella aspekter av relationen mellan "invandrare" och samhällets institutioner. I grunden handlar detta om det klassiska teoretiska problem som finns i relationen mellan "aktör" och "struktur". I samhällsvetenskaplig litteratur har detta diskuterats på olika sätt. Här är det emellertid inte meningen att försöka reda ut hur relationen mellan boende i Rosengård och resten av samhället ser ut i största allmänhet. Begreppsparet är dock bra att tänka med när det gäller vad människor har att förhålla sig till i ett samhälle.

För att återgå till frågan om tillit, eller "trust", är det förenat med svårigheter för invandrade personer att uppleva detta inför samhällets offentliga institutioner på ett lika självklart sätt som infödda svenskar. Frågan om tillit handlar dock inte om en enda sak utan är ett tema med flera variationer. En aspekt av detta som kommit fram i intervjumaterialet handlar om tilliten inför den svenska "psykiatrin". Flertalet informanter i den här studien har sitt ursprung i det som i väst ofta kallas för tredje världen, det vill säga en del

av världen som generellt uppvisar en annorlunda organisation av och syn på vilken ordning som ska råda när man hanterar psykisk ohälsa. Flera informanter har alltså socialiserats i miljöer där den psykiatriska vården, sett i ett svenskt eller västerländskt perspektiv, är eftersatt. Somaliska informanter har exempelvis beskrivit situationen (som rådde före inbördeskriget) som problematisk. Här fanns en sorts kliniker där man placerade dem med svåra emotionella och kognitiva problem; en motsvarighet till västvärldens ”dårhus” där man behandlade patienter med elchocker eller stora doser av psyko-farmaka. Någon utvecklad marknad för psykologer fanns enligt dessa informanter inte heller utan människor var tvungna att lösa sina psykiska problem själva inom ramen för familjen, släkten eller klanen. Individens känslor och hanteringen av dessa är ingenting som utgjort ett viktigt eller centralt tema under intervjuerna med somalier. Detta är inte heller särskilt märkligt mot bakgrund av hur det somaliska samhället varit organiserat: människors föreställningar, om i det här fallet psykiatri, måste förstås som präglade av deras kulturella bakgrund (se Johnsdotters artikel).

Samma typ av tillitsproblem inför svensk psykiatrisk vård har också framkommit i intervjuer med människor från arabvärlden. En av de arabiska informanterna gav en illustrativ bild av hur stark den negativa uppfattningen om psykiatri kan vara hos araber i Sverige. Informantens bror drabbades av en hjärntumör och opererades för detta i Sverige. När han skulle förflyttas från operationsavdelningen för rehabilitering på en annan avdelning passerades den psykiatriska kliniken på UMAS. Trots att den opererade mannen inte var i bästa fysisk och psykisk kondition reagerade han med skräck inför det faktum att de passerade vad han uppfattade som en plats för ”galningar”: ”Nej, nej, ni får inte lägga in mig på psyket, jag är inte tokig, jag har haft en hjärntumör”, vädjade han till personalen som transporterade honom. Inställningen ligger helt i linje med hur en annan arabisk informant i studien beskrev riskerna som är förknippade med att gå till en psykolog för att lösa sina känslomässiga problem:

En man som går till psykolog är inte så bra. Det är farligt att säga att han går hos en psykolog och blir behandlad. Folk kommer tala mycket om detta och undra om han är normal.

Här ges det uttryck för att det i vissa kulturella sammanhang är förknippat med starka känslor av skam att erkänna inför omgivningen att någon i familjen lider av ”mentala” problem; något som också framkommit i andra intervjuer i detta projekt (se Johndotters artikel). Kanske är det också förknippat med, som Ahmed Okasa (1999) säger, med den skam som finns hos många från Mellanöstern i att låta andra än den närmaste familjen sörja för den psykiska hälsan hos familjemedlemmar och släktingar.

Ett tillitsproblem som det är svårare att konkretisera hänger ihop med hela situationen som uppkommit av att man är muslim (eller annorlunda på annat sätt) i en social kontext där man har svårt att klassificera omgivningen eller kanske snarare omgivningens reaktioner. Många människor i Rosengård tycks leva under ständigt närvarande emotionell oro och rädsla för allt som finns omkring dem. En av de religiösa ledarna i området beskrev denna, som han kallade det, ”rädsla”.

Det finns också andra psykiska problem, att man är rädd för samhället, för polisen, rädd för allt som finns, för att folk tittar på dem, för att de har slöja, vad ska de säga om att jag är muslim? Allt det här möter jag hela tiden hos människor.

Den här osäkerheten kan också ta sig uttryck, enligt informanten, i en ”dubbelhet”:

Många som går till psykiater eller psykolog har två delar. Jag vill inte kalla det dubbelmoral, men de har två delar. Fråga dem saker och de kommer att svara dig. Men inne i hjärtat tänker de: nej, vi vill inte lyssna till vad han säger.

Två av de somaliska informanterna påpekade också att många somalier har svårt att känna förtroende för den svenska vården. De var eniga om att somalier har en, som de formulerade det, ”mycket negativ syn” både på medicinsk och psykiatrisk vård. Somalier, menade de två, tror att sjukvården i allmänhet är till mer skada än nytta för människor, att sjukvården på något sätt ska skada dem. Läkare skriver sällan ut mediciner, menade de, utan uppmanade

istället patienten att ”ta en promenad”. Somaliers föreställning kring den psykiatriska vården är att den förvärrar ohälsan ”med tabletter och injektioner”. Dessa föreställningar, i kombination med en upplevelse av att svenskar är negativt inställda till somalier (till muslimer), får enligt dessa informanter till följd att många somalier istället söker vård utomlands.

Många somalier ser svenskarna som rena rasister när det gäller sådana här saker [sjukvård]. Många söker sig därför utomlands när de vill ha vård. Många känner att de har mer tillit till italienerna och engelsmän, faktiskt. När någon blir psykiskt sjuk är det vanligt att man tar dem tillbaka till Somalia eller till något grannland, ibland ett arabland.

De somaliska informanterna pekar här på en tankestruktur som många uppfattar är utbredd i det svenska samhället: att infödda svenskar, här i form av sjukvårdspersonal, är rasister som på ett eller annat sätt diskriminerar färgade afrikaner. Detta är ett ovanligt påpekande från somalier. I tidigare studier där Johnsdotter och Carlbom deltagit har fenomenet diskriminering aldrig lyfts fram som ett problem för den somaliska befolkningen i Sverige. Det är självfallet inte möjligt att dra några slutsatser om huruvida detta är fallet i objektiv mening, men själva upplevelsen som skildras är viktig att ta på allvar. Man bör dock kunna tänka sig, som alternativ tolkning, att det alltid är förknippat med ett känslomässigt obehag att uppleva sig som annorlunda i förhållande till den sociala omgivningen; att vara bärare av en annan normalitet än majoritetsbefolkningen. Att vara ”svart” (och dessutom vara muslim med allt vad detta kan innebära i form av annorlunda klädsel) i en situation där alla andra är ”vita”, innebär att man uppmärksammas på ett sätt som man inte gör i ett sammanhang där alla andra har samma hudfärg.

En annan känslomässig dimension av livet i Sverige som beskrivs av de somaliska informanterna var skillnaden mellan ”stress” och ”frustration”. Enligt informanterna finns ingen stress i Somalia. Som en av dem uttryckte saken: ”Man är inte stressad i Somalia. Vi har varken ordet eller belastningen”. Det närmaste en somalisk man kan komma den svenska varianten av stress är när han lever

i ett polygamt äktenskap. ”När mannen har en tredje eller fjärde fru”, som en av informanterna uttryckte det, ”är han nog en aning stressad, faktiskt.” Däremot var informanterna eniga om att frustration var en vanlig upplevelse bland somalier.

Det finns ingen stress, men det finns en annan frustration bland somalier. Det finns en ekonomisk frustration. När man exempelvis är fattig och ens barn dör och man inte har råd att betala sjukvård. En annan frustration är när någon slår eller gör illa dina nära och kära. Det finns en obegränsad frustration som har att göra med maktlöshet inför allt från fattigdom till politik och klansystemet. Det hänger ihop. Tänk dig frustrationen av att tillhöra en liten klan, att du är fattig och blir kär i en person med högre status på alla sätt. Det finns ingen möjlighet att göra dig likvärdig med den du är kär i. Det är mycket frustration som skapas.

Frustrationen för somalier, som den beskrivs här, utgör en total upplevelse av problem som är belägna på mikro, meso och makronivå (som alla blandas i citatet). Till detta kommer, menar informanterna, de svårigheter som följer av att man också drabbats av traumatiska upplevelser i det inbördeskrig som varit verklighet i landet de senaste åren.

Människor från krigsdrabbade områden kommer med mycket frustration i bagaget till ett land med höga krav och stress. I Sverige räcker det inte med att vara den man är: här ska man vara den bästa mannen, den bästa pappan, den bästa arbetaren och vara en ständig 25-åring. Det är bara då man är svensk.

De två citaten ovan belyser hur psykisk ohälsa kan vara inbäddad i olika typer av sammanhang och maktförhållanden. De somaliska informanterna beskriver sålunda att psykisk ohälsa produceras inom ramen för ett klanbaserat, hierarkiskt, somaliskt system och inom ett svenskt samhälle som präglas av feminism och rasism. Fattigdom och krig är andra dimensioner av den livsvärld som beskrivs i citaten och som ligger till grund för den psykiska ohälsa somalier har att hantera.

Religion

Det råder konsensus i samhällsvetenskaplig och annan litteratur om att religion ofta används för att hantera existentiella problem eller problem relaterade till psykisk ohälsa i allmänhet (se ex Turner 2001). Inom de tre monoteistiska religionerna finns flera exempel på hur en stark religiös identitet kan användas för att skapa såväl 'inre' (emotionell och kognitiv) ordning för individen och en 'yttre' ordning (samhällelig eller social ordning) för det större kollektivt. Individen är en del av. Välformulerade exempel på detta finner man till exempel i artikeln *All in faith: religion as the idiom and means of coping with distress* (2000). Här går Samuel C Heilman och Eliezer Witztum igenom några exempel på hur haredi judar (en ultraortodox sekt) hanterar psykisk ohälsa inom ramen för en religiös symbolvärld. De för fram att religion erbjuder ett språk för att tala om emotionella eller mentala problem, att religiösa riter och trossatser kan användas som en skyddande mur runt det kaos som upplevs och att religiös ideologi kan fungera som ett verktyg att hantera den psykiska ohälsan (ibid).

När det gäller islam har det också växt fram en litteratur där man påpekar betydelsen av att väga in religionen i socialt eller psykosocialt arbete. Vanligt är att peka på betydelsen av så kallade "Koranic healers" som en del av muslimers redskap för att komma till rätta med psykisk ohälsa eller sociala problem (Al-Krenawi & Graham 2001; Hodge 2005). I den här litteraturen bygger resonemanget på att muslimer utgör en distinkt och väl avgränsad grupp som följer en gemensam religiös inriktning med klara och tydliga värderingar som gäller för alla som identifierar sig som muslimer (Hodge 2005:169). Det ger oss en viss "ekonomi" i tänkandet att lyfta ut generella aspekter av muslimsk kosmologi. Det är dock värdefullt att uppmana till en viss försiktighet när det gäller att använda alltför vittomfamnande generaliseringar kring kategorier som muslimer och islam. Inom "islam" finns en påtaglig splittring i religiösa frågor där olika individer och grupper tolkar innehållet i den religiösa traditionen på skiftande sätt. Risken är också att man reifierar muslimsk identitet: att en trosuppfattning görs till en oföränderlig kärna som betraktas som statisk i tid och rum.

I Rosengård finns människor med olika trosinriktning, men det är islam som präglar vardagslivet i stadsdelen. Ingen annan stadsdel i Malmö uppvisar ett så tydligt markerat inslag av islam som Rosengård. Som en av informanterna i studien säger:

Den största gruppen i området är den arabiska gruppen. Den största religionen här är islam.

Religionen är också materialiserad i form av moskéer. Det finns idag tretton moskéer i området som alla domineras av olika etniska och religiösa (i betydelsen ideologiska) individer och grupper (se ex Sydsvenskan feb 2006). Den stora moskén, Islamic Center, etablerades 1984 och har genom åren, i samband med att det flyttat in fler och fler muslimer till området, kompletterats av små moskéer belägna i källarplanet i olika fastigheter (se Carlbom 2003). Moskéerna organiserar vanligtvis olika former av service och tjänster för den grupp inom gruppen de betjänar. Här finns vanligen bönerum, lokaler för gemensamma sammankomster, religiös litteratur, propaganda i form av videofilmer eller flygblad, försäljning av kläder och ibland mat. Här arrangeras också koranskolor för barn och vuxna. Vissa moskéer har också lagt in idrott på agendan för att attrahera den yngre generation muslimer som bor i området. Moskéerna, som ofta organiseras av politiskt orienterade muslimer, islamister, kan sägas hjälpa vissa av de i området boende muslimerna till psykisk hälsa. I vissa fall kan de emellertid också bidra till att skapa psykisk ohälsa. Det senare gäller särskilt när de försöker övertyga muslimer i området som inte tror på dem att dessa ska praktisera vissa ideologiska former av islam (se Carlbom 2003; 2006). Det är inte på något sätt unikt för stadsdelen Rosengård att det uppstår en viss religiös struktur där många muslimer samlas. I alla europeiska storstäder med en stor muslimsk befolkning delas den större gruppen upp i olika mindre enheter där etniska/nationella/språkliga skillnader och religiös inriktning (inom islam) utgör särskiljande element (Carlbom 2003).

En av de imamer (som inte längre bor i Sverige) som jag intervjuade under mitt och Sara Johnsdotters fältarbetet i stadsdelen 1995–98 menade att merparten av de små moskéerna är etablerade av män

som försökt råda bot på de psykosociala problem som infunnit sig på grund av migration. ”Vissa män”, hävdade han, ”har pånyttfötts som muslimer i Sverige på grund av problemen här. Andra var redan övertygade muslimer innan de kom hit”. Moskéerna skiljer sig från varandra i etniskt och politiskt hänseende, något som kan ges en historisk förklaring. Islamic Center har genom åren dragit till sig muslimer med skilda synsätt på vilken betydelse som ska tillskrivas islam i muslimers individuella och sociala liv. Konflikterna kring detta har stundtals varit så intensiva att de olika ”fraktionerna”, som det uttryckts i intervjuer, valt att bygga upp sina egna moskéer i området. Aktörerna som dominerar moskéerna utgör, med andra ord, olika delar av den större islamiska rörelse som varit verksam de senaste decennierna (se Carlbon 2003; 2006).

I krissituationer, som ju migration är, ligger det nära till hands att muslimer försöker lösa sina existentiella problem med hjälp av islam. Som imamen som citeras ovan påpekar, är det vanligt att muslimer (kvinnor och män) genomgår en så kallad ”islamisering av självet” (Islamization of the Self) när de konfronteras med den sekulariserade sociala miljö som präglar europeiskt liv. Även om islam inte haft speciellt stor betydelse för muslimer innan migration kan det mycket väl vara så att religionen får en viktigare innebörd i samband med att man ska försöka bringa ordning i sitt inre och yttre liv. För ett tiotal år sedan följde jag på nära håll en sådan islamiseringsprocess när några unga palestinier försökte etablera sig i Malmö. Processen behöver emellertid inte se likadan ut hos alla som genomgår den. De sociala konsekvenserna av att någon blir en mer övertygad muslim än han eller hon var tidigare kan också variera (se Roy 2004 för en teoretisk diskussion av religiös förändring hos muslimer).

En av informanterna som intervjuats i det här projektet påpekade att många somalier i Sverige har att hantera tre olika medicinska system: det traditionella, det moderna och det islamiska systemet. I samband med inbördeskriget flydde många somalier till gulfstaterna, bland annat till Saudiarabien. Där utbildades framförallt unga män i den saudiska varianten av islam, wahhabism (se även Svanberg och Westerlund 1999). Utbildningen bidrog till att göra männen till missionärer för islam, en verksamhet som praktiserades (och prak-

tiseras) i Somalia men också i Europa. I Sverige lyckades missionärerna, enligt vår informant, att rekrytera ett förhållandevis stort antal somalier till den här speciella tolkningen av islam. Tänkande och praktik med utgångspunkt i den här typen av islam har i regel vissa sociala konsekvenser. Viktigast i det här sammanhanget är att det är en religiös uppfattning som uppmanar anhängarna att isolera sig från profana sammanhang eftersom dessa riskerar att kontaminera personens emotionella och intellektuella liv. Symbolisk ”renhet” är med andra ord ett centralt värde för personer som tolkar världen utifrån wahhabistiska dogmer eller principer.

Renheten upprätthålls i vardagslivet genom ett undvikande av sociala relationer och situationer som kan innebära att den religiösa personen inspireras av ett tankegods som inte upplevs ha sitt ursprung i islam. En somalisk informant påpekade att wahhabisterna har arbetat på att förändra det traditionella somaliska tänkandet kring lidande och sjukdom genom att ersätta detta tänkande med egna tolkningar av islam. Informanten menade att dessa islamister byggde sitt tänkande på att det fanns två olika typer av sjukdomstillstånd. Å ena sidan fysiska sjukdomar som läkare kan hjälpa till att råda bot på. Å andra sidan psykisk ohälsa i form av schizofreni. ”Om man är deprimerad är man sjuk, då går man till läkare. Onda andar finns inte, nej, ta bort det”, är informantens sätt att karakterisera hur wahhabisterna resonerade. Enligt vår informant fick den här formen av islamiseringsprocess till följd att många aldrig sökte sig till högre utbildning eftersom detta skulle ha riskerat att försvaga det religiösa tänkandet.

De jobbade hårt med sin mission bland somalier. Deras uppdrag gick till stor del ut på att hindra människor från att integreras, att bli västerlänningar. De ville stoppa människor från att utbilda sig, hindra dem från att lämna sin kultur. En annan sak var att de ville förhindra människor från att bli demokrater.

Det handlar alltså inte bara om utbildningar utan om alla former av aktiviteter och relationer som upplevs sabotera en islamisk kosmologi. Särskilt påpassade är kvinnor. Kvinnors symboliska renhet – och i förlängningen hela samhällets ordning – upprätthålls av anhängare

till saudisk islam genom att de täcker merparten av kroppens synliga delar. Denna symboliska markering bidrar till att göra en distinktion gentemot icke-muslimer, samtidigt som den signalerar att kvinnan är moraliskt dygdig ('ren') i förhållande till andra muslimer. Barn kan också hållas hårt inom familjens gränser för att de ska undgå att påverkas i sin karaktärsutveckling av profana idéer och ideal; en åtgärd som ofta kompletteras av koranundervisning och placering i islamiska friskolor. Islamiska informationsföreningen (IF), som jobbar med att informera svensktalande medborgare om islam, uttrycker exempelvis en rädsla för att muslimska barn ska påverkas alltför mycket i sin "karaktärsutveckling" om de umgås med infödda svenskar (Att förstå islam). En ståndpunkt som har en klangbotten hos den somaliske man som förklarar att "I do not want my child to become like Swedish, for this reason I send her to Koranic school" (Daun et al 2004: 187). Vad vi har här är ett fält av isolationistiska aktiviteter som skulle behöva utforskas på ett mer avancerat sätt än som hittills varit fallet. Wahhabistisk islam kan utgöra ett problem när det gäller frågan om huruvida man ska söka hjälp för psykisk ohälsa i institutioner som upplevs kunna destruera ett strikt religiöst tänkande som är grundat i islam.

Många invandrare som bosätter sig i Rosengård gör så för att de upplever att det finns större möjligheter att kontrollera barnens uppväxt här jämfört med i andra områden. Här kan barnen umgås med andra barn som talar föräldrarnas modersmål, här kan de gå i skolor där islam ges en annan prioritet än i helsvenska skolor, här kan barnen delta i koranundervisning på eftermiddagarna. Muslimska föräldrar uttrycker också ofta en rädsla för att deras barn ska dras in i omoraliska aktiviteter. Droger och kriminalitet är naturligtvis viktiga i detta hänseende, men föräldrarna vill också hålla barnen från att inspireras av svensk, eller snarare västerländsk, sexualmoral som uppfattas vara promiskuös i den meningen att den tillåter unga människor att ha ett sexliv utanför äktenskap. Genom att bosätta sig på en plats där det bor andra muslimer så blir det, föreställer sig många muslimska föräldrar, enklare att överföra en islamiskt förankrad kyskhetsmoral till barnen eftersom islam blir ett mer självklart inslag i vardagslivet. Generellt kan man säga att många muslimer betraktar islam som ett moraliskt "vaccin" mot

farorna som lurar i det moderna samhället. Uppfattningen formuleras med all önskvärd tydlighet i den information som riktas till svensktalande läsare i den lilla skriften Att förstå islam. Självfallet är det så att det inte alltid lyckas för föräldrar att överföra den religiösa världsbild de önskar att barnen ska internalisera. Den grundläggande hållningen, eller orienteringen, hos föräldrarna är dock denna (Carlbom 2003).

Naturligtvis är inte alla muslimer i området bekännare av wahhabistisk islam. Man bör dock vara medveten om att många muslimer i (och utanför) området primärt söker sig till religiöst lärda personer, imamer, när de söker lösningar på olika former av sociala eller psykosociala problem. I området finns ett flertal imamer verksamma som konsulter när människor upplever att de drabbats av kriser. Imamerna utgör en sorts moraliska konkurrenter till institutionerna i det etablerade majoritetssamhället. De har i regel en flerdimensionell roll: de kan fungera som socionomer, psykologer, ”coacher”, religiösa konsulter, familjerådgivare, relationsexperter, lärare, kursledare, rådgivare i barnuppfostran och så vidare. Det exakta antalet imamer som är verksamma i Malmö/Rosengård är något oklart. Några har invandrat och bor någorlunda permanent i Sverige medan andra är utsända av organisationer i hemlandet på tidsbestämda uppdrag. Till detta kan man också lägga att många muslimer tar intryck av imamer, eller ledare, verksamma i andra länder eller globalt. Den välkände tevepredikanten och imamen Yusuf al-Qaradawi är ett av de mest kända namnen i detta hänseende (se Roald 2002).

På en av vårdcentralerna i området tar man också emot, som man uttrycker det, ”djupt troende muslimer”. Dessa informanter (som är av svenskt ursprung) menar att många muslimer väljer att söka upp vårdcentralen med sina problem istället för ”imamerna”. Enligt informanterna beror detta på att de muslimska patienterna upplever det som jobbigt att tala ut om sina problem med egna ”landsmän”. Enligt de svenska informanterna på vårdcentralen svarar ofta muslimska patienter: ”imamen, nej honom vill jag inte gå till, det är för jobbigt, vi är för inblandade i det, det är bättre att komma hit [till vårdcentralen]”. På vårdcentralen förstår man detta som grundat i att ”landsmän går hårt åt sina landsmän”:

Vi försöker ha den policyn att man inte enbart ska jobba med sina egna landsmän. Vi har sett det på våra arabiska doktorer. Landsmännen går så hårt åt sina egna landsmän. De kan säga 'vi kommer från samma ställe, varför gör du inte så och så'. Det finns ett stort undertryckt hot. Det är samma sak när det gäller tolkar. Många är rädda för att det är en tolk de känner eller känner till. Det är tveksamt om de vågar gå och berätta om sina problem för imamerna.

En annan fråga som dykt upp under intervjuerna berör självmord bland muslimer. Enkelt uttryckt förbjuder islam muslimer att ta sitt eget liv och det är också den aspekten som betonats under en intervju med en av områdets viktigaste imamer. Han menade att trots alla problem muslimer konfronteras med i exilsituationen så sker det i princip inga självmord i områdets muslimska befolkning. Han påpekade att under de 15 år han varit verksam som imam i området har han inte någon gång varit med om något muslimskt självmord. På en av vårdcentralerna i området har man en annan uppfattning om detta. En av informanterna förklarar att man inte tror att det finns självmord bland muslimer.

Men jag har varit på flera hembesök nattetid och konstaterat dödsfall bland muslimer som hängt sig. Jag ställer alltid frågan till deprimerade patienter om de har några tankar på att göra sig själva illa eller ta sitt liv. De bara gapskrattar åt mig: 'jag är faktiskt muslim', säger de och spänner ögonen i mig. Men efter ett tag brukar sanningen liksom komma fram. 2005 var jag på tre hembesök där män tagit livet av sig. En gång var man tvungen att kontakta en imam för att han skulle kommunicera med släkten i hemlandet. Det är inte alltid imamerna blir kontaktade.

Exakt vad skillnaderna i uppfattning beror på är svårt att säga. Det kan handla om att imamen som intervjuats tillhör den sunnitiska inriktningen av islam medan människor som tagit sina liv är shiamuslimer. Det kan också bero på att imamen ser det som sin uppgift att förmedla en positiv bild av muslimer och islam och att han upplever att det i detta uppdrag är nödvändigt att överdriva det religiösa idealet (att det finns starka normer som förbjuder självmord) istället för att peka på muslimska realiteter.

Genus och representativitet

En utbredd föreställning i det svenska majoritetssamhället är att invandringen inneburit att det kommit etniska grupper till landet som alla uppvisar sin egen särpräglade kultur. Synsättet präglas alltså av formeln ett folk = en kultur; det vill säga, att det i dagens samhälle finns väl avgränsade grupper av människor ”därute” vars kultur kan samlas in med hjälp av rätt konstruerad vetenskaplig metod. Detta antagande har legat till grund för den kvalitativa delen av projektet och illustreras av formuleringen i projektplanen som säger att det ska ”genomföras ett större antal intervjuer som riktar sig till ett urval personer som är representativa för olika etnisk, kulturell och religiös bakgrund” (Projektplan, sid 4). Inom socialantropologin, där etnicitet och kultur är centrala teoretiska områden, har man för länge sedan lämnat den homogeniserande synen på etniska grupper. Detta är ett problematiskt synsätt på invandrade personer som alltför lätt leder till att man använder en stereotyp förståelse av människor från andra delar av världen än Sverige (se ex Turner 1994). Enkelt uttryckt kan man säga att det inte finns någon individ eller några individer som är representativa för en grupps egenskaper eftersom det finns stora variationer inom olika ”grupper” inom gruppen. Kultur är inget statiskt fenomen utan förändras över tid och kan ta sig olika uttryck i olika sociala sammanhang (se ex Barth 1994).

Däremot är det så att det i mångetniska sammanhang ofta träder fram ledare som utger sig för att representera en viss grupp av människor. Inbyggt i representationen finns dock en viss genusproblematik. Vanligast är att det är en manlig ”elit” med vissa politiska intressen som gör sig till talesmän för ett större kollektiv av människor (Moller Okin 1998). Detta är påtagligt när det gäller representationen av muslimer och islam. På olika nivåer i samhället, i Sverige och i andra delar av världen, är det män med olika etnisk och kulturell bakgrund som definierar för representanter i majoritetssamhället vad islam är och vad som karakteriserar personer som kallar sig för muslimer (Carlbom 2003; 2005). Detta förhållande har också präglat intervjuerna i den här studien; några av intervjuerna har gjorts med manliga representanter från olika moskéer (kallas också föreningar) i området. Dessa män har konstruerat en problem-

bild för muslimska familjer i området där bilden av den ideala genusordningen är en man som försörjer familjen och en kvinna som lever upp till sin primära uppgift att ta hand om hushållet. Den ideala situationen, som det beskrivits för mig i intervjuer med arabiska män, är att den muslimska mannen kliver upp tidigt på morgonen, går till jobbet och när han kommer hem står familjen och inväntar honom med kärlek och värme (Carlbom 2003:152).

Det största problemet: arbetslöshet

Det är entydigt så att under intervjuerna har männen som intervjuats fört fram arbetslösheten som det stora problemet för de boende i allmänhet och för muslimer i synnerhet. Arbetslösheten är, menar männen, huvudorsak till varför så många muslimer i området lider av psykisk ohälsa. Denna tolkning stämmer på ytan överens med hur man i det svenska samhället uppfattar arbetslöshet. För infödda svenskar är frågan om arbetslöshet inramad i en tankemodell där individens självförverkligande utgör fokus. De muslimska männens skildring av problemet är att arbetslösheten skapar psykisk ohälsa eftersom det får till följd att mannen inte kan leva upp till sin religiöst förpliktade roll att försörja familjen ekonomiskt. Här är fokus sålunda mer grupporienterat. Det är i första hand inte mannens egna, individuella karriär som står på spel när muslimska män drabbas av arbetslöshet utan familjens möjligheter att hålla ihop som en enhet som äventyras.

Svårigheten att fungera som försörjare ligger till grund för, enligt de muslimska män som intervjuats, psykisk ohälsa för samtliga som ingår i familjen. Arbetslösheten medför att mannen börjar tillbringa mer tid i hemmet, något som i sin tur bidrar till att öka konflikterna mellan makarna eftersom de ställs inför egenskaper hos varandra som de ofta irriterar sig på. I den ideala föreställningsvärlden om hur en muslimsk familj bör vara organiserad slipper kvinnan och mannen att konfronteras med varandras negativa egenskaper eftersom de inte umgås särskilt mycket. De intervjuade männen påpekar också att kvinnan ofta ifrågasätter en man som befinner sig hemma istället för att lönearbeta och leva upp till sin plikt. Den arbetslöse muslimske mannens auktoritet försvagas således gentemot hustrun men också i förhållande till barnen. En lönearbetande man

betraktas, enligt de intervjuade männen, som moralisk auktoritet i frågor som har att göra med familjelivet i största allmänhet och som auktoritet när det gäller barnens fostran till goda muslimer och sociala varelser. Den här tolkningen får också stöd av informanter inom Rosengårds vårdapparat som påpekar att många män drabbas av en ”statusförlust” när de kommer till Sverige.

Många män har varit välutbildade i sina hemländer och så kommer de hit. Mannen har bestämt tidigare och nu är det mer kvinnan som tar kommando. Det är mamman som kommer med barnen till vårdcentralen och då måste mamman lära sig språket. Hon lär sig systemet och hur det går till. Men vad gör pappan? Han är hemma eller sitter med kompisarna på kafé och röker. De har tappat sin roll. De får en identitetskris.

En av de religiösa ledarna i området beskriver den uppkomna situationen som att det uppstår en uppochnervänd pyramid i familjen när mannen förlorar sin status.

På grund av arbetslöshet har pappan förlorat sin roll i familjen. Män sitter hemma flera år med påföljd att familjen ser honom som en nolla. Familjen blir en omvänd pyramid. Det blir barn och mamma, pappa har ingen funktion. Då blir han negativ till samhället eller kritiserar hela tiden makten i samhället. Det är det här samhället som har skapat den här konflikten. Han tänker: ’det är det här samhället som har tagit all makt ifrån mig och jag har ingen makt hemma’. Kvinnan har mer stöd från samhället. På socialkontoret stödjer de henne. Där uppmuntrar de henne att skiljas och informerar henne om att hennes ekonomi blir bättre. Det blir kaos i familjen. Det blir mer psykiska problem bland folk. Mannen blir isolerad och barnen och mamman är i kamp med honom hela tiden.

Informanten pekar här på ett förhållande som står i motsättning till intentionerna med socialt arbete: att vissa socionomer bidrar till att skapa psykisk ohälsa istället för att mildra den. Överhuvudtaget pekar informanten på att många invandrade män upplever att hela samhället medverkar till att producera psykisk ohälsa. Upplevelsen

som beskrivs här ligger inom ramen för en händelse som ägde rum för några år sedan på ett av socialförvaltningens kontor i stadsdelen. Här hade man lagt ut kort (i receptionen) på olika språk med information om var misshandlade kvinnor kunde vända sig för att få hjälp. ”De arabiska korten försvann”, som en av informanterna uttryckte sig, ”det kom män eller unga pojkar och tog hela buntar och gick iväg med dem”.

Problemet med arbetslöshet, som det är konstruerat här, är formulerat utifrån en ”manlig” position som håller ett leverne grundat i islam högt på dagordning. Huruvida denna skildring av problemen för muslimska män också gäller för muslimska kvinnor är det däremot vanskligt att uttala sig om med någon säkerhet. Det är rimligt att tro att det finns muslimska kvinnor som gärna skulle se att de blev försörjda av en lönearbetande man. En studie om marockanska familjer i Nederländerna visar, bland annat, att varken kvinnor eller män ser västerländska relationer som önskvärda för dem själva. Även om förhållandet mellan könen har förändrats till fördel för kvinnorna efter migration till Europa, finns en uppfattning om att de traditionella ansvarsområdena bör bevaras (om än i modifierad form) (Pels 2000).

Forskning från andra segregerade områden i Europa har också visat att etnisk/religiös segregation gynnar mäns möjligheter att kontrollera kvinnors sexuella dygd. Inom en begränsad urban enhet är det enklare att kontrollera flickors och kvinnors rörelser i stadsrummet (Robina 1999). Social kontroll av den här typen förekommer naturligtvis även i stadsdelen Rosengård, även om det råder osäkerhet kring omfattningen av problemet. I det här projektet om underkonsumtion av psykiatrisk vård, har det också genomförts intervjuer med socionomer som har regelbunden kontakt med muslimska kvinnor som drabbats av hedersrelaterade problem. Dessa kvinnor är förföljda av manliga familjemedlemmar och släktingar som vill återbördna dem till familjerna med argumentet att de är ”psykiskt sjuka”.

För vår del skulle jag tro att det största problemet är hustrumisshandel, men också hedersrelaterade problem finns med i

bilden. Misshandelsproblem behöver dock inte ha att göra med hedersproblematiken. Här finns annars flera problem. Vi vet inte hur stort mörkertal som finns när det t ex gäller hedersproblem. Varje kvinna som tar kontakt med oss känner till flera andra flickor som riskerar att giftas bort mot sin vilja. Ofta ringer män hit och letar efter sina försvunna kvinnor. De säger ofta 'min fru är försvunnen och ni förstår hon är psykiskt sjuk'. Kvinnorna är naturligtvis helt friska, men männen kanske säger så för att det är en förmildrande omständighet i förhållande till omgivningen. Men många kvinnor i området är rädda. Många är väldigt rädda för taxichaufförer eftersom dessa verkar hjälpa till att leta upp 'försvunna' flickor och kvinnor.

Sett till hur många kvinnor som rent hypotetiskt lever inom ramen för patriarkala sociala förhållanden, är det dock ett litet antal kvinnor som söker hjälp för problemen hos socialtjänsten. Utifrån dessa data är det emellertid möjligt att dra två olika slutsatser: 1) att de hedersrelaterade problemen utgör ett mindre problemområde i stadsdelen, eller 2) att det låga antalet beror på att kvinnor är så disciplinerade att de håller sig inom 'patriarkatets' normer.

Men det finns också forskning som visar att migration till ett land som Sverige bidrar till att gynna kvinnors möjligheter att förbättra sin psykiska hälsa genom att de kan bryta negativa beroendeförhållanden till män som de gifte sig med i hemlandet. Darvishpour (2002) har exempelvis redogjort för hur det uppstår konflikter och spänningar i iranska familjer och parförhållanden i samband med invandring till Sverige. I Sverige gynnas kvinnlig frigörelse av det juridiska och politiska systemet på ett sätt som ännu inte är verklighet i Iran. Kvinnorna blir mindre ekonomiskt och känslomässigt beroende av sina män tack vare att de kan skaffa sig utbildning, arbete eller genom att försörjningen sker genom olika former av ekonomiskt bistånd från det offentliga. Detta leder i sin tur, menar Darvishpour, till att det sker en maktförskjutning i familjerna som gynnar kvinnor och missgynnar män. Många män drabbas av depressiva tillstånd i Sverige som leder till passivitet. Som en av Darvishpours informanter uttrycker det: "Here he was unemployed. He had no hope and no ambition. He did not help me take care of the children. He mostly watched TV" (ibid).

Patriarkala institutioner

När det gäller konstruktionen av psykisk ohälsa finns det sålunda svårigheter att ge detta fenomen en helt och hållet entydig förklaring. Man kan inte utesluta att män drabbas av psykisk ohälsa i Sverige på grund av arbetslöshet eller, för den delen, att kvinnor gör så. Men man kan inte heller utesluta att invandrade personer lever i kulturellt förankrade institutioner som bidrar till att producera psykisk ohälsa, särskilt för kvinnor. Den patriarkalt organiserade familjen är en sådan institution inom vilken kvinnor är kontrollerade och underställda männen. Riyadh Al-Baldawi, psykoterapeut och vd för Orienthälsan, påpekar att patriarkatet bygger på ägarskap, patriarken äger sin familj, dess medlemmar och dess resurser. Han styr enväldigt, han är den som vet allt och kan allt.

Al-Baldawi understryker dock att det är otillräckligt, som man ofta gör i samhällsdebatten, att reducera alla familjeproblem till en fråga om "heder". Familjer som invandrat från patriarkala samhällen lever ofta inom ramen för en social dynamik som är mer komplicerad än att bara handla om hedersrelaterade problem. Här finns också en oro och rädsla för att barnen ska fara illa, som kanaliseras genom kulturella praktiker man internaliserat i hemlandet.

En av de kvinnliga informanterna som intervjuats förde fram polygami (månggifte) som exempel på en kulturell praktik som kan vara problematisk. Hon berättade om en bekant som påstod att hon intagits av en jin som skulle drivas ut med hjälp av religiösa ritualer. Min informant var dock tveksam till att detta handlade om jinner och menade, efter att hon diskuterat saken med sin bekant, att problemen egentligen handlade om svartsjuka i förhållande till mannen. Det visade sig nämligen att informantens bekant hade tvingats till positionen som andrahustru efter att maken gift sig med en yngre kvinna. I denna roll kände hon sig åsidosatt av sin man. Polygami är ett erkänt och välkänt problem i litteratur som diskuterar vad socialarbetare har att hantera i exempelvis Mellanöstern. Al-Krenawi och Graham (2003) påpekar att detta fenomen ofta ligger till grund för "family stress" och "mental illness", särskilt hos de kvinnor som degraderas när mannen gifter sig med en yngre kvinna. Svartsjuka och konkurrens om hushållets resurser är andra

problem som rapporterats i forskningen om polygami. Den här äktenskapsformen kan sålunda skapa en social dynamik som ligger till grund för en psykisk ohälsa som inte kan förstås och åtgärdas utifrån ett västerländskt sätt att betrakta familjen. Generellt har forskning om polygami visat att:

Women in polygamous marriages, when compared to the general population, have been found to be more likely to become psychiatric outpatients and inpatients. Polygami has been associated with somatization disorders, and low self esteem among psychiatric patients (Al-Krenawi & Graham 2003:80).

Man bör dock vara försiktig med att per automatik dra slutsatsen att polygami alltid är negativt för kvinnor som är andra-, tredje- eller fjärdehustru. Attityderna hos kvinnor och män som praktiserar detta kan variera; för vissa är det exempelvis förknippat med större möjligheter till kärlek och valmöjligheter (ibid). Under mitt och Sara Johnsdotters fältarbete i Rosengård lärde Sara känna en kvinna som var andrahustru. Hon var nöjd med detta arrangemang. Hennes man levde upp till det försörjningsansvar muslimska män enligt islam har till sina fruar. Tack vare detta kunde kvinnan i fråga utbilda sig på universitet och samtidigt vara försörjd och därigenom kunde hon undvika att ta studielån. Dessutom, som hon själv uttryckte det, behövde hon bara umgås med maken varannan vecka och hade därmed en förhållandevis omfattande tid till förfogande för studier eller andra aktiviteter. När det gäller den här äktenskapsformen, och den psykiska hälsa och/eller ohälsa den genererar, finns emellertid mycket kvar att göra för forskare i Sverige. Självfallet är det så att det finns muslimer i landet som praktiserar detta, men det är oklart i vilken omfattning det sker. Det är också svårt att komma åt eftersom det är en äktenskapsform som praktiseras inom ramen för islamisk lagstiftning (sharia). Äktenskapen är sålunda inte officiellt registrerade hos svenska myndigheter.

En annan av de kvinnliga informanterna påpekade att det i Rosengård finns ett stort antal kvinnor som lever under svåra sociala förhållanden. Det kan handla om, som sagts ovan, att de lever i patriarkala sammanhang där de är starkt kontrollerade av manliga släktingar.

Flera av kvinnorna är också, menade den här informanten, isolerade i sina hem och vet egentligen inte speciellt mycket om Malmö eller övriga Sverige. I den här gruppen kvinnor finns också, påstod informanten, ett ganska stort missbruksproblem och tankar på självmord. Även bland muslimska kvinnor fanns de som missbrukar alkohol. Men också andra droger nyttjades av dessa kvinnor. Det här resone- manget får också stöd av det psykosociala team som är verksamt på en av områdets vårdcentraler. Här fanns en enighet hos de tre som intervjuades att det finns ett i många stycken dolt problemområde som rör både muslimska kvinnor och män. Alkohol och tablettmiss- bruk är en del av problemet, men också fysisk misshandel.

Det finns mycket misshandel i området, vi har säkert några styck- en varje vecka. Många kvinnor i området lever nog med en hel del våld. Något vi har sett mer av är unga killar som börjar bråka med mamma. Det är osäkert hur länge det har funnits, men vi ser det mer. Ofta har kvinnornas män flyttat ut, de som tidigare slog kvinnorna. Sönerna har övertagit metoden, så att säga. Det kan handla om unga killar i 14–15-årsåldern.

Informanterna har sålunda pekat ut problemområden som skulle behöva en mer rigorös forskning för att man med större precision ska kunna fastställa hur utbredda problemen är. Under alla omstän- digheter är det av central betydelse att förhålla sig på ett intellektu- ellt medvetet sätt till frågan om vem eller vilka det är som tagit på sig att representera olika sociala problem för det svenska majoritets- samhället.

Individ och kollektiv

Ett problem man ställs inför i en studie av den här typen är frågan om individens relation till kollektivet. Det finns forskning som visar att människor från icke-västerländska samhällen lever i samman- hang där individen är underkastad familjen. Familjen är den primära sociala enhet som ska fortleva över tid och inte individen, vars indi- viduella behov och önskningar inte är något som det kan tas speci- ella hänsyn till om dessa står i konflikt med den större gruppens intressen. I kollektivistiska sammanhang är det inte upp till individen att själv bestämma vilka åtgärder som ska vidtas när man drabbas

av ohälsa eller andra problem. Det är en fråga för hela kollektivet där beslut fattas av dem som har makten att göra så. Det finns anledning, som Al-Krenawi et al (2003:85) säger, för hälsoarbetare inom olika områden att sätta sig in i familjens ecological map, by determining power relationships within the family, and by collaborating with powerful and influential family members on behalf of an identified client (ibid).

Ett exempel på familjens inflytande över det hälsomässiga utfallet för en individ finner vi i en studie från Kanada som genomförts av Tsung-Yi Lin et al (1978). Studien fokuserar på hur tre olika etniska grupper hanterade "pathways of help-seeking" för personer som drabbats av psykisk ohälsa. Forskningen i de tre grupperna (kineser, anglos och native Indians) visade att olika handlingsmönster styrde hjälpsökandet. Kineserna var den grupp som drog ut längst på tiden från att en familjemedlem drabbats av ohälsa tills att han fick hjälp av den professionella psykiatrin. Den indianska gruppen fick aldrig någon hjälp och den västerländska familjen, anglosaxisk medelklass, var den grupp som snabbast fick professionell hjälp av systemet (ibid: 10–12).

Det utdragna kinesiska handlingsmönstret hade, menar författarna, sin grund i några faktorer som är typiska för kinesisk kultur. En stark känsla av familjeloyalitet, att det är en plikt att ta hand om drabbade familjemedlemmar. Dessutom menade forskarna att det är förknippat med skam, socialt stigma, att drabbas av psykisk ohälsa bland kineser. Dessa faktorer i kombination med att psykisk ohälsa betraktas som ett straff för att man handlat moraliskt felaktigt, gjorde att det drog ut på tiden innan man sökte hjälp hos den etablerade psykiatrin (ibid). Den anglosaxiska gruppen styrdes enligt forskarna av andra värderingar. Här var familjerna inblandade men "played a less active role in coping with a patient's problems" (ibid:11). Istället kontaktades professionella hjälpare på ett tidigt stadium i processen. Jämfört med kineserna var den anglosaxiska gruppen kulturellt rustad att söka hjälp tidigt, mycket beroende på vanan man hade vid att det inte betraktas som lika fyllt av skam att erkänna psykisk ohälsa. Den tredje gruppen, native Indians, nådde överhuvudtaget ingen hjälp. Problemet för denna grupp var att de

befann sig utanför alla former av nätverk som skulle ha kunnat bidra med hjälp. Detta var en grupp som befann sig längst ner i samhälls hierarki och längst bort från de ekonomiska och sociala resurser som hade behövts för att reda ut situationen. Sammanfattningen som dras av Tsung-Yi Lin et al är att:

Pathways to treatment do vary in relation to cultural factors. The provision of community services must take into consideration these cultural factors in the same manner as social and clinical factors so as to insure availability and effectiveness of treatment (ibid: 12).

Det behöver emellertid inte bara vara kärnfamiljen eller den utökade kärnfamiljen som hanterar psykisk ohälsa på ett sätt som ger ett annat utfall hos kollektivt orienterade personer än hos personer som tänker mer individualistiskt. En av de somaliska informanterna poängterade att en person kan lida av psykiska problem med allt vad detta innebär av förvirring eller droganvändning, men så länge personen i fråga inte är någon direkt belastning för omgivningen kan andra personer låta bli att ingripa. Informanten var själv bekant med en person som under lång tid (hur lång tid framgår inte av intervjun) hade lidit av någon sorts störning. Somalier i hans närmaste omgivning ingrep dock först sedan mannen börjat uppvisa ett aggressivt eller alltför asocialt beteende, eftersom han då uppfattades passera gränsen för vad som ansågs hanterbart.

En beskrivning som också betonar ett kollektivistiskt tänkande, fast på ett annorlunda sätt än den somaliska informanten ovan gör, kom fram i en intervju med en präst som är verksam i Rosengård. Istället för solidaritet, som är ett värde i den somaliska informantens framställning, betonas den maktstruktur som finns inom den större gruppen.

Jag har också sett i många grupper, i förhållande till imamer, men också i förhållande till en och annan katolsk präst, att även om en enskild person skulle vilja vända sig till en psykolog, så är det inte riktigt möjligt. För det finns maktrelationer, och den som står över i den relationen accepterar inte att bli förbigången.

Och inte bara han kommer att reagera, utan andra runt omkring som stödjer den personen, så den person som 'går förbi' riskerar att bli utstött. En stark person kan strunta i det, men en psykiskt svag person, eller en person med psykiska problem, är redan utsatt och kan komma att må ännu sämre, för att man blir socialt ifrågasatt eller utstött.

Prästen lyfter fram sociala förhållanden inom en viss grupp som tycks kunna bidra till att de som lider av psykisk ohälsa riskerar att hamna i en nedåtgående spiral på grund av gruppens tryck på konformitet. Det ska dock påpekas att vi inte har någon djupare kunskap om den här typen av fenomen. Det är ett område som skulle behöva undersökas mer ingående.

Annorlunda personlighetsstruktur

Det kan i det här sammanhanget vara lämpligt att vara medveten om att "personligheten" inte behöver vara emotionellt och kognitivt konstruerad på samma sätt i kollektivistiskt orienterade samhällen som i samhällen där individen är central. Ett skäl för att detta är en viktig kunskap att bära med sig berör exempelvis situationer där det ska bedrivas någon form av terapeutisk verksamhet. För att individuell terapi ska fungera är det viktigt att personen man samtalar med anser att individen i sig är viktig och att det är ett betydelsefullt värde inbyggt i att "tala ut". Denna hållning, som Summerfield (2005) påpekar, bygger dock på en uppfattning om människan som har sin grund i ett västerländskt medelklassperspektiv där individen betraktas som en autonom varelse, ett "mini universe of emotions, aspirations, conflicts etc, who is capable of changing him or herself in isolation from social context" (ibid: 103).

Hur konstrueras personerna i kollektivt orienterade samhällen? Typiskt för den kollektivistiskt orienterade personligheten är, enligt den libanesiske socialantropologen Suad Joseph (1994), att personen drar andra gränser för sitt jag gentemot omgivningen än individualistiskt tränade västerlänningar. Hon använder begreppet "connectivity" för att beskriva den här personlighetstypen. Med detta menar hon en personlighet som inte är autonom i förhållande till övriga familjemedlemmar utan tar för givet att andra än dem själva kan och

ska vara inblandade i skapandet av känslor, önskinningar, värderingar, kort sagt, i konstruktionen av identitet. Connectivity definieras av Joseph som ”psychodynamic processes by which one person comes to see him/herself as part of another. Boundaries between persons are relatively fluid so that each needs the other to complete the sense of selfhood. One’s sense of self is intimately linked with the self of another such that the security, identity, integrity, dignity, and self-worth of one is tied to the actions of the other” (ibid:55).

Joseph påpekar att det naturligtvis finns personer som är individualiserade även i arabvärlden (som är platsen för hennes diskussion) men i grunden är det familjen som värderas högre än individen. Kort sagt, värden som går ut på att hålla ihop helheten är överordnade värden som berör de enskilda delarna. Det bör också påpekas att en kollektivistisk personlighetsstruktur också är märkbar i andra geografiska områden, exempelvis i Afrika. Augustine Nwoye (2007) lyfter fram att den grupporienterade impulsen bland afrikaner innebär att man är ”confronted with multiple obligations and loyalties” (ibid:130).

Bror-syster-förhållandet är enligt Joseph den viktigaste relationen när det gäller konstruktionen av den här typen av personlighet. Kort sagt, menar hon, att bröderna i en familj är de som uppfostrar syst-rarna. Relationen bygger på att brodern är den som anger ramarna för systemens agerande, för vad som är tillåtet/otillåtet, vad hon tillåts erfa och genomföra. Systemen förväntas internalisera broderns önskinningar och leva upp till de krav han ställer på henne. Som Joseph formulerar det: ”A brother was responsible for his sister’s behaviour. A sister was expected to embrace a brother’s wishes as her own. The boundaries between them were fluid” (ibid:56). Relationen mellan de två bygger på en kombination av kärlek och våld. Brodern är i sin fulla rätt att bestraffa systemen (som förväntar sig detta) när eller om hon bryter mot de regler han formulerat för henne. I den här konstellationen lär sig kvinnan, menar Joseph, att en kärleksfull kvinna är någon som underkastar sig mannens vilja och mannen lär sig att en kärleksfull man kan konsten att kontrollera sin kvinna. Brodern fungerar som systemens beskyddare (även efter att hon gift sig) så länge systemen upprätthåller familjeheden,

det vill säga undviker alla amorösa kontakter utanför äktenskapets juridiska ramar. I det större perspektivet, menar Joseph, är bror-syster-relationen den sociala grunden för hur patriarkalitet reproduceras i Mellanöstern, i det här specifika fallet i Libanon. Det ligger sannolikt en hel del i Josephs argument.

Den här typen av kvinnlig underordning finns också dokumenterad i andra studier från Mellanöstern. Samantha Wehbi (2003) påpekar i en studie om kvinnors uppfattningar om våldtäkt i Libanon att det finns en struktur av värderingar som gör det svårt för kvinnor att hävda att de blivit utsatta för sexuella övergrepp. Vissa kvinnor uttrycker till och med att våldtäkt inom äktenskapet är acceptabelt: "If he is married to her, it's okay, he has a right to rape her, in the true sense of the word, because he has the right. It's his right." (ibid:181). Föreställningarna finns även i Sverige, hos arabiska kvinnor som ytligt sett är väl integrerade. För ett tiotal år sedan deltog jag och Sara Johndotter i en konferens där två väl integrerade palestinska kvinnor deltog. Kvinnorna, som var i 25–30-årsåldern hade bott i Sverige hela sina liv i en icke-segregerad miljö i en annan stad än Malmö. Kvinnorna hade emellertid inte införlivat de feministiska ideal som präglat tänkandet kring kvinnligt och manligt i Sverige de senaste decennierna. Tvärtom ansåg båda två att det var fullt acceptabelt för en man att bestraffa en kvinna med våld om det var så att han uppfattade henne som olydig. Hur kraftigt våld framgick emellertid inte av deras synpunkter.

En kollektivistisk familjestruktur fungerar sannolikt bättre i samhällen där alla i den sociala miljön agerar på ungefär samma sätt. I en sådan situation finns en moralisk legitimitet i hela samhället för att individens ambitioner och vilja bör underordnas gruppens, eller de äldre människors, önsningar. När familjestrukturen överflyttas till västvärlden försätts (särskilt unga) människor i en position som kan producera en hel del psykisk ohälsa. Ett dilemma unga människor lätt hamnar i är, som en av informanterna uttrycker det, att "pappa säger en sak, i skolan säger de en annan". Men inte bara budskapen som förmedlas i skolan kan ställa till med problem för den unga människan. Generellt finns en stor skepsis hos kollektivt orienterade människor mot att deras barn ska genomgå en individualiserings-

process i sitt vuxenblivande som innebär att de bryter sig loss från familjen och blir egna moraliska agenter.

Avslutande kommentar

Syftet med det här kapitlet var att diskutera psykisk ohälsa som ett komplicerat fenomen hos invandrare/flyktingar. För att förstå vilken typ av psykisk ohälsa som genereras hos flyktingar är det nödvändigt att förstå denna som inbäddad i en social kontext där individerna är sammankopplade med kollektiv som ofta är transnationella. Psykisk ohälsa (som inte beror på genetiska anlag eller psykisk sjukdom) har ofta grunden i hela den livssituation som uppstår i samband med migration. Att ryckas upp från en miljö och tvingas bosätta sig på en annan plats är i sig en traumatisk händelse som det kan ta många år att finna sig till rätta med. För att förstå psykisk ohälsa är det betydelsefullt att externa analytiker försöker konstruera en så omfattande problembild som möjligt för individen/kollektivet som ingår i en studie. Här måste det genomföras upprepade intervjuer där informanter ges möjlighet att i lugn och ro redogöra för sin livshistoria och samtida livssituation och livsvärld. Individens förhållande till kollektivet är en teoretisk infallsvinkel som kan användas för att organisera tänkandet kring psykisk ohälsa och flyktingskap. Det är emellertid förenat med stora svårigheter att säga något om detta a priori. Hur detta förhållande ser ut, hur individen påverkas av sin relation till kollektivet, måste utredas från fall till fall. Psykisk ohälsa hos flyktingar kan genereras i förhållande till olika typer av kollektiv och deras krav på kulturell konformitet. Som andra författare påpekar i den här boken bör man dock kunna dra slutsatsen att flyktingar ingår i sociala relationer som står utanför det svenska samhällets omedelbara räckvidd. Kort sagt, psykisk ohälsa hos flyktingar kan, men behöver inte, ha att göra med det svenska majoritetssamhället. En generell hypotes är att det ofta uppstår en splittring mellan å ena sidan traditionellt orienterade grupper krav på kollektiv underkastelse, och å andra sidan det svenska samhällets idé om individuell självständighet.

Innehållet i kapitlet har behandlat några olika teman som bör kunna ligga till grund för en fördjupad forskningsinsats. Ett fält som skulle behöva utforskas mer rigoröst än som hittills varit fallet

är kopplingen mellan religion och psykisk ohälsa. Vilken betydelse har religion i allmänhet, men i synnerhet islam (eftersom detta är den största religionen i Rosengård och den näst största religionen i Europa), för hur människor hanterar psykisk ohälsa? På vilket sätt bidrar religion till att försvåra möjligheterna att lösa problem som har att göra med psykisk ohälsa? Ett annat fält, som i vissa avseenden tycks hänga ihop med religionens betydelse, handlar om relationen mellan individ och kollektiv. Vilken betydelse har kollektivet för det hälsomässiga utfallet i olika grupper? Finns det maktrelationer utanför svenska sammanhang som ligger till grund för skapandet av psykisk ohälsa? Hindrar dessa maktrelationer människor från att erhålla den hjälp de skulle kunna vara i behov av? På vilket sätt är kollektivet behjälpligt i att lösa problem? Nära relaterat till dessa frågor är det patriarkala fältet, som även det skulle behöva en mer noggrann genomlysning. Gradvis har det etablerats en acceptans för att det finns hedersrelaterade problem i Sverige. Den forskning som bedrivs kring detta skulle emellertid behöva kompletteras med studier som sätter polygama äktenskap i fokus. Hur utbrett är det med polygama äktenskap i Rosengård/Malmö och vilken typ av psykisk hälsa/ohälsa genererar dessa? Hur utbrett är det med miss-handel av kvinnor inom en viss typ av patriarkala äktenskap? Hur utbrett är det med droganvändning hos olika grupper av invandrade personer?

REFERENSER

- Al-Krenawi, Alean och John R Graham (1999): "Social Work and Koranic mental health healers". *International social work*, Vol 42(1):53–65.
- Al-Krenawi, Alean och John R Graham (2000): "Islamic theology and prayer: Relevance for social work practice". *International Social Work*, Vol 43(3):289–304.
- Al-Krenawi, Alean och John R Graham (2003): "Principles of Social Work Practice in the Muslim Arab World". *Arab Studies Quarterly*, Vol 25(4):75–91.
- Bala, Julia (2005): "Beyond the personal pain: integrating social and political concerns in therapy with refugees". *Forced Migration and Health: Rethinking the Care of Refugees and displaced persons*. Ed D Ingleby. New York: Springer. 169–183.
- Berger, Peter och Thomas Luckmann (1966): *The Social Construction of Reality*. Toronto: Anchor Books.
- Carlbom, Aje (2003): *The Imagined versus the Real Other: Multiculturalism and the Representation of Muslims in Sweden*. Lund: Sociologiska institutionen.
- Carlbom, Aje (2006): "Mångkulturalismen och den politiska mobiliseringen av islam". *Invandrare och integration i Danmark och Sverige*. Red Hedetoft, Petersson och Sturfelt. Lund: Centrum för Danmarksstudier. 26–66.
- Carlbom, Aje (2006): "The Islamist". *Men of the Global South: A Reader*. Ed Adam Jones. London: Zed Books.
- Daun, Holger, Brattlund, Åsa och Robleh, Salada (2004): "Educational Strategies Among Some Muslim Groups in Sweden". *Educational Strategies among Muslims in the Context of Globalization: Some National Case Studies*. (Daun och Walford redaktörer). Sid 187–207.

- Darvishpour, Mehrdad (2002): "Immigrant women challenge the role of men: how the changing power relationship within Iranian Families in Seden intensifies family conflicts after immigration". *Journal of Comparative Family Studies*, Vol XXXIII(2):271–296.
- Good, Byron J (1997): "Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal?". *Ethos*, Vol 25(2):230–248.
- Heilman, Samuel och Eliezer Witztum (2000): "All in Faith: religion as the idiom and means of coping with distress". *Mental Health, Religion and Culture*, Vol 3(2):115–124.
- Hodge, David (2005): "Social Work and the House of Islam: Orienting Practitioners to the Beliefs and Values of Muslims in the United States". *Social Work*, Vol 50(2):162–172.
- Ingleby, David (2005): "Editor's introduction". *Forced Migration and mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Ed D Ingleby. New York: Springer. 1–29.
- Joseph, Suad (1994): "Brother/Sister Relationships: Connectivity, Love, and Power in the Reproduction of Patriarchy in Lebanon". *American Ethnologist*, Vol 21(1):50–73.
- Linde, Charlotte (1993): *Life Stories, The Creation of Coherence*. New York: Oxford University Press.
- Mohammad, Robina (1999): "Marginalisation, Islamism, and the Production of the Other's Other". *Gender, Place and Culture*, vol 6, issue 3, sid 221–240.
- Moller Okin, Susan (1998): "Feminism and Multiculturalism: Some Tensions". *Ethics*, Vol 108(4):661–684.
- Nwoye, Augustine (2007): "Remapping the Fabric of the African Self: A Synoptic Theory". *Dialectical Anthropology*, Vol 30:119–146.
- Ogden, Jane (2003): "Some Problems With Social Cognition Models: A Pragmatic and Conceptual Analysis". *Health Psychology*, Vol 22(4):424–428.

- Okasha, Ahmed (1999): "Mental Health in the Middle East: An Egyptian Perspective". *Clinical Psychology Review*, Vol 19(8):917–933.
- Områdesfakta för Malmö (2005): Malmö stads statistisk och planeringsavdelning, delområden.
- Peels, Trees (2000): "Muslim Families from Morocco in the Netherlands: Gender Dynamics and Fathers' Roles in a Context of Change". *Current Sociology*, Vol 48(4):75–93.
- Projektplan (2005): Åtgärder för att ge invånarna i Rosengårds stadsdel i Malmö samma psykiatriska vårdkonsumtion relaterad till vårdbehov som invånarna i övriga Malmö.
- Roald, A-S (2002): "Parabol tar emot och skärmar av". *Invandrare och Minoritet* 2, April, pp. 31–33.
- Svanberg, Ingvar och Westerlund, David (1999): *Blågul islam? Muslimer i Sverige*. Nora: Nya Doxa.
- Summerfield, Derek (2005): "My whole body is sick ... my life is not good": A Rwandan asylum seeker attends a psychiatric clinic in London". *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced persons*. Ed D Ingleby. New York: Springer. 97–115.
- Turner, Bryan S (1991): *Religion and Social Theory*. London: Sage
- Wehbi, Samantha (2003): "Women's rape perceptions in Beirut, Lebanon". *International Social Work*, 46 (2):177–189.
- Yi Lin, Tsung, Kenneth Tardiff, Georg Donetz och Walter Goresky (1978): "Ethnicity and patterns of help-seeking". *Culture, Medicine and psychiatry*, 2 (1978):3–13.

KAPITEL 8

STADSDELENS BETYDELSE FÖR OHÄLSA OCH SOCIALA PROBLEM

Marie Torstensson Levander

Inledning

Stabila och välorganiserade bostadsområden har länge betraktats som en tillgång för de boende både när det gäller människors välbefinnande och för att upprätthålla den lokala ordningen i områden. En mängd forskning har visat att faktorer som svaga sociala nätverk och låg samhörighet mellan de boende ökar risken för att olika sociala problem ska slå rot och utvecklas, eftersom de svaga nätverken försvårar kollektivets möjlighet att själv reagera på problem. Huvuddelen av forskningen inom området har koncentrerats på att beskriva och förklara variationer av kriminalitet och andra sociala problem, men det förekommer allt oftare liknande studier där hälsa/ohälsa och ohälsorelaterade problem står i fokus.

Följande kapitel ska utveckla resonemangen kring betydelsen av områdesegenskaper för det sätt på vilket människor organiserar sitt vardagsliv och hur detta kan påverka utvecklingen av livsförlopp, i synnerhet när det gäller utvecklingen av sociala problem, kriminalitet och ohälsa. Innehållet rör i första hand två centrala aspekter:

Den första utgår från koncentrationen av sociala och hälsorelaterade problem i stadsdelen Rosengård. Vi vet från tidigare studier (refereras nedan) att sådana koncentrationer finns i stadsdelar med

liknande sammansättning och att dessa kan analyseras med utgångspunkt i olika områdesegenskaper.

En välbelagd modell för utveckling av psykisk hälsa är sårbarhetsstressmodellen (Zubin & Spring 1977). Enligt denna kan områdesegenskaper, t ex i form av en viss kombination av befintliga stressfaktorer inom ett område, utlösa reaktioner hos individer med sårbarhet för sådana stressfaktorer (se också Ross 2000; Ross et al 2000). Dessa reaktioner kan nå upp till diagnoskriterier för många olika psykiska störningar, inte bara stressutlösta sådana i inskränkt mening (främst olika ångestrelaterade störningar, t ex generaliserat ångestsyndrom eller utmattningsdepression).

Den andra aspekten, som inte alls har samma utrymme i den tidigare forskningen inom området, rör den antagna underkonsumtionen av psykiatrisk vård i Rosengård och möjligheten att tolka denna utifrån de teoretiska resonemangen ovan. Vissa områdesspecifika mekanismer skulle kunna utgöra en delförklaring till de boendes ovilja att utnyttja den offentliga psykiatriska vården, och dessa egenskaper skulle också kunna förklara variationer i den offentliga vårdens (och sociala omsorgens) strategier och policy för sin verksamhet.

I den mån det är möjligt kommer de empiriska illustrationerna att hämtas från studier genomförda i Malmö och Rosengård.

Staden, sociala problem och ohälsa

Att stadens olika delområden skiljer sig åt på många väsentliga punkter beskrevs både teoretiskt och empiriskt inom den tidiga Chicagoskolan under 1930- och 1940-talen. Den omfattande studien som gjordes av Shaw & Mac Kay av kriminalitetens fördelning i Chicago är kanske en av de mest kända (1939; 1969). En annan klassisk studie var Faris & Dunhams studie (1939; 1960) av fördelningen av psykiska sjukdomar i staden. Gemensamt för båda dessa studier var att resultaten dels visade på en stark samvariation mellan sociala och medicinska problem inom vissa av stadens delområden, dels visade att sådana problem var kraftigt koncentrerade till socialt och ekonomiskt depraverade stadsdelar. En stadsdel som hade en hög brottnivå hade också höga nivåer av psykiska sjukdomar, barnadödlighet och självmord.

I Shaws & Mc Kays studier var både ungdoms- och vuxenkriminaliteten koncentrerade till stadens inre delar (zone in transition), ett område som i första hand befolkades av socialt och ekonomiskt utsatta europeiska immigranter. Faris & Dunham visade detsamma, nämligen en stark koncentration av psykiatriska patienter till motsvarande delområden. Man antog att vissa egenskaper i stadsmiljön kunde bidra till utvecklandet av schizofreni och andra sjukdomar (tidiga versioner av sårbarhets-stressmodellen). I detta sammanhang bör också nämnas Örnulf Ödegaards 1930-talsstudier av skandinaviska emigranternas brottslighet och psykiska hälsa i Minnesota i norra USA (1932), som i sig är en stark validering av stress-sårbarhetsmodellen i en kontext av emigration/immigration och social turbulens.

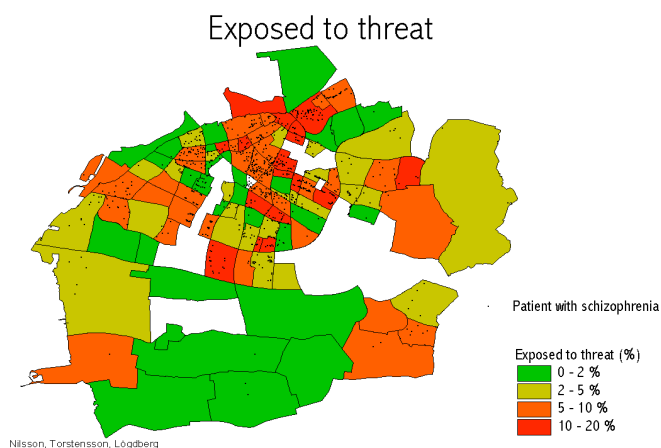
Att olika typer av sociala och hälsoproblem tenderar att vara koncentrerade till vissa av stadens delområden har senare bekräftats i mängder av moderna studier. I en studie av utsatthet för brott, otrygghet och uppfattning av ordningsstörningar som genomfördes i Malmö 1998 framgick att ordningsproblem (stökiga ungdomsgång, fylleri, narkotikamissbrukare, skadegörelse, etc), utsatthet för brott (grovt våld, hot, stöld och skadegörelse) och upplevd otrygghet (rädd att gå ute ensam, rädd för särskilda personer) var starkt koncentrerade till vissa delområden i Malmö (Torstensson, 2000). Rosengård var ett av dessa områden, men av resultaten framgick också att stadsdelen inte är helt homogen – den höga problemnivån var koncentrerad till tre av stadsdelens fyra delområden (se Figur 1 och Figur 2 för exempel på områdesvariationer i Malmö).

En rad svenska och internationella studier bekräftar resultaten ovan (se t ex Dolmén, 2002 för en översikt av sådana studier). Brottslighet – vare sig den bygger på självrapporterad utsatthet för brott eller polisanmälda brott – visar starka koncentrationer till vissa delområden i staden. Särskilt utsatta delar är segregerade bostadsområden och områden av ”citykaraktär”, dvs områden där kommersiella aktiviteter dominerar (Wikström, Torstensson & Dolmén 1997; Wikström & Sampson 2003).

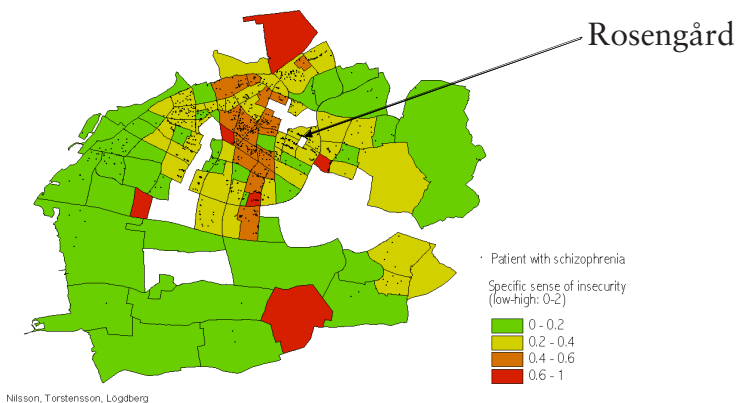
Många studier visar dessutom på den starka förekomsten av komorbiditet mellan brottslighet, ohälsa och andra problemindikatorer.

Exempelvis visar en relativt ny studie i Chicago (Sampson 2003) på en stark samgång på områdesnivå mellan mordfrekvens, barnadödlighet, låg födelsevikt hos nyfödda, olycksfallsrelaterade skador och självmord. En slutsats från denna studie är att det tycks vara möjligt att identifiera geografiska "hot-spots" för ohälsorelaterade faktorer i det bredare perspektivet.

Figur 1. Fördelningen av självrapporterat hot i Malmös delområden.¹



Figur 2. Fördelningen av upplevd konkret otrygghet (rädsla för personer och/eller rädd att gå ensam ute nattetid i det egna bostadsområdet) i Malmös delområden.²



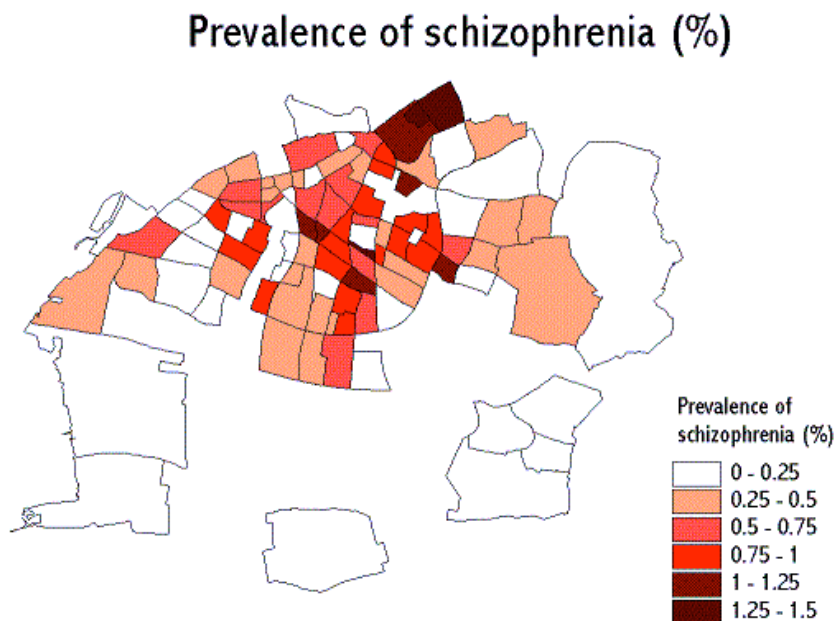
1 Från Lögberg, B, Nilsson, L-L, Torstensson Levander, M & S Levander, 2003

2 Från Lögberg, B, Nilsson, L-L, Torstensson Levander, M & S Levander, 2003

När det gäller prevalens av psykiska störningar, psykossjukdomar och i synnerhet schizofreni har bla studier av Eaton (1974), Rutter (1981), Lavik (1977), Lewis et al (1992), van Os (2000), Ross (2000) och Lögdberg et al (2003) visat på en stark koncentration av sådana störningar/sjukdomar till socialt utsatta innerstadsområden.

I den tidigare refererade studien av fördelningen av schizofrena patienter boende i Malmö (Lögdberg et al, ibid) visade analyserna på kraftiga koncentrationer av patienter i områden med en hög problemlivå, utsatthet för brott och höga andelar otrygghet, men också en särskilt hög koncentration i det gamla mentalsjukhusets närområde dit patienterna skrevs ut under avinstitutionaliseringen från 1970-talet och framåt (Figur 3). En amerikansk studie av 270 psykiatriska patienter visade dessutom att det med stor sannolikhet fanns en områdeseffekt för benägenheten att begå våldsbrott bland de patienter som hade sin bostad i ett socialt desorganiserat område (Silver 2000).

Figur 3. Fördelning av boende med schizofrenidiagnos i Malmös delområden.³



³ Från Lögdberg, B, Nilsson, L-L, Torstensson Levander, M & S Levander, 2003

I den studie som genomfördes av van Os (ibid) analyserades betydelsen av lokalområdets egenskaper för uppkomst av psykossjukdomar, medan Lögdberg et al, (ibid) resonerade både kring betydelsen av områdesegenskaperna och betydelsen av en hög koncentration av psykiatriska patienter för det område de bor i och för patienterna själva.

Ross (2000) testade hypotesen att boende i socialt utsatta områden hade högre prevalens av depressionssjukdomar jämfört med boende i mer välsituerade områden. En flernivåanalys visade att särskilt boende i resurssvaga bostadsområden där hushåll med en ensamstående mor dominerade hade högre nivåer av depressioner. Efter kontroll för individfaktorer som ras, etnicitet, kön, ålder, utbildning, arbetsförhållanden, inkomst och hushållsstruktur kunde hon konstatera att trots att mer än hälften av den kontextuella effekten kunde tillskrivas befolkningssammansättningen (socialt utsatta individer tenderar att bo i socialt utsatta områden) kvarstod en signifikant områdeseffekt. En slutsats var att den dagliga påfrestningen av att leva i ett område där den sociala ordningen är låg är starkt kopplad till depressionstillstånd.

Otrygghet och ohälsa

Upplevd otrygghet eller rädsla kan vara en annan indikator på ohälsa (Torstensson Levander 2007; Sampson 2003; Hale 1996). Rädsla (och ångest) är i sig en starkt obehaglig inre upplevelse och benägenheten för rädlereaktioner varierar påtagligt i befolkningen. Det finns stora individuella skillnader, t ex förefaller kvinnor att vara mer ångestbenägna och drabbas ungefär dubbelt så ofta som män av ångestsjukdomar, t ex generaliserat ångestsyndrom och panikångestsyndrom. Den självrapporterade otryggheten är också högre bland kvinnor, särskilt yngre kvinnor (Torstensson Levander, ibid).

Förutom individskillnaderna finns också starka områdesvariationer och dessa följer variationerna av kriminalitet och andra ohälsaindikatorer (se ovan). Rädslan eller otryggheten kan vara rädsla för främlingar eller det okända, men kan också vara en konsekvens av att omgivningen upplevs som oordnad (skräpig, vandaliserad etc), mörk (avsaknad av belysning), fysiskt nedgången och ”övergiven”

av samhällets aktörer som förefaller att ha gett upp försöken att hantera och kontrollera området. Sådana upplevelser, och tolkningar av dessa, kan skapa en känsla av att inte längre ha kontroll över vad som kan hända och därmed uppstår rädsla/otrygghet.

Rädsla kan exempelvis medföra att vissa platser i ett grannskap förvandlas till ”no-go areas”, vilket innebär att man undviker att vistas på vissa platser därför att det medför obehag. Undvikandet kan leda till en slags ond spiral – redan tidigare obehagliga platser eller områden blir avfolkade och upplevs då som ännu mer obehagliga. Det sociala vakuum som uppstår i området attraherar personer som är orädda och kanske kriminella, med intresse för att träffa likasinnade utan övervakning från socialt väletablerade personer.

Detta bekräftas delvis i en engelsk studie av sambandet mellan otrygghet (rädsla för brott) och förekomsten av psykisk ohälsa i en stadsdel i London. Rädsloupplevelsen hade en särskilt stark negativ effekt på vissa socialt utsatta befolkningsgrupper, däribland de psykiskt sjuka (Whitley & Prince 2005). En konsekvens av detta var just att man anpassade sitt dagliga rörelsemönster i området för att undvika otrygghetsskapande situationer. Författarna beskriver detta som ”time-space inequalities”, dvs de redan utsatta fick ett begränsat rörelsemönster i staden och därmed färre möjligheter att utnyttja olika typer av service för medborgarna.

Lindström, Merlo & Östergren (2003) visade i en studie i Malmös olika delområden att den kontextuella variabeln ”socialt kapital” delvis förklarade variationer i de boendes upplevelser av otrygghet i sitt eget bostadsområde. De definierar socialt kapital som socialt deltagande (individnivå) och genom valdeltagande (kontextuell nivå). En annan, vanlig, definition av socialt kapital är de olika formella och informella sociala nätverk och sammanhang där individer och grupper knyts till varandra (Putnam, 2001).

En slutsats av detta är att det inte bara är individers sociala karaktäristika som varierar med indikatorer på hälsa eller ohälsa – variationer på grannskapsnivå har också stor betydelse. Detta innebär att det finns ett starkt stöd för att den sociala miljön eller den kontext

människor befinner sig i har betydelse som del i en orsakskedja, även när man kontrollerat för individuella egenskaper och beteende (Robert 1999; Ross 2000; Sampson 2003).

I följande avsnitt diskuteras därför områdesfaktorers betydelse för utvecklingen av ohälsa och andra problemindikatorer. Den tidigare forskningen inom området har varit koncentrerad på förhållanden av betydelse för kriminalitetsutveckling både som individuellt och områdesfenomen. Mot bakgrund av att kriminalitet, ohälsa, otrygghet och andra problemindikatorer visar nära nog identiska geografiska mönster, har jag valt att använda de teoretiska resonemangen för att också förklara variationer i psykisk ohälsa och i någon mån konsumtion av vårdresurser mellan stadsdelar eller delområden i staden.

Sociala mekanismer i bostadsområden

Den ursprungliga Chicagotraditionen var inte bara empiriskt orienterad – man utvecklade också teoretiska förklaringsmodeller, dels rörande uppkomstmekanismer bakom problemkoncentrationerna, dels till de mekanismer som vidmakthöll dessa över tid. En viktig fråga rörde just hur mycket förklaringsvärde som kunde tillskrivas individuella skillnader och hur mycket som kunde förklaras av egenskaper i lokalområdet, dvs fanns det egenskaper på områdesnivå som bidrog till att utveckla och vidmakthålla en hög nivå av sociala och hälsorelaterade problem.

Ett nyckelbegrepp i detta sammanhang var ”social desorganisation”. Begreppet definierades som:

”De boendes vilja att agera för att uppnå gemensamma mål som ett resultat av delade förväntningar och stark tilltro till det omgivande samhället” (Shaw & McKay 1969; Sampson, Raudenbush & Earls 1997; Sampson, Morenoff & Earls 1999).

Begreppet vidareutvecklades under 1970-talet av Kornhauser som:

”Det lokala grannskapets förmåga att realisera eller vidmakthålla invånarnas gemensamma normer och värderingar samt att lösa gemensamma problem.” (Kornhauser 1978, min översättning).

Sampson et al (1999) har utvecklat Shaw & McKays ursprungliga teori om social desorganisation både i teoretisk och empirisk bemärkelse. Fokus ligger på de boendes förmåga att utöva kontroll över sitt lokalområde och det kollektiva engagemanget för gemensamma mål. Enligt vad man kallar *den systemiska modellen* (Sampson 1988; Bursik & Grasmick 1993), är områdets förmåga till egenorganisering av stor vikt för förståelsen av lokalområdets problematik. Lokalområdet ses som ett komplext system av vänskapliga nätverk och formell och informell kontroll med grunden i familjeliv och socialisationsprocesser. Centralt är utvecklandet av "collective efficacy" – *kollektiv styrka* – vilket definierats som "*Den sociala samhörighet och gemensamma tillit som befolkningen i ett område delar, samt deras gemensamma förväntningar på stöd för informell social kontroll i grannskapet*" (Sampson, m fl ibid).

I det moderna samhället är starka band mellan människor inte längre normen, eftersom vänskap och sociala nätverk i mindre utsträckning är organiserade inom ramen för en slags lokal ordning (Fisher 1982; Wellman 1979). Lokalsamhällen som karaktäriseras av geografiskt knutna nätverk, i synnerhet i socialt depraverade områden, kan producera miljöer där kollektiva lösningar av lokala problem inte alltid uppmuntras (Wilson 1987). Det senare kan innebära att det är enklare än i andra områden att avvika från konventionella mönster och kollektiva värderingar.

Enligt Sampson et al (2003) är det kopplingen mellan ömsesidig tillit och delade förväntningar att agera för gemensamma goda mål som definierar graden av kollektiv styrka. Graden av den kollektiva styrkan existerar i relation till specifika mål, exempelvis att upprätthålla ordning, få fram ett framgångsrikt fotbollslag eller allmänt att inordna sig i det omgivande samhället och dess normer. Han skiljer mellan personliga *band mellan individer* och *områdets grad av kollektiv vilja*, dvs de personer jag väljer att samarbeta med för att realisera mina mål behöver inte vara de personer som jag definierar som mina bästa vänner.

En fråga är då vilka slags miljöer som uppmuntrar utvecklingen av kollektiv styrka? Sampson (2003) menar att ett områdes infra-

struktur och samarbete mellan organisationer/aktörer kan vara ett stöd för socialt handlande. En organisation kan påverka den kollektiva styrkan bland de boende genom strategiskt nätverksarbete och på så vis hjälpa de boende att utveckla den sociala samhörighet och de nätverk som krävs för att öka förmågan till kollektivt handlande. Detta skulle exempelvis kunna innebära att någon eller några lokala aktörer arbetar proaktivt ute i lokalområdet med kontaktskapande – i första hand mellan de boende – för att på så vis öka deras upplevelse av tillhörighet till ett kollektiv. På så vis skulle man också kunna hjälpa de boende att enas om gemensamma mål och normer för de aktiviteter som skulle kunna hjälpa till att nå dessa.

Social desorganisation och kollektiv styrka i Rosengård

Graden av social desorganisation och kollektiv styrka studerades i den tidigare refererade studien av lokala problem, brott och trygghet i Malmös olika delområden (Torstensson 1999;2001). I studien ingick mått på graden av social integration (sociala nätverk och social samhörighet) och informell social kontroll (de boendes vilja att gemensamt agera för ett gemensamt mål). Av resultaten framgick att Rosengård var en stadsdel med en relativt låg grad av social integration och informell social kontroll (se Figur 4a och 4b).⁴ Å andra sidan är nivåerna inte så låga som förväntat. De sociala nätverken och samhörigheten visade sig vara medelstarka medan den informella sociala kontrollen varierar inom stadsdelen med en lägre nivå av social kontroll i ett av Rosengårds fyra delområden.

Av Figur 5 framgår dels att det finns ett starkt samband mellan en låg grad av social integration och en svag informell social kontroll. Dels ser vi att Rosengård är en av fyra stadsdelar där detta samband syns tydligt. I Figur 6 bekräftas hypotesen om sambandet mellan en aspekt av social desorganisation (nämligen svag social integration) och problemnivå. Även i detta avseende hör Rosengård till de stadsdelar där sambandet är starkast.

Vi kan alltså konstatera att Rosengård är en stadsdel som karaktäriseras av en relativt hög grad av social desorganisation eller en svag

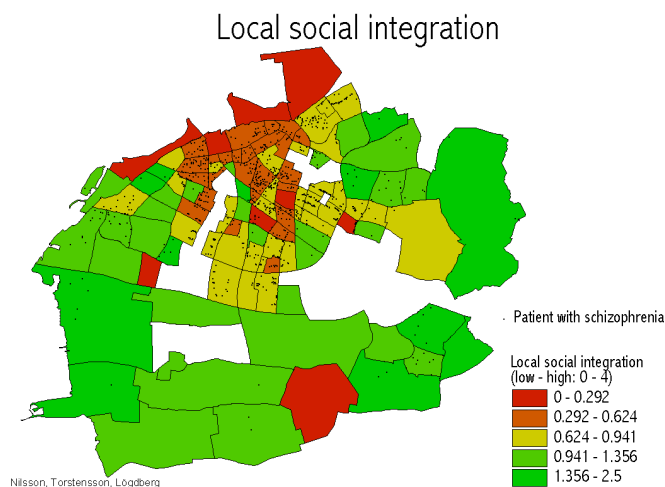
⁴ Det bör tilläggas att flera av de delområden som uppvisar den allra lägsta graden av social integration i Figur 3 utgörs av områden med ett litet eller näst intill obefintligt befolkningsunderlag.

kollektiv styrka, d v s svaga sociala nätverk, svag social samhörighet och en svag informell social kontroll. Däremot är nivåerna av dessa inte så låga som förväntat utifrån ett ”teoretiskt” index. Detta gäller också nivåerna av faktorer som ordningsstörningar, kriminalitet och ordningsproblem. Enligt olika teoretiska utgångspunkter borde nivåerna vara de högsta i Malmö, men precis som i fallet med konsumtion av psykiatrisk vård så ligger nivåerna något under vad som förväntas enligt den teoretiska modellen.

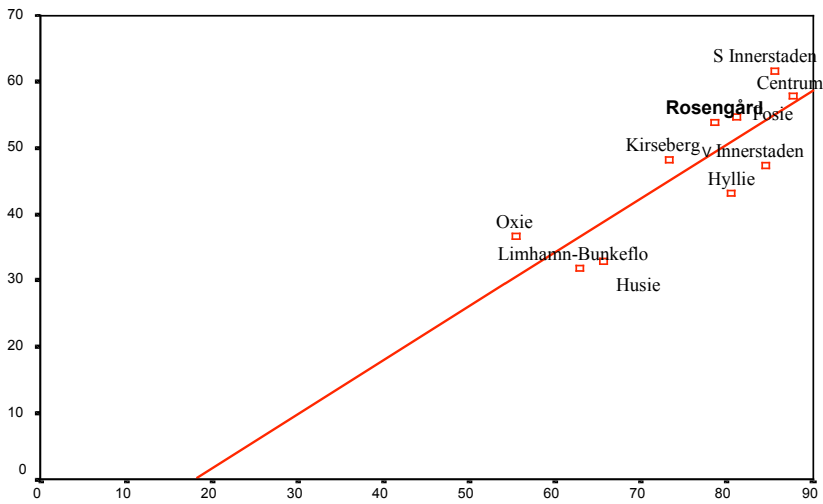
Figur 4a. Fördelningen av lokal social integration och informell social kontroll i Malmös stadsdelar.

Figur 4b. Fördelningen av lokal informell social kontroll i Malmös stadsdelar.

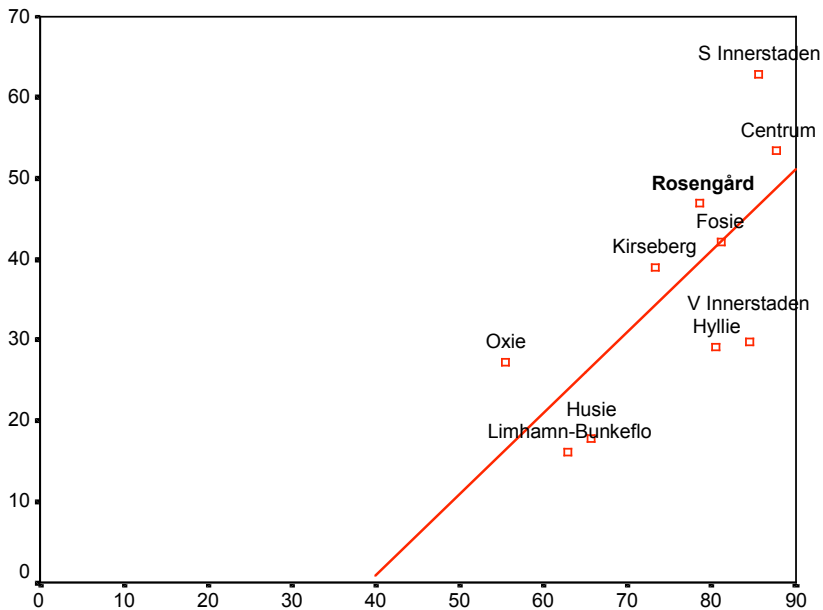
Lokal social integration/nätverk/samhörighet



Figur 5. Sambandet mellan lokal social integration (svag) och lokal informell social kontroll (svag).



Figur 6. Sambandet mellan lokal social integration (svag) och lokal problemnivå (hög).



Orsaksmekanismer på grannskapsnivå

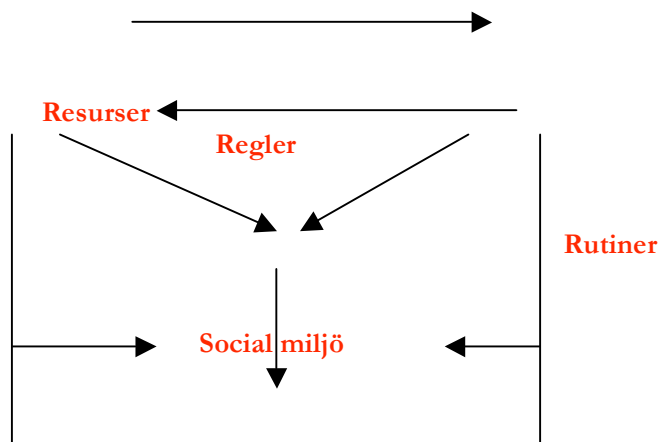
Hur kan man då förklara länken mellan ett områdes strukturella egenskaper och de handlingar som utförs av de boende i ett område? Wikström (1998) har utvecklat en teoretisk modell där orsaksmekanismer på lokalområdesnivå diskuteras. Han definierar ett lokalområde (*community*) som ”den sociala och byggda miljön i ett gemensamt område”, men inte nödvändigtvis ett geografiskt avgränsat område. Två viktiga utgångspunkter i områdesstrukturen är dels hur människors personlighet och livsstil formas av det område man växer upp i, dels hur handlingsmönster och det konkreta beteendet bland de boende kommer att uttryckas i vardagslivet. Resonemanget kan användas för att förklara ”*hur man blir den man är*” och ”*varför man följer vissa handlingsmönster i det man gör*”.

En stadsdel eller ett delområde inom en stadsdel varierar givetvis vad gäller olika strukturella egenskaper, t ex befolkningssammansättning, familjeförhållanden, socioekonomiska förhållanden. Områden varierar också när det gäller den byggda miljön, och detta kommer sedan att påverka utbudet av aktiviteter för de boende samt för de personer som är besökare i området. Exempel på sådana aktiviteter är förekomsten av bostäder, butiker/köpcentra, områden för rekreation, service, stödjande aktiviteter (t ex inom hälsa och social omsorg).

Wikström föreslår följande modell (Figur 6) för att illustrera de mekanismer som förmedlar effekten av ett områdes strukturella faktorer till individnivån. Han menar att ett grundläggande argument är att:

”...the community structure provides resources and rules that the residents can draw upon in their daily life, which in turn influence the patterning and content of their daily routines and the specific resources and rules associated with specific types of behavior settings generated by the community routines” (ibid: 127).

Figur 6. Sociala miljöer. Viktiga mekanismer i påverkansprocessen från strukturella egenskaper på områdesnivå till individnivå (Wikström, 1998).



Individer kommer att exponeras för olika sociala miljöer inom ramen för vardagslivet och dessa miljöer formas av områdets sammansättning av resurser, regler och rutiner. Individens beteende i en situation kommer alltså att vara ett resultat av samspelet mellan sociala miljö- och individkaraktäristika. En slutsats är att en stadsdel kan innehålla många olika slag av sociala miljöer och dessa miljöer präglas av områdets strukturella egenskaper. Inom ramen för dessa miljöer fostras och rör sig individer med olika uppsättningar egenskaper. Valet av olika handlingar växer fram i samspelet mellan ”den man är” och den miljö man möter.

Lokalsamhällets regler

Ett samhälles regler utgörs av de normer och konventioner (formella och informella) som de boende konfronteras med i vardagslivet och som påverkar mänskligt handlande. Olika stadsdelar karaktäriseras av olika uppsättningar regler för beteende. Variationen avser också i hur hög grad man lyckats komma överens om värderingar och förväntningar, och i vilken grad och på vilka sätt dessa upprätthålls genom interventioner och sanktioner – den kollektiva förmågan eller styrkan. Reglerna har sannolikt ett generellt inflytande över

de boendes rutinmässiga beteende (t ex hur man definierar sjukt och friskt, hur man uppfostrar sina barn) och reglerna tydliggörs, upprätthålls och kommuniceras i många olika sociala miljöer och sammanhang.

Detta kommer i sin tur att påverka hur de boende bedömer olika möjligheter inom ramen för sitt vardagsliv. En sådan möjlighet kan exempelvis vara valet att söka vård eller inte. Områden är sällan homogena, vilket medför att flera olika normsystem kan existera vid sidan av varandra. Olika etniska grupper har sannolikt olika regler för vad som är sjukdom, särskilt något så känsligt som psykisk sjukdom och hur man kommunicerar detta till andra (grad av lidande, utformning av symtomkonstellationer). Vidare finns säkerligen olika regler för beteende samtidigt som ”värdlandet” utgör den normativa ramen. Skillnader i regler kan innebära att vi betraktar det ”normala” på olika sätt. Vad som inte accepteras i en social kategori (t ex psykisk sjukdom) är helt acceptabelt i den andra.

Regler gäller inte bara beteende relativt normen för vad som är accepterat (brott, psykisk sjukdom och andra avvikelser) utan också regler för hur vi väljer att handla i olika situationer. Sådana exempel kan vara skolgång, boende, umgänge och de strategier vi väljer när vi är sjuka. Detta innebär alltså att vi har olika syn på vad som är sjukt och friskt och dessutom olika syn på hur vi ska hantera sådana situationer, inte minst kommunikativt.

Rutiner i lokalsamhället

Lokalområdets rutiner utgörs av de aktivitetsmönster (tid och plats) som återfinns i området. Rutinaktiviteter har definierats som ”any re-current and prevalent activities, which provide for basic population and individual needs” (Cohen & Felson 1979). Sådana aktiviteter omfattar sådant som familjeliv, utbildning, religion, arbete, fritid, vård och manifesteras i olika sociala miljöer eller sociala sammanhang, t ex middag med familjen, religiösa aktiviteter, lektioner eller vårdcentralen. Rutinaktiviteter skapas av individens behov att samarbeta för att tillfredsställa biologiska behov och sociala önskingar och de utformas av den sociala omgivningen man finns i genom de resurser och regler som tillhandahålls.

En hypotes är att om besök hos vårdcentralen eller psykiatrin betraktas som en naturlig, kollektiv handling och den dessutom finns att tillgå i området, ökar sannolikheten för att utnyttja den resursen. Om psykisk störning eller sjukdom istället bedöms som något som strider mot kollektivets uppfattning om vad som är ”normalt” skapas antagligen inte rutinen ”söka läkare/hjälp för psykisk ohälsa” och det skapas inte heller en social miljö/socialt sammanhang för detta ändamål.

Detta kan sammanfattas som att omfattningen och egenskaperna i de olika sociala miljöer/sociala sammanhang som individer möter i sitt vardagsliv kommer att påverka deras utveckling och handlande, eftersom områdets regler kommuniceras och upprätthålls inom ramen för dessa miljöer (Wikström & Sampson 2003).

Kollektiva resurser

Ett lokalområdes resurser kan ses som all extern social och ekonomisk support (individer och institutioner) som de boende kan nyttja i sitt dagliga liv (Wikström & Sampson 2003). De underlättar, såväl som de begränsar, de boendes tillvaro och kan sägas utgöra områdets sociala kapital (Wikström 1998). Resursfördelningen i stadens olika delar varierar och detta innebär också att de boendes tillgång till socialt kapital ser olika ut. Exempel på sådana resurser kan vara tillgång till och kvalitet på barnomsorg, vård och skola. Vilka resurser man har tillgång till kommer sedan att påverka de dagliga rutinerna i området (t ex livsstil). Områdets resurser utnyttjas av de boende inom ramen för de olika sociala miljöer som skapas av lokalområdets rutiner. De resurser man har tillgång till kommer sannolikt att påverka de boendes möjligheter att utveckla sitt individuella sociala kapital. Hur väl man lyckas med detta kommer i sin tur att få konsekvenser för hur man väljer mellan handlingsalternativ inom ramen för sitt vardagsliv.

Ett rimligt antagande är att de resurser (t ex vård och skola) man har tillgång till varierar när det gäller innehåll eller policy för inriktning och utförande av verksamheten. En hypotes är att det finns stora skillnader mellan stadsdelar när det gäller både strategier för att nå ut till de boende (mottagande, tillgänglighet, information) och hur man definierar sitt uppdrag (vad är psykisk ohälsa?).

Slutsatser och diskussion

Det här kapitlet har haft det övergripande syftet att diskutera frågor kring områdesegenskaper, områdeseffekter och ohälsa. Den första frågan har rört koncentrationen av sociala och hälsorelaterade problem i staden som sådan och stadsdelen Rosengård i synnerhet. En mängd forskning visar att fenomen som kroppslig och psykisk ohälsa, kriminalitet och otrygghet oftare förekommer i områden som kan betraktas som socialt oordnade eller desorganiserade. Studier som genomförts i Malmö visar att så är fallet också i Rosengård och visar både på en förhöjd problemnivå, på koncentrationer av många olika slags problem och på en lägre grad av kollektiv styrka i stadsdelen Rosengård. Det bör dock tilläggas att problemnivån, trots att den är hög, inte alltid är den allra högsta om Rosengård jämförs med andra stadsdelar eller delområden i Malmö.

En annan viktig fråga har rört hur mycket av variationen i psykisk ohälsa och olika sociala problembeteenden som kan tillskrivas kontextuella faktorer respektive individuella faktorer? När det gäller benägenheten att bryta mot legalt definierade regler visar forskning att ju fler individuella sårbarhetsfaktorer, desto mindre miljöpåverkan behövs för att individen ska välja regelbrott. Givetvis gäller också det motsatta: ju färre individuella sårbarhetsfaktorer, desto större betydelse har negativa sociala kontextfaktorer som man formas av och exponeras för (Wikström & Loeber 2000). Det finns också studier som visar att detta gäller även för uppkomsten av psykisk ohälsa. Den dagliga stressen av att vara bosatt i ett socialt oordnat bostadsområde kan utlösa negativa reaktioner hos individer med sårbarhet för sådana stressfaktorer.

En tredje fråga rör det eventuella sambandet mellan områdesegenskaper och benägenheten att söka psykiatrisk vård men kanske också andra former av kontakter med offentliga organisationer och myndigheter. Olika stadsdelar är utrustade med en varierad uppsättning av resurser, har olika rutiner för vardagslivets organisation och ser olika ut med avseende på regler (normer och värderingar) för mänskligt handlande. Detta kan innebära att man har olika syn på vad som är friskt och sjukt och hur detta ska hanteras – på egen hand, inte alls eller med hjälp av lokalsamhällets formella resurser.

Hur kan vi använda sådan kunskap i planerings- och preventivt arbete? Sampson (2003) diskuterar avslutningsvis behovet av kunskapsuppbyggnad både inom forskningen och inom de organisationer som har arbetat mot hälsofrämjande mål. Gemensamt för de punkter han tar upp är nödvändigheten av att öka kunskapen om kontextuella faktorerens betydelse både enskilt och i interaktion med individuella faktorer. Lika viktigt som det är att ha förståelse för stressförmedlande egenskaper på individnivå är kunskapen om de sociala mekanismer och processer som förmedlar lokalområdets sociala miljö. Om det hälsofrämjande arbetet också ska ha som mål att omfatta processer på områdesnivå, ökar givetvis behovet av att utveckla mått på de sociala mekanismer och de kollektiva processer som är viktiga för hälsoutveckling.

En central slutsats är att strategier för prevention och behandling bör utgå från kunskaper om kollektiva förhållanden såväl som individen. Den traditionella synen på sjukdom betonar vikten av att påverka individuella sårbarhetsfaktorer och individuella beteenden för att minska riskerna för sjukdom (rökare får hypnos, genomgår avvänjningsprogram etc). Med tanke på den betydelse som områdesfaktorer har för hälsoutveckling, bör hälsopreventiva strategier också genomföras på lokalområdesnivå, skräddarsydda efter områdets behov, förutsättningar och möjligheter ("resurser, rutiner och regler"). En individriktad policy måste alltså kompletteras med interventioner i de sociala miljöer där individerna vistas och formas.

Som en utgångspunkt för preventiva strategier och konkreta åtgärder är det också viktigt att kontinuerligt genomföra studier av hälsoutveckling och hur indikatorer på ohälsa samvarierar med andra former av sociala problembeteenden. Sådana studier bör, i betydligt större omfattning än hittills, ta hänsyn till det komplicerade samspelet mellan kontextuella faktorer, individuell utveckling och beslutsfattande/handlande. En strategiskt viktig ansats i detta sammanhang är att prioritera longitudinella studier av hälsoutveckling, utvecklingen av sociala problem och processer i områden. Den longitudinella ansatsen bör ha som mål att studera individen i de olika sociala miljöer man möter inom ramen för sitt vardagsliv och

hur detta påverkar utvecklingen av ohälsa och andra problemindikatorer. Detta skulle ge oss unika möjligheter att öka kunskapen om samspelet mellan individuella och kontextuella faktorer och hur detta utvecklas över tid, men sådana studier skulle också kunna användas som underlag för att utforma, implementera och mäta effekter av hälsopreventiva strategier både i det korta och det längre perspektivet.

REFERENSER

- Cohen, L. E. and Felson, M (1979): "Social Change and Crime Rate Trends: A Routine Activity Approach". *American Sociological Review*. 44:588–605
- Dolmén, L (2002): "Brottslighetens geografi. En analys av brottsligheten i Stockholms län". Akademisk avhandling. Stockholms Universitet: Kriminologiska institutonen
- Eaton W.W. (1974): Residence, Social class, and Schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*. 15:289–299.
- Faris, R.H. & Dunham, H.W. (1939, 1960): Mental disorders in urban areas. Chicago: University of Chicago Press
- Fisher, D. (1982): *The Dwell among Friends: Personal Networks in Town and City*. Chicago: University of Chicago Press
- Hale, C. (1996): Fear of Crime: A review of the literature. *International review of Victimology*, 4, 79–150
- Kornhauser, R.R. (1978): *Social Sources of Delinquency*. Chicago: University of Chicago Press, Chicago
- Lavik, N. (1977): Urban-rural differences in rates of disorder: a comparative psychiatric population study of Norwegian adolescents. In: (ed) P. Graham: *Epidemiological Approaches in Child Psychiatry*, Academic Press, London
- Lewis G, David, A, Andréasson S, Allebeck P. 1992. Schizophrenia and city life. *Lancet*. 340:37–140.
- Lindström, M, Merlo, J & Östergren, P.O. (2003): Social Capital and Sense of Insecurity in the Neighbourhood: A population based multi-level analysis in Malmö, Sweden. *Social Science & Medicine*, 56, 1111–1120
- Lögberg, B, Nilsson, L-L, Torstensson Levander, M & S Levander (2004): Schizophrenia, Neighbourhood and Crime. The relation between social desorganisation, mental disorder and crime. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 92–97

- Shaw C & McKay H. (1969): *Juvenile Delinquency and Urban Areas*. Chicago: University of Chicago Press
- Putnam, R.D. (2001): *Social Capital. Measurement and Consequences*. *Isuma*, 2(1), 41–51
- Robert, S.A. (1999): "Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community Socioeconomic Context". *Annual Review of Sociology*, 25:489–516
- Ross, C.E. (2000): *Neighborhood Disadvantage and Adult Depression*. *Journal of Health and Social Behaviour*. 41 (June) 177–187
- Ross, C.E., Reynolds, J.R., Geis, K.J. (2000): *The Contingent Meaning of Neighborhood Stability for Residents' Psychological Well-Being*. *American Sociological Review*, 65 (August): 581–597
- Rutter, M. (1981): *The City and the Child*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 51(4):610–625.
- Van Os J, Driessen, G., Delespaul, L P. (2000): "Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction". *British Journal of Psychiatry*. 176:243–248.
- Sampson, R.J. (2003): *The Neighborhood Context of Well-Being*. *Perspectives in Biology and Medicine*. 46, 3, supplement: 553–564
- Sampson R.J., Raudenbush S.W., Earls F. (1997): *Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy*. *Science* 277:918–924.
- Sampson, R.J., Morenoff, J.D. & Earls, F. (1999): "Beyond Social Capital: Spatial Dynamics of Collective Efficacy for Children". *American Sociological Review*, 64:633–660
- Silver E. (2000): "Extending social disorganization theory: a multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses". *Criminology*, 38 (4):1043–1074.

- Torstensson, M. (2000): Lokala problem, brott och trygghet i Malmö. 1998 års trygghetsmätning. Avdelningen för Psykiatri, Lunds Universitet
- Torstensson Levander M. (2004): Victimisation and Fear of Crime in Rosengård.
- Torstensson Levander M. (2007): Trygghet, säkerhet, oro eller risk? Begreppsdefinitioner och mått. Sveriges Kommuner & Landsting, Rapport.
- Wellman, B. (1979): "The Community Question: The Intimate Networks of East Yorkers". *American Journal of Sociology*, 84:1201–1234
- Whitley, R & Prince, M. (2003): "Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK". *Social Science & Medicine* 61:1678–1688
- Wikström P-O.H. *Communities and Crime*. (1998): In: M. Tonry ed. *The Handbook of Crime and Punishment*. Oxford University Press, New York
- Wikström P-O.H., Torstensson M., Dolmén, L. (1997): Lokala problem, brott och trygghet i Gävleborgs Län. Rapport från Problemgruppen 1, Polishögskolan, Solna
- Wikström P-O & Loeber R. (2000): "Do Disadvantaged Neighborhoods Cause Well-adjusted. Children to Become Adolescent Delinquents?" *Criminology* 38:1109–1142
- Wikström P-O & Robert J. Sampson (2003): *Social Mechanisms of Community Influences in Crime and Pathways in Criminality*. In (Eds.) B. B. Lahey, T.E. Moffitt & A. Caspi: *The Causes of Conduct Disorder and Serious Juvenile Delinquency*. New York: Guilford Press.
- Wilson, W.J. (1987): *The Truly Disadvantaged: The Inner City, The Underclass, and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press
- Zubin, J.& Spring, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 86(2):103–126.

KAPITEL 9

DINA FINGRAR HAR OLIKA STORLEK – OM NORMALA LIVSKRISER OCH GALENSKAP **Karin Ingvarsdotter**

Jag träffade Mohammed en gråmulen dag i början på februari. Han bodde i en stor lägenhet på 7:e våningen i ett hyreshus i Rosengård. Bakom de tunna spetsgardinerna som täckte rummets alla fönster fanns det förmodligen en hisnande utsikt över området. Mohammed tar emot när jag ringer på. Han visar in mig i salongen. Väggfärg, soffor, heltäckningsmatta, gardiner och lampor; allt går i färgerna lila, rosa och grönt. En bit in i intervjun berättar Mohammed att han är mycket intresserad av inredning.

För 13 år sedan, då Mohammed var runt 25 år, flydde han till Sverige från Libanon, där han växt upp i ett flyktingläger för palestiniere. Kvar i Libanon lämnade han föräldrar, syskon och andra släktingar. I Rosengård bor Mohammed tillsammans med sin fru och deras fem barn. På grund av en gammal krigsskada har Mohammed haft svårt att få jobb. Just nu har han en praktikplats på en handikapporganisation. Han blev först erbjuden en plats på Röda Korset, men när han besökte lokalen fanns det så många bilder som påminde honom om krig och tortyr att han fick tacka nej. Han orkade inte att ständigt bli påmind. Mohammed tror att det finns många anledningar till att människor i Rosengård mår dåligt. De främsta orsakerna är att folk alltid måste oro sig för sina anhöriga i hemländerna, att många i Rosengård saknar

meningsfull sysselsättning och att vädret och mörkret i Sverige är deprimerande. Anledningarna till att människor inte söker psykiatrisk vård i samma utsträckning i Rosengård är svårt att säga, det varierar så mycket, men framförallt tror Mohammed att det är svårt att tänka på sina egna bekymmer som betydelsefulla när man jämför med hur folk har det i hemlandet.

Ett annat problem menar Mohammed är att det ofta talas om boende i Rosengård i termer av invandrare, som en homogen grupp människor, vilket naturligtvis är raka motsatsen till verkligheten. Mohammed har ett eget liv och en egen historia och vill inte bara bli betraktad som "en invandrare". Det finns ett uttryck på arabiska som lyder "dina fingrar har olika storlek" och så, menar Mohammed, är även människor i Rosengård, olika varandra.

Inledning

Om man blickar ut över världen skiljer sig inte Rosengård nämnvärt från andra invandrartäta områden i Europa, Nordamerika och Australien vad gäller det som i bakgrunden till denna studie benämns som underkonsumtion av psykiatrisk vård. Det finns ett stort antal studier som pekar på att psykisk ohälsa är kopplad till migration och socioekonomiska förhållanden samt att individer med annan etnisk bakgrund underkonsumerar psykiatrisk vård (Kleinman 1991, Bhui et al 2003, Bhugra 2000 och 2003, Cantor-Graae 2003 och 2005, Youssef & Deane 2006). De flesta av dessa epidemiologiska studier utgår emellertid från att psykiatriska diagnoser är universella och de förbiser därmed kulturella och samhällsliga skillnader som de facto präglar synen på psykisk ohälsa.

Under flera månaders tid genomfördes intervjuer med människor som bor och/eller är verksamma i Rosengård i Malmö. Syftet med studien, som finansieras av medel från nationell psykiatrisamordning (Miltonkansliet), är att undersöka synen på psykisk ohälsa och med hjälp av olika metoder finna möjliga orsaker till att befolkningen i Rosengård konsumerar mindre psykiatrisk vård i jämförelse med övriga Malmöbor.

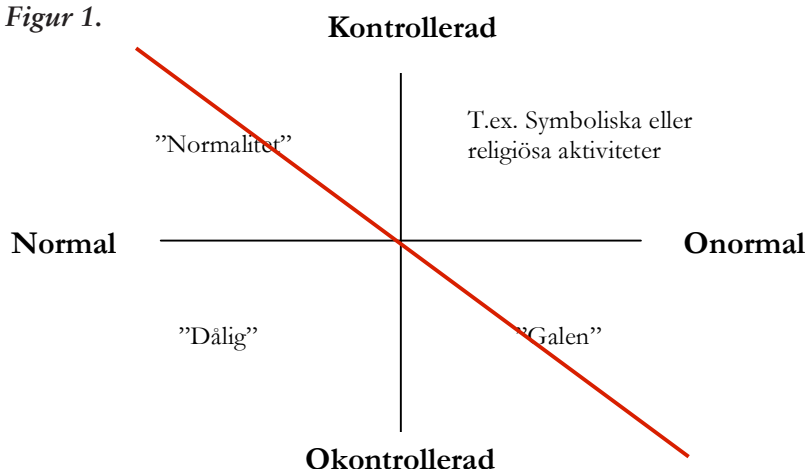
I följande kapitel kommer olika röster från Rosengård att lyftas fram, samtliga namn på intervjupersonerna är fingerade. Syftet med intervjuerna var att undersöka hur psykisk ohälsa kan uppfattas bland människor i Rosengård, hur psykiskt sjuka människor betraktas och hur man väljer att hantera problemen. Utifrån berättelserna har möjliga förklaringar till underkonsumtionen av psykiatrisk vård blivit synliga. Med tanke på att det finns över 100 nationaliteter representerade i stadsdelen varierar uppfattningarna stort. Rösterna vi får ta del av i detta kapitel är dels från människor som bor i stadsdelen, dels från personer som på olika sätt kommer i kontakt med befolkningen i sitt arbete eller i andra verksamheter.

Vad betyder psykisk ohälsa och hur hanterar man problemen?

Psykisk ohälsa som fenomen har diskuterats och teoretiserats kring sedan långt tillbaka inom olika områden och kulturer. Vi människor strävar efter att skapa ordning av kaos och vår rädsla för det okända och viljan att kunna förstå det ologiska driver oss att skapa sammanhang i den värld vi lever i. Även om psykiska sjukdomar i allt högre grad förklaras i termer av biologiska defekter eller kemisk obalans i hjärnan är de flesta diagnoser fortfarande baserade på symtom (se vidare i DSM-IV & ICD-10). Inom psykiatri är hälsa nära kopplat till normalitet, antingen statistisk, normativ eller både och (Brülde & Tengland 2003, Helman 2007). Normalitetsbegreppet är i sin tur nära förbundet med kultur eftersom människor med samma kulturella bakgrund i stort är överens om vad som anses vara normalt. Naturligtvis finns det inte en kod för varje kultur och det är över huvud taget inte möjligt att säga något om ett beteende utan en kontext. Det uppstår vissa situationer då människor är tillåtna att uppföra sig ”onormalt” under förutsättning att de ändå håller sig till de riktlinjer (implicita eller explicita) som råder inom kulturen för just denna situation. Beteendet är således fortfarande kontrollerat av sociala normer. Normalitet förändras över tid och det råder aldrig fullständig konsensus kring vad som är normalt inom en befolkning eller kultur. De flesta kulturer har vidare specifika sociala normer för olika åldersgrupper, kön, yrkesgrupper etc. Normalitetsbegreppet har ofta kommit upp i intervjuer med informanter i Rosengård, i de flesta fall i fraser som ”han är inte normal” eller ”då tror de att

man är onormal”. Cecil G Helman (2007:246) har placerat synen på socialt beteende i en tvådimensionell figur där han sätter normalitet och abnormitet i relation till nivå av kontroll. Man tänker sig att normalitet är socialt beteende som anses kontrollerat och normalt.

Figur 1.



Vad som hamnar i de olika fälten varierar naturligtvis mellan olika kulturer. Gränserna är inte heller så skarpa som bilden antyder, vilket innebär att många tillstånd förmodligen är svåra att placera i ett fält utan dragning åt andra håll. Innebörden i begreppet psykisk ohälsa varierar alltså mellan olika kulturer, samhällen, kontexter och inte minst mellan olika individer. I vårt västerländska samhälle är synen huvudsakligen påverkad av det biomedicinska paradigmet, man talar om att samhället i allt högre grad blir medikaliserat (Sachs 1996). Bland gemene man ökar emellertid tron på och tillämpningen av så kallade alternativa åskådningar. Med alternativa medicinska metoder (benämns även som komplementärmedicin) åsyftas behandling som saknar vetenskapliga belegg, såsom traditionella huskurer, naturmedicin, akupunktur, naprapati osv (Marcovic et al 2006, Von Gruenigen et al 2001, Cant & Sharma 1999).

Anledningen till varför man söker eller inte söker psykiatrisk vård är nära förbundet med hur man ser på psykisk ohälsa. Vad som nu

följer är en beskrivning av de mönster som framkommit i intervjuerna i Rosengård, hur människor uppfattar psykisk ohälsa och vilka konsekvenser dessa uppfattningar får för hur man väljer att hantera olika situationer. Detta visar i sin tur på troliga orsaker till varför befolkningen inte konsumerar psykiatrisk vård i samma utsträckning som Malmös övriga befolkning.

Normal livskris eller galenskap?

I många intervjuer har betydelsen av psykisk ohälsa i stor utsträckning beskrivits i termer av nedstämdhet, sorg och depression. Dessa tillstånd anses alla ha förklarliga bakomliggande orsaker i form av traumatiska upplevelser eller livsöden, och reaktionen betraktas snarare som en ”normal livskris” än psykisk ohälsa. För att knyta an till Helman skulle många således placera dessa tillstånd i övre vänstra hörnet; normala och kontrollerade tillstånd. El-Islam (1982), som kartlagt synen på och inställningar till psykisk sjukdom bland araber, menar att problem av känslomässig eller beteendemässig karaktär sällan betraktas som psykisk sjukdom. Dessutom menar han att toleransen för psykiatriska symtom är väldigt hög både ur individens/patientens och dess anhörigas perspektiv. En irakisk medelålders man har uttryckt det så här:

Min uppfattning är att det är vissa saker som kan påverka individen, om man har gått igenom svåra saker. Det har kanske varit krig eller andra svåra händelser. Det gör att man blir deprimerad och inte vill blanda sig med folk. Eller kan det vara familjeproblem.

Anledningen till att dessa kriser inte gärna beskrivs i termer av psykisk ohälsa beror delvis på att just detta begrepp medför en association till galenskap. Det ter sig som att ord i vilka stavelsen psyk ingår, t ex psykolog, psykiater och psykisk ohälsa, i sig är oerhört laddade. Om man t ex uppsöker en psykiater får man stämpeln galen av omgivningen och med det följer skam och stigma.

Många hävdar att det är stor skillnad mellan att vara deprimerad och att vara galen. Det är dock tillstånd som anses ha med varandra att göra och man kan se det som ett kontinuum som går mellan en

normal livskris och komplett galenskap. I Helmans figur har detta kontinuum illustrerats med en röd linje.

Följande citat är plockat ur ett samtal med Ahmed, en man i 30-årsåldern med ursprung i Libanon:

Jag ska vara ärlig nu. I våra hemländer, om någon besöker en psykiater eller en psykolog folk brukar prata om honom: ”titta där, han är galen, stackars han”. Till exempel om en kandidat skulle fria till min dotter eller till min syster och man frågar runt i omgivningen vad de vet om den här personen och någon nämner att han besöker en psykiater eller en psykolog då brukar man tacka nej. Man brukar säga ”nej, du får inte gifta dig med min syster” typ så.

Då de så kallade ”normala livskriserna” blir så allvarliga, eller då tillstånd uppstår som varken personen själv eller dess anhöriga kan hantera, blir man tvungen att söka psykiatrisk vård, vilket innebär att man tagit steget in i galenskapen. Med andra ord har gränsen passerats mellan det normala och onormala. Samtidigt som man beskriver att psykisk ohälsa associeras med galenskap, är det många som påtalar att det är helt skilda tillstånd och att de ”vet” att psykisk ohälsa inte innebär att man är galen. Masoud berättar hur det förhåller sig i Irak:

Vi har dels sjukhus för sådana personer, för psykiskt störda. Jag vet att de här galna, de psykiskt störda, de har eget sjukhus. Sen vi har sjukhus för psykologi, eller psykiskt sjuka också. Det finns alltså sjukhus för dem ja, psykiskt sjuka, och det finns för dem som är helt galna.

Karin: Men det sjukhuset som är för psykiskt sjuka, vad lider de av som finns på det sjukhuset?

Masoud: Menar du de psykiskt sjuka eller de galna?

Karin: De psykiskt sjuka.

Masoud: Antingen har de huvudvärk eller mår de psykiskt dåligt. Och de som är galna, de har ett eget sjukhus. De är aggressiva, de kan skada andra. Alltså jag vet att de kan skada de andra, det är därför de är ensamma, isolerade. Men med de psykiskt sjuka det är helt annorlunda.

Annan forskning visar (Bäärnhielm 2003, Kirmayer 1992, Helman 2007) att psykisk ohälsa ofta beskrivs i metaforer; att hjärtat värker, att man har tungt hår eller att man som i Masouds fall tänker för mycket:

Jag har en vän som bor på Rosengård, han bor på Rosengård som kompis, men jag har inte bekantat mig med honom på Rosengård. Jag har bekantat mig med honom via en annan kompis. Jag märker att han mår psykiskt dåligt. Han brukar berätta om vad han har för problem. Han lider av vissa skador. Jag kan inte prata om honom men han har upplevt vissa svåra tider. Han går inte med på att jag pratar om hans liv. Men jag vet att han, som han säger, mår psykiskt dåligt. Jag brukar säga till honom. Du har ingenting i din hjärna, alltså du har inget fel på din hjärna, men du tänker alldeles för mycket. Han har fördjupat sig i religion som ämne och han har blivit mer ... det påverkar hans psyke. Vissa människor som fördjupar sig i religion de kan utveckla sig men för vissa människor det blir tvärt om, de blir isolerade eller deppade. Han är en av dem.

Att beskriva psykisk ohälsa i metaforer kan underlätta samtalet kring ett ämne som många gånger upplevs som svårt att tala om. Dessutom kan det bidra till att situationen blir mindre skamfylld, vilket leder oss in på nästa tema som frekvent kommit upp i intervjuerna.

Skam

I studier världen över har skam och stigma ofta angivits som en grundläggande orsak till att människor som invandrat till väst inte söker psykiatrisk vård. Det finns fallstudier kring asiater i Kanada och Australien (Kirmayer et al 1996, Wynaden et al 2005), Latinamerikaner i USA (Kouyoumdjian et al 2003), arabisktalande och egyptier i Australien (Youssef & Dean 2006, Endraws et al 2007), osv. Boende i Rosengård verkar inte utgöra något undantag och många av samtalen, oberoende av om intervjupersonens ursprung varit Mellanöstern, Afghanistan eller Bosnien, har handlat om skam. Skammen är framförallt kopplad till det som benämns som galenskap.

Abdul, en medelålders man från Irak, som i sitt hemland haft kontakt med psykiatrin berättar:

Ofta skäms man för att söka psykiatrisk hjälp. Jag ska ge ett exempel. Jag kommer ifrån Bagdad i Irak och jag tvekade länge innan jag sökte psykiatrisk hjälp. Man skäms och tänker: ”varför ska jag göra det, är jag galen eller?” Jag hade bjudit in psykiatrikern en gång, till en fest eller någonting sådant. Jag vågade inte presentera honom för folk som en psykiatriker utan jag sa att han var barnläkare. Så jag tror att anledningen är den, att man skäms. Man vågar inte tala om att man behöver hjälp.

Längre fram i intervjun frågar jag Abdul om han tror att bristen på information kan vara en orsak till att folk inte söker vård, men han håller kvar vid samma tema:

Mest är det rädslan och att man skäms. Om man hör att en viss person har kontakt med psykiatrin så säger man att den är galen eller nåt.

Det intressanta är dock att många hävdar att de själva inte skäms, att de själva inte har problem att tala om detta annars så känsliga ämne och att de inte heller håller med om att folk med lindrigare former av psykisk ohälsa är galna. Däremot tror man att alla andra har tankar om galenskap och av den anledningen talar man inte öppet om det. Fatima om psykisk ohälsa:

Fatima: Det är sånt som ändrar hälsan. Det är en del av kroppen, det är precis som den andra hälsan. Ingen stor skillnad, eller ingen skillnad alls.

Karin: Menar du kroppen och själen? Att det hör ihop?

Fatima: Ja.

Karin: Pratar man om det?

Fatima: För mig, ja. Vi pratar mycket om den. Med mina släktingar och med min familj, men inte med alla, nej. För att de tror att det är någonting fel om du har psykiska problem. Så du är galen, eller det är någonting fel på dig. Och det är absolut inte rätt.

Det sociala kontaktnätet

Som Fatima nämnde pratar man i hennes familj mycket om psykisk ohälsa. I de allra flesta samhällena runt om i världen räknas familjen som den primära sociala gruppen. Sammansättningen av familjen varierar stort mellan olika kulturer och likaså hur stor betydelse den har för olika individer. I stora delar av världen, utanför de industrialiserade urbana områdena, är den stora familjen bestående av flera generationer det vanligaste. Denna flergenerationsfamilj fungerar, i synnerhet i fattigare områden, som en liten social enhet, ett miniatyr-samhälle, i vilket man delar tillgångar, hjälper varandra och tillsammans arbetar för hela gruppens bästa. Utöver biologiska släktingar och ingifta partners kan enheten inkludera "låtsassläktingar" och nära vänner och bekanta.

Likt andra samhällen existerar inte heller familjen i ett vakuum. Den är alltid del av en större kontext som kan vara geografisk, ekonomisk, social, kulturell osv. Kontexten kan påverka familjedynamiken och bidra till att enheten förstärks eller försvagas (Hellman 2007). El-Islam (1982) har tittat på familjens roll i arabvärlden då en familjemedlem drabbas av psykisk sjukdom. Han menar att flergenerationsfamiljen och den terapeutiska miljö som den ofta innehar, bidrar till en bättre prognos jämfört med institutionalisering. Tanken om flergenerationsfamiljens positiva påverkan för psykiskt sjuka återkommer i flera studier (Kleinman 1991). Antropologen Byron Good (1997) menar dock att dessa teorier fortfarande är relativt utforskade och att det krävs betydligt mer forskning på många olika nivåer och utifrån olika perspektiv för att få en bild av hur familjrelationen står i relation till psykisk sjukdom.

Det sociala kontaktnätets betydelse är ett tema som kommit upp i flera intervjuer och beskrivits både som hjälpande och stjälpande. Aysha kommer från Palestina och beskriver stödet som positivt:

Aysha: I arabvärlden är alla nära varandra och det är fel att gå till doktorn. Man kan prata med varandra och lösa det tillsammans och så. Men naturligtvis här det är annorlunda.

Karin: Menar du när man kommer till Sverige?

Aysha: Ja, om någon inte har släkt eller om det inte finns några

kompisar. Men här i Malmö, i Rosengård det är faktiskt... jag tror om man till exempel inte har föräldrar här eller så, kan man ha kompisar, och de kan berätta för varandra, så därför det är mindre problem. Om det till exempel finns problem och så, de kan lösa det tillsammans. Så därför de går inte till läkare.

Leyla upplever även hon att det sociala kontaktnätet är stort i Rosengård, även om hon själv inte alltid upplever det som positivt:

Folk bryr sig mycket mer om varandra. Det är större familjer också. [...] Jag bodde på Söderkulla innan och där kände jag att man liksom levde väldigt mycket som individer, man brydde sig inte så mycket om andra. På Rosengård så bryr sig alla om varandra, familjen och så. Men det kan ju vara jobbigt också, negativt. Man känner att folk försöker klura ut ens liv och fråga en massa frågor [Leyla fnissar till] som de kanske inte borde fråga om man inte känner varandra. Alla har ju koll på alla här, så tycker inte jag att det ska vara.

Åsikterna skiljer sig åt vad gäller det sociala kontaktnätets betydelse och vem man öppnar sig för och får hjälp av om man har problem. Somliga menar att närmaste familjen finns där för den som mår dåligt och tar hand om familjemedlemmar med psykisk ohälsa. Däremot är risken stor att andra vänner och bekanta försvinner då man blir stämplad som galen. Detta har bekräftats i annan forskning, bl a i Sofie Bäärnhelms (2004) studie av turkiska kvinnor med depression i en förort till Stockholm. Där beskriver kvinnor hur psykisk ohälsa upplevs som stigmatiserande och förknippat med skam, vilket i sin tur leder till att vänner tar avstånd då de berättar om sin diagnos.

Vem man berättar för är förmodligen individuellt samt kopplat till graden av funktionshinder. Andra hävdar nämligen tvärtom att man inte vill berätta för sina närmaste, partner och familj. Jag frågar Abdul vem det egentligen är som ger stämpeln galen, är det vänner och bekanta?

Abdul: Ja

Karin: Hur är det inom familjen då? Pratar man om det inom familjen?

Abdul: Det är ännu värre inom familjen, man är mer rädd inom familjen, att maken eller maken ska få reda på det.

Karin: Tidigare berättade du om en man som var så deprimerad att han inte längre ville ha kontakt med sin familj, försöker familjen inte hjälpa honom då?

Abdul: Man hjälper genom att t ex ringa en vän som har butik och som erbjuder honom att vara med i butiken bara för att hitta på något att göra istället för att bara sitta och röka och dricka och låsa in sig i ett mörkt rum, ensam...”

Ofta då man belyser skillnader mellan olika kulturer kommer de starka släktbanden och relationerna upp som något unikt för icke-västerländska kulturer. Förmodligen finns det dock stora likheter i omhändertagande och känslomässigt engagemang bland anhöriga till psykiskt sjuka oavsett bakgrund (se bla Östman 2005), och det är snarare systemet som bestämmer och begränsar formen av stöd.

Andra problem

Många intervjuer har i enlighet med forskarens frågor inledningsvis handlat om synen på och uppfattningarna om psykisk ohälsa. Därefter har samtalen ofta glidit över till att handla om andra problem i området såsom trångboddhet, kriminalitet eller kulturkrockar. Jag träffade Ali en kall och vacker höstdag i slutet på oktober. Vid den tidpunkten hade han bott i Rosengård i 13 månader, hans familj hade varit där i fem år. Han var oerhört frustrerad över det allmänna ”kaos” han ansåg råda i området och uttryckte sin desperation över boendesituationen.

Folk bor kanske åtta, nio personer i en enrumslägenhet. Till exempel när min syster vill byta kläder, då måste hon gå in i badrummet eftersom vi är så trångbodda. Vi har sökt boende på många olika håll, men man måste betala svart eller så måste man känna folk och så. Så är det. Boendet är inte bra, man har inte lust att göra någonting alls. Man har inte tid att tänka på sig själv, hur man mår eller vilken vård man behöver. [...] När jag kommer hem på besök hos en vän som har normalt boende mår jag bättre. Då vill jag inte gå därifrån, jag vill inte gå ut. När jag sen kommer hem mår jag mycket dåligt psykiskt på grund av vårt boende. Jag får ångest och mår inte bra.

Flera har beskrivit en annorlunda samhällsstruktur med förändrade roller och status som problematiska och när jag frågar Abdul om han bott i Rosengård samtliga av de dryga fyra år han tillbringat i Sverige kommer han in på samma spår:

Ja, nästan hela tiden. Sedan dagen efter det att jag kom till Sverige har jag flyttat runt, men nästan hela tiden i Rosengård. Bland problemen är det faktum att en del haft det bra i sitt hemland. Bra jobb, bra inkomst, ja allting. Men det är annorlunda här. Man är van vid att mannen försörjer familjen, det är mannen som fattar beslut och det är han som har ansvar. Men här är det nästan tvärt om. Någon har sagt att man känner sig som en 90-åring, man är överflödig och har ingen makt alls. Låt mig rita något!

Abdul förser sig med papper och penna och ritar en bild:

Så detta är de svåraste problemen för araberna. Det är mannen som fattar beslut, och som är ansvarig i sitt hemland och här det är tvärt om. Det är det svåraste, det största problemet.

Bilden illustrerar hierarkin i en familj där mannen är överhuvudet, kvinnan under honom och barnen längst ner. I Sverige vänds denna struktur upp och ner och mannen förlorar all sin makt. En bild som den här hjälper till att konkretisera problemet, men samtidigt bidrar den förstås till en grov förenkling. Abdul är som sagt inte den enda mannen, för det är uteslutande män som berört frågan, som tagit upp männens statusförlust. Mohammed berättade att en allmän uppfattning om det svenska samhället i Rosengård är att barnen är första klassens invånare. Andra klassens invånare är kvinnorna, tredje klass är hunden och på fjärde plats kommer mannen.

Boendemiljön och själva stämningen eller atmosfären i stadsdelen är något som många likt Ali har tagit upp som ett problem, och något man således borde satsa pengar på. Då jag frågade Aysha och hennes dotter, som anslutit till intervjun vid köksbordet hemma i deras lägenhet, vad de helst skulle vilja att psykiatrin satsade pengar på säger dottern:

På hus och sånt alltså. Det är inte alla hus som är perfekta här i Rosengård. Det finns till exempel på Ramels väg, det är bara katastrof där. Så jag tycker att man ska satsa mycket på hus, alltså utseendet på huset och allt sånt, så att det ser ut som inne i stan, att det inte hela tiden är så här bara för att det är i Rosengård.

Aysha: Ja jag tror att det finns ett sånt rykte, man vågar inte komma hit. Vi tror inte att de behöver satsa på psykolog eller sånt, utan istället satsa på något som är allvarligt.

Salim kom till Sverige och Rosengård från Afghanistan ett och ett halvt år tidigare. Han tycker situationen i Rosengård är svår, problematiken är så mångfacetterad och beror framförallt på arbetslöshet samt brist på uppfostran och disciplin.

Jag menar den här stämningen i Rosengård, t ex när jag vaknar på morgonen, på gatan hemma, så hör jag att det är någon som säljer en klocka, en radio eller en mobil, stulen. De kommer hem och knackar på dörren, det är zigenare alla, de stjälar och säljer sen. Man kommer ner på gatan och det är bazar, en speciell marknad kan man säga, där de sitter och skriker och säljer. Det är den här stämningen, jag menar den här stämningen som finns där, det finns ingen disciplin. De åker hiss och samlar smutsig... ja sopor någonstans och efter ett tag det luktar... så det är samma sak där. Den här miljön är sjuk. Miljön, stämningen, allting är sjukt. Men jag menar inte att alla människor är sjuka.

Det finns mycket litteratur inom olika områden som betonar vikten av att lyssna till individers behov istället för att genomföra diverse interventioner som det inte finns behov av. Bland annat har Watters (2001) pekat på att flyktingar och invandrare ofta visat sig ha mer basala behov att tillfredsställa innan man söker hjälp för psykiatriska problem. Han refererar bland annat till en holländsk studie i vilken man konstaterat att flyktingar som känner stor oro för familjemedlemmar i hemlandet eller för hur de ska kunna försörja sina barn inte är särskilt mottagliga för psykiatrisk behandling. I det läget menar Watters är det viktigt med överlappning mellan olika professioner. En socialarbetare som t ex lotsar en familj genom systemet för försörjningsstöd har med större sannolikhet, genom den redan

etablerade relationen, byggt upp det förtroende som krävs för att kunna hjälpa familjen med psykiatrisk problematik. Längre fram i detta kapitel kommer diskussionen kring ett holistiskt bemötande att utvecklas. Följande utdrag ur intervjun med Mohammed belyser flera intressanta aspekter:

Karin: Vet dina släktingar och vänner om att du träffar en psykolog?

Mohammed: Nej det finns inte så mycket. Men jag ska säga sanningen. Om du räknar folk i hemlandet, Libanon t ex, som borde gå till psykolog eller psykologläkare så skulle det bli hela folket. Jag säger nästan alla människor i mitt hemland är som jag. Därför att det är inte så viktigt. Det finns något som är mer viktigt som hur de ska hämta mat till nästa dag, hur barnen ska få mediciner när de inte har pengar, hur de ska leva nästa vecka. De tänker så.

Karin: Tror du att människor i Rosengård också gör det? Att de tänker på andra saker än hur de själva mår?

Mohammed: Precis, precis. Jag kan förklara varför. Jag har lämnat fem systrar och en mor och en farbror och kusiner och deras situation är sämre än min. Jag känner att jag lever för deras skull, hur de lever. Trots att jag inte har möjlighet med ekonomi utan mest med ord så är det en lösning. För mig det beror från person till person. För mig själv jag har aldrig tänkt en dag eller en minut på mig själv. Jag orkar inte tänka på mig själv. Hela mitt liv handlar om min familj, min mamma, min fru, mina barn... Jag kan inte äta någon smörgås, en sandwich när jag är ute och det inte är någon med mig. Trots att de andra gör så om jag inte är med dem, så kan inte jag, jag orkar inte. Det beror inte på att de säger "Mohammed du ska inte äta", nej, det är någonting inom mig, jag orkar inte.

Utöver tanken att det finns andra, högre prioriterade behov än psykisk ohälsa, illustrerar detta citat den kollektivistiska tanken som skiljer sig från den individualistiska i vår västerländska kultur.

Risken med att föra fram sociala problem såsom trångboddhet och arbetslöshet är att alla Rosengårdsbor kan uppfattas som offer som tvingas bo på en plats de inte tycker om. Samtidigt som en

del människor sagt att de vill spränga Rosengård i luften finns det många röster som beskriver sin kärlek till Rosengård med allt som stadsdelen har att erbjuda. Det är en plats där folk känner sig trygga, där det finns saker som påminner om hemlandet och där många vänner och bekanta finns samlade. Abdul berättar:

Jag känner en libanesisk familj som flyttade från Rosengård, men sen kom de tillbaka igen. De tyckte det var livligt där. Speciellt barnen som är vana att leka ute på gården som de gjort tidigare i sina hemländer. Det är så att folk föredrar Rosengård för att det påminner om deras hemmiljö. Grannarna som man har fin kontakt med. Man kan komma ut med sin vattenpipa och sitta där medan barnen leker runt omkring. Man vill gärna tala lite högt, vara lite högljudd, och det är tillåtet där.

I intervjun med Aysha beskriver hennes dotter vad hon känner för stadsdelen:

För om man ser att det är fint så kommer folket typ att våga komma hit, t ex för att kolla bara. Så kommer det att se att ryktet inte är sant. För det är faktiskt jättefint tycker jag. Alltså här är det jättemycket som hörs, man är inte ensam. Du tror... alltså det känns att du är med folket även fall du sitter hemma. Men om man går någonstans där man är helt ensam, alltså man känner sig... det är inte så som man vill ha det, tycker jag. Jag tycker att det ska vara mycket folk omkring dig. Att du inte ska vara ensam hela tiden.

Hon fortsätter att kommentera att media bara uppmärksammar problem i Rosengård

Det är trist som fan. Jag tycker att det är bästa livet här. Jag tänker att om man skulle bo någonstans, t ex mitt i stan eller nåt, jag alltså jag kan inte, alltså jag vill inte, jag trivs här, med folket och allt sånt. Varför ska man gå och bo ensam?

Religion och tro

I studiens inledningsfas fanns det en del funderingar och idéer kring vad som kunde vara den bakomliggande orsaken till obalans i vårdutnyttjande. Bland annat fanns det en föreställning om att människor sökte sig till religiösa ledare för att få hjälp med sina psykiska problem. Många är de som bekräftat denna hypotes. Som muslim kan man söka upp ledare eller imamer som antingen hjälper till genom att läsa korantexter, eller genom att ge vägledning. Man har i flera fall liknat imamen vid en psykolog. Dock finns det lika många som hävdar att religiösa ledare inte ägnar sig åt psykiska problem utan främst finns där om man har problem av ekonomisk eller social karaktär. Leyla är en tjej i 30-årsåldern som bott i Rosengård med man och två barn sedan några år tillbaka. Hennes mamma är svensk och pappan kommer från Nordafrika.

Jag tror inte att det är så vanligt att man går till religiösa ledare för psykiska problem faktiskt. Jag tror att det är mer att man går till dem kanske om man har andra typer av problem. Kanske äktenskapsproblem eller så. Jag vet själv när jag bodde i Stockholm och gick på en islamisk skola. Jag vet ju själv hur den här ledaren var, när han pratade om psykiskt sjuka så pratade han negativt om dem. Det är de själva [ledarna] som behöver hjälp, alltså ja ... så jag tror faktiskt inte att det är så att man vänder sig till religiösa ledare för att be om hjälp. Dessutom tror jag att det är skamligt att göra det också, så man vågar nog inte riktigt göra det.

Däremot menar Leyla att tron i sig kan hjälpa människor att hantera livskriser.

Karin: Har du någon annan tanke utöver att det är tabu, om varför människor i mindre utsträckning söker sig till psykiatrin i Rosengård?

Leyla: Jag kan tänka mig att det också har lite med tro att göra. På hur man ser på livet, olika problem. Man kanske försöker ha lite mer tålmod och vissa saker kanske man inte ser som så viktiga i livet eftersom man vet att man har ett liv efter det här ...

Karin: Vilka är de sakerna som man inte ser som så viktiga?

Leyla: Alltså man kanske inte fäster sig vid så ... jag vet inte riktigt hur jag ska förklara, jag menar vissa saker som anses väldigt viktiga i livet för vissa människor kanske människor med tro inte fäster sig lika mycket vid. De tänker ändå, ja, det finns ändå ett liv efter det här, det här är inte allt ...

Karin: Menar du om man t ex får en depression att tron hjälper en?

Leyla: Jo, även om man inte har familj att prata med, även om man inte har vänner, så är man ändå inte ensam. Man känner att man har en gud. Men det beror ju också på om man har en tro ... Alltså jag kan ju inte svara för alla, men det kan ju vara en utav anledningarna.

Ahmed bekräftar att tron kan vara en av orsakerna bakom den låga konsumtionen av psykiatrisk vård:

De sakerna som du nämnde, eh, att de som bor på Rosengård inte har så mycket kontakt med psykiatrin om man jämför med andra områden. Jag vill bara påpeka att det är på grund av att de flesta är muslimer, och enligt islams tro, de flesta är troende, så fort man drabbas av någonting som gör ont eller liksom är farligt eller mindre farligt, så finns det en tendens i början att inte söka psykiatri. Istället för att klandrar sig hela tiden och fråga: Varför har den här saken hänt just mig? Och såna saker, man vänder sig liksom till Gud och säger att man tackar gud för allt. Det är min synpunkt, jag vet inte om den stämmer, men vi har den här tendens att vi är troende och tycker att allt är guds vilja.

Enligt den islamiska kosmologin utgör änglarna en länk mellan Gud och människorna. Änglarna är skapade av ljus, de är odödliga, könlösa och fungerar som Guds budbärare. Någonstans mellan änglarna och människorna finns de osynliga och intelligenta andarna, djinnerna. I stället för att likt människor vara skapade av jord, är djinnerna skapade av eld. De har förmågan att gestalta sig i olika former och liksom människor kan djinner vara både onda och goda, synda och bli frälsta (Esposito 1994, Al Kenawi & Graham 2000). Bland informanterna varierar åsikterna om djinnens existens, om deras natur och deras eventuella inverkan på människor. Vissa

kulturer har blivit mer kända för sin tro på andar såsom somalier för zarkulten (se Johnsdotters kapitel i denna antologi).

Detta kapitel är främst baserat på intervjuer med personer ursprungligen från Mellanöstern, Irak och Afghanistan bland vilka tron på djinner var vanligt förekommande. En del muslimska intervjuerpersoner förnekade djinnernas förmåga att påverka och ta kontroll över människor. Andra kunde grundligt redogöra för situationer de bevittnat då människor blivit besatta av andar.

Salim kom tillsammans med sin fru från Afghanistan via Pakistan till Sverige för ett och ett halvt år sedan. Medan de bodde i Pakistan blev hans hustru besatt av andar. Hon gick till en läkare som under sju dagar undersökte henne mycket grundligt, utan resultat. Läkaren gav henne då rådet att söka upp en andeutdrivare. Efter andeutdrivningen blev hon lite bättre, men lider fortfarande av vissa problem. Jag frågade Salim om det är vanligt att folk från hans hemland blir besatta av andar och söker upp någon som kan driva ut dem?

Salim: Ja det är vanligt. Till exempel så hade hon [hans fru] problem i Pakistan. Hon kom hit och de kontrollerade henne här. Hon skickades till akuten och de gjorde EKG och allting, men fortfarande de kunde inte hitta vad det var för fel på henne. Hon vaknar på nätterna och hjärtat klappar, alltså hjärtklappning, också har hon lite ont, mitt i natten, som att hon blivit skrämmd. Då tänker man som så; läkaren hjälper inte, läkare i Europa hjälper inte, så man kanske vänder sig till andra. Självklart vänder man sig till en mulla eller en imam. Det är vanligt.

Karin: Hur mår hon nu?

Salim: Samma sak. En dag frisk och en dag inte.

Karin: Vad gör mullan när man går dit för behandling?

Salim: Jag kan inte svara exakt vad de gör, men de har speciella kunskaper som de utbildat sig i, jag själv vet inte. De skriver verser ur koranen, någonting som heter strabi och hänger runt halsen och såna saker, men det är inte så känt.

Salim berättar vidare att hans fru, som själv är läkare från hemlandet, har lärt sig nästan flytande svenska. Hon arbetar inom hemtjänsten,

vilket hon trivs med, och på arbetet är hon uppskattad. Utöver hjärtklappning får hustrun ibland anfall. Då blir hon nästan som om vore hon i en annan värld, okontaktbar. Hon talar ett konstigt språk och det känns som att kroppen blir dubbelt så tung som vanligt. Dessutom beskriver Salim att hon har problem med humöret, och vid den här tidpunkten i intervjun börjar han själv att betrakta det hon drabbats av som en sjukdom:

Salim: Hon har problem när hon kommer från jobbet, hon är sådär... Om du säger någonting bra så tar hon det som negativt. Och om du säger dåligt då är det självklart illa. Så hon är på gränsen, alltså för att bråka, och så var min pappa också, samma sak. Han tar allting negativt så att säga. Så tendens har hon. [...] Jag tror att det är hennes sjukdom som påverkar henne. Hon är nästan jämt sjuk och jag tror att det har med hennes sjukdom att göra. Och sen en sak till. Hon klagar över smärta på olika ställen. Ibland har hon ont här, ibland där och sen hon klagar över andra sidan och ibland i hjärtat, så det flyttar på sig. Det är som att något psykiskt har gjort detta. Hur som helst är hon en mycket intelligent tjej, men jag tror om hon inte får bot på sin sjukdom så kanske det påverkar, men hon är mycket intelligent.

Karin: Man brukar tala om psykosomatiska besvär. På grund av stress eller depression kan man få ont i olika delar av kroppen, i ryggen eller i huvudet, tror du att det kan vara en orsak?

Salim: Ja, jag tror det är samma kanske...

Karin: Är det ingen läkare i Sverige som har föreslagit det?

Salim: Ingen läkare har sagt det till henne, men hon skulle ändå inte godkänna en sån sak. Även om jag skulle säga att hon har sånt, så kanske det skulle bli bråk. Hon godtar inte det. Alltså hon är en mycket kärleksfull tjej, mycket snäll. Men hon letar efter sina problem, hon letar efter bråk.

Abdul från Irak berättar en liknande historia om människor han träffat som varit besatta av andar. Jag frågar vad man gör för att driva ut andarna?

Abdul: Ofta söker man hjälp hos religiösa ledare, imamer eller så. Marocko är mer avancerat på sådana saker.

Karin: Vet du om det finns någon på Rosengård?

Abdul: Vi har sökt såna lärda killar som kan det här och vi hittade några. Men patienten flydde när han fick höra att det kommer någon att hjälpa honom med det. Då gömde han sig. Man använder amuletter, besvärjelser och såna saker. En del använder en speciell sorts stenar, Sulemaniestenar. De tror att det skapar lycka, och de håller fast vid det och vill inte släppa.

Flera forskare, bland annat Al-Krenawi & Graham (2000) och El-Islam (1982), hävdar att religionen, oavsett om det handlar om kristendomen, den drusiska religionen eller islam, väger tungt för araber i hanteringen av olika bekymmer, vilket även kan gälla psykiska problem. Vidare framhäver artikelförfattarna att många muslimer, vilket vi sett exempel på i Rosengård, har en bild av psykisk ohälsa som något övernaturligt i form av besatthet av andar. Det viktigaste budskapet i Al-Krenawi och Grahams artikel är dock att uppfattningen om religionens betydelse är mycket individuell och att man som behandlare aldrig kan veta vilken förklaringsmodell patienten har. Den må vara religiös, psykologisk, biomedicinsk eller en kombination av flera och det är viktigt att de som arbetar med människor med psykisk ohälsa är öppna för olika tolkningar.

Slutligen hävdar man i samma artikel att utbildningsnivån inte påverkar huruvida man tror på andar som orsak till galenskap eller ej. Detta påstående står emellertid i motsats till många av rösterna från Rosengård, som menar att utbildning och klass har stor påverkan på synsätt och uppfattning.

Om utbildning och klass

I väst har synsätt som avviker från det biomedicinska traditionellt betraktats som rudimentära och nära kopplade till bildningsnivå (Janzen 2002, Eriksen 2000). Flera intervjupersoner, i synnerhet de som själv är utbildade inom ramen för det västerländska vetenskapliga paradigmet, är inne på samma spår och anser att synen på psykisk ohälsa i hög grad är påverkad av bildning och klass. Jag frågar Ahmed från Libanon:

Förstår jag dig rätt om jag säger att man uppfattar det som skamligt att lida av psykisk ohälsa?

Ahmed: Jag pratar om att vi har sådana tankar i vår arabiska kultur, arabiska seder och så, och när jag nu pratar menar jag bara de som är nära oss kan man säga, men det finns andra synpunkter när det gäller de som har det bättre, överklassen. Det kan skilja sig en del. Vi tillhör till samma samhälle kan man säga men det kan skilja sig en del mellan den ena gruppen och den andra.

Fatima som är utbildad veterinär i sitt hemland Irak och som har bott i Rosengård i fem år är också övertygad om att:

De som har utbildning de tänker på ett bra sätt, för de vet att när det gäller psykiska problem det handlar om en sjukdom eller någonting, kanske inte jag kan säga sjukdom, det beror på. [...] Men de som inte har någon utbildning, de tror att om man har psykiska problem det betyder, ”ahh kanske han blir galen”.

Ramin kommer ursprungligen från Afghanistan, men har bott i Sverige i över 15 år. Dagligen träffar han Rosengårdsbor i sitt arbete och har samma övertygelse om att synen på psykisk ohälsa är kopplad till utbildning.

De som har utbildning de vet att det är depression, vilket de också nämner. De som inte gått i någon skola däremot de säger att de inte kan sova på nätterna och när vi frågar berättar de att tankarna kommer på natten och då försvinner sömnen.

Naturligtvis handlar det även om tidigare erfarenheter och Ramin fortsätter:

Det beror på deras kunskap, de känner inte till så mycket om psykisk hälsa och för dem psykisk ohälsa är lika med galen, de som inte kan ta hand om sig själv. Och såna symptom som problem i rygg och nacke, orolighet och stress, det räknas inte riktigt som psykisk ohälsa bland dem som jag känner och bland dem som jag träffar. Men en del känner till det, de vet att det kan vara depression. De hade ... de fick behandling för såna problem. Sååå det är helt olika, det beror på personen, erfarenhet, kunskap och tidigare behandlingar.

Röster från människor som arbetar i stadsdelen

Bland intervjupersonerna i studien finns det en del som inte själva bor i Rosengård men som dagligen träffar befolkningen i sitt arbete. Dessa informanter är främst människor anställda av kommunen och andra delar av den offentliga sektorn både i ordinarie verksamheter och i tillfälliga projekt. I intervjumaterialet har det växt fram olika bilder om människor i stadsdelen och det rör sig framförallt om två dominerande föreställningar. Den första betraktar människorna som offer. Offer för krig, tortyr och orättvisa i sina hemländer och senare i det svenska rasistiska samhället blir de offer för arbetslöshet, diskriminering och allmänt förtryck. Man tycker generellt synd om människor i Rosengård och anser att de flesta behöver mycket hjälp och stöd. Den andra gruppen ser tvärtom majoriteten av Rosengårdsbor som aktörer som använder sin handlingsförmåga bla till att lura det svenska systemet genom att arbeta svart samtidigt som de suger ut varenda krona de kommer åt i form av bidrag. Man tycker sällan synd om någon och fraser som ”har man lyckats ta sig runt halva jordklotet ska man nog också kunna försörja sig själv i det svenska samhället” är vanliga för att motivera sina åsikter.

Denna bild är naturligtvis en grov generalisering och de flesta är i grunden medvetna om att ingenting är svart eller vitt. Man bör även betänka att samtliga av dessa intervjupersoner på ett eller annat sätt arbetar med patienter eller klienter med särskilda behov, vilket bidrar till deras enkelspåriga syn på befolkningen. De är väl medvetna om sina antagonister och inte sällan har det i intervjuer dykt upp fördömande ord både om dem som anses vara alltför hårda mot invandrare och om dem som bedöms dalta med och passivera människor.

Genomgående i intervjuerna finns en känsla av maktlöshet. Många beskriver oförmågan att påverka sin egen roll som myndighetsutövande tjänsteman; att vara en liten, liten del i ett stort system. Mycket handlar naturligtvis om politiska beslut. En socialarbetare beskriver det så här:

Det är politiska beslut att man ger 30 miljoner pengar till en moské eller vad det nu är... det är ju inte ”mina” ungars beslut. Däremot är det ”mina” ungar här som inte får lära sig tillräck-

ligt med svenska på förskolan, som går ut skolan utan slutbetyg.
Förstår du vad jag menar? Det är liksom ... fel fokus.

De flesta är dock överens, oavsett grundinställning, om att det är oerhört svårt att skilja mellan psykisk och social problematik, och det finns en efterfrågan på någon form av helhetsgrepp där man ser till hela individen och inte bara bollar människor från den ena myndigheten eller vårdinrättningen till den andra.

Psykisk ohälsa i olika perspektiv

Synen på psykisk ohälsa är helt avgörande för hur man väljer att hantera eventuella problem. Som tidigare nämnts varierar synen på psykisk ohälsa inte enbart mellan olika kulturer och samhällen utan även mellan grupper, familjer och individer. Om man till exempel uppfattar vissa tillstånd som ”normala” är det högst osannolikt att man söker sig till sjukvården eftersom dessa inte ses som en sjukdom. Om ett tillstånd tolkas som besatthet av en djinn är det förståeligt att man söker sig till en andeutdrivare. Om man däremot upplever situationen som galenskap och därmed en abnormalitet kanske man drar sig för att söka vård på grund av skam. Som jag inledningsvis nämnde är de flesta studier av psykisk ohälsa, med utgångspunkt i västerländsk psykiatri och DSM-IV (Diagnostical and statistical manual of mental disorder, 4th edition, 2000), baserade på en förförståelse av vad begreppet innebär och var gränsen mellan friskt och sjukt bör dras. Vad som dock är viktigt att komma ihåg är att även denna ”vetenskap” är baserad på kultur, västerländsk kultur. Kulturen är dynamisk och förändras över tid och denna förändring går även att skönja i synen på psykiatri i det västerländska samhället. Byron Good (1997) benämnde 1990-talet, med tanke på förhållningssätt gentemot psykisk ohälsa, som ”the decade of the brain”. Han menar att inställning till och behandling av psykisk ohälsa blir allt mer medikaliserad, att man söker förklaringar och orsaker i gener, signalsubstanser och kemisk obalans. Psykiatrikern Derek Summerfield (2004)¹ är inne på samma spår och menar att det i dagens samhälle talas mer om sårbarhet än motståndskraft. Man lägger kraft på att upptäcka/skapa fler och fler diagnoser (inte helt

1 DSM skrevs ursprungligen för tillämpning i Nordamerika och publicerades första gången 1952. Därefter har den publicerats på 20 olika språk i olika länder och idag har den till och med fler upplagor än WHO:s International Classification of Diseases(ICD).

utan påverkan av läkemedelsindustrin), och inbjuder människor att i allt högre utsträckning se erfarenheter i livet som riskfyllda och orsaker till insjuknande. Detta medför att gränsen mellan obehagliga men naturliga mentala tillstånd och kliniska diagnoser blir väldigt otydlig. Vidare förstärker Summerfield sitt resonemang genom att redovisa ökningen av antalet psykiatriska kategorier i DSM från det att manualen först kom ut 1952 till den senaste upplagan som kom 1994. I den första var antalet kategorier 104, i den fjärde upplagan hade antalet ökat till inte mindre än 357. Det sägs att en fjärdedel av befolkningen i USA skulle kunna bli kategoriserad som psykiskt störd. Frågan är om dessa kategorier upptäckts eller skapats?

Utifrån detta resonemang skulle ytterligare en bakomliggande orsak till den så kallade underkonsumtionen kunna tillfogas samlingen, nämligen att det inte råder någon underkonsumtion av psykiatrisk vård i Rosengård utan snarare en överkonsumtion i övriga stadsdelar. Det beror helt enkelt på vilket perspektiv man har, vilken förklaringsmodell man väljer för synen på psykisk ohälsa.

Om intervjuerna och forskningsfrågan

Informanterna har valts ut enligt den så kallade ”snöbollsmetoden”, vilket innebär att intervjupersoner förmedlar kontakt med andra personer som kan vara av intresse för studien. Av olika anledningar har det inte uteslutande gått att tillämpa denna metod, bland annat för att psykisk ohälsa i vissa fall upplevs som oerhört skamligt att tala om, varpå intervjupersoner har ställt sig avvaktande till att förmedla kontakt med andra tänkbara personer i sin omgivning. Vidare har situationer där intervjupersoner kan ha känt sig tvingade att ställa upp på grund av maktrelationer och beroendeställning undvikits. För att komma i kontakt med möjliga intervjupersoner har det förekommit en hel del besök på vuxenskolor, kommunala verksamheter och projekt samt på andra offentliga platser i stadsdelen där det finns människor i rörelse.

Intervjuerna har ägt rum på platser som informanterna själva valt, vilket har rört sig om allt ifrån vuxenskolor, bibliotek och kontor till intervjupersonens egna hem. Vid behov har tolk anlåtats. Att använda tolk medför ett flertal metodologiska implikationer, vilka diskuteras mer ingående i kapitel 11.

Utöver intervjuer har ett stort antal nog så viktiga informella och oplanerade samtal och möten med människor ägt rum. Dessa utelämnas ofta i redogörelser för material och metod, vilket är olyckligt eftersom de i allra högsta grad lämnar intryck och påverkar vår förståelse av situationer och kontexter.

Vad har studerats och hur har det gått till?

Ofta finns det en outtalad tanke, grundad i realism, att man kan utforska essensen av sitt forskningsobjekt; att man kan fånga verkligheten. Denna bild är emellertid problematisk ur ett mer konstruktivistiskt perspektiv, där världsbilden snarare lutar sig mot någon form av idealism vilket innebär att "forskningsobjektet" i varierande utsträckning anses vara en konstruktion och uppfattas olika utifrån varje enskild individuell förståelse (Layton 1997, Wallén 1996). Det är med andra ord vanskligt att anta att man fångat en helhetsbild av en individs liv och tankar genom att göra intervjuer. Dels kan det finnas en mängd orsaker till att personen inte delar med sig av sina tankar och åsikter, dels är en människas liv och tankar oerhört komplexa och ständigt föränderliga, vilket innebär att det aldrig går att tala om en definitiv sanning eller verklighet. Varken forskaren eller intervjupersonen är den samme i början av intervjun som i slutet. Samtalet sätter igång nya tankeprocesser som gör att man till viss del kan ändra åsikter och uppfattningar om saker och ting (Casey & Long 2003). Weiss et al (2001) påpekar dessutom att relationen mellan vad människor säger och vad de gör nödvändigtvis inte alltid överensstämmer.

I en studie som den här är det även viktigt att klargöra att det inte går att dra några generella slutsatser. Intervjupersonerna representerar inga andra än sig själva, vilket många också varit noga med att påpeka i intervjuer. Däremot kan man med hjälp av olika teorier belysa empirin och på det sättet utarbeta hypoteser och reflektioner av sitt material.

Som jag varit inne på kan man aldrig veta om berättelser och åsikter man får ta del av är genomtänkta, om de kommer att förändras i sekunden efter eller om de är strategiskt upplagda för ett särskilt ändamål, om det finns någon dold agenda. Vid ett tillfälle samtalande

jag med ett par irakiska läkare som jag haft kontakt med under lång tid. Vi pratade om tron på djinner och deras eventuella påverkan på hälsan, vilket inte sällan förekommit i intervjuer med irakiska muslimer. Läkarna skrattade lite och menade att folk förr i tiden kanske trodde på sådana saker men idag är Irak ett civiliserat land, människor är inte så primitiva att de skulle tro på djinner. Med tanke på hur många patienter de träffat både i sitt hemland och i Sverige vore det osannolikt att de inte skulle ha stött på någon eller hört talas om folk som tror på djinner. Antingen är det så att folk inte berättar om föreställningar för läkare som är skolade i den västerländska biomedicinska vetenskapen, eller så klassificerar läkarna detta som uttryck för en psykisk sjukdom och inte en trosföreställning hos gemene man. Det kan även vara så att tron på djinner förnekas i syfte att "skydda" sig själv och det irakiska folket just från att bli klassade som primitiva och ociviliserade.

Ytterligare ett dilemma i samtalet med människor i allmänhet och med folk från andra kulturer i synnerhet, är att en lång konversation om ett ämne skulle kunna äga rum utan att aktörerna faktiskt talar om samma sak. Beroende på bakgrund, minnen och erfarenhet får olika termer varierande betydelse för människor. Eftersom det för varje person är givet vad han eller hon lägger för innebörd i olika begrepp är det förmodligen inte något man ifrågasätter. Med andra ord, hur vet vi att forskaren och intervjupersonen har talat om samma sak i samtalet kring psykisk ohälsa?

Följande citat tyder på att det ibland råder viss förvirring i intervju-situationer.

Karin: Hur ser du på psykisk ohälsa?

Soheila: Jag vet inte, jag har inte kommit in på någon behandling.

Karin: Men begreppet psykisk ohälsa, vad innebär det för dig?

Soheila: Jag vet inte faktiskt, jag har inte provat, jag vet inte vad det handlar om och jag har aldrig varit hos psykiatrin. [...] Jag säger så här: det är inte det psykosomatiskt. När man stöter på problem, t ex i Irak, man mår dåligt, det känns att man inte mår bra, och det är ohälsa man har. Det är vad jag har.

Längre fram i intervjun berättar Soheila följande:

Soheila: Sedan första dagen jag kommit till Sverige var jag så arg och så deppig att jag inte pallade med mina barn. Så jag bråkade med de varje dag, med mina barn och min man. Jag lagade inte mat, jag gjorde ingenting. Sen åkte jag till UMAS och där tog de emot oss. Sen började vi på trepartsamtal hos dem och de har förklarat allt, så det är en del av behandlingen kan man säga.

Karin: Åkte ni till psykakuten då?

Soheila: Ja, hela familjen, jag och min man och barnen.

Hur mäter man behov?

Projektet grundar sig på en kartläggning som gjordes genom tillämpning av Jarmans index. Jarmans index är ett instrument som används för att uppskatta behovet av sjukvård i syfte att fördela resurser, framförallt inom primärvården. Metoden grundar sig på tanken att vårdresurser fördelas i enlighet med särskilda sociala indikatorer. Dessa indikatorer är andelen av befolkningen som är: barn under 5 år, boendes med en förälder, utbildad arbetskraft, arbetslös, invandrad, flyttat under föregående år, och slutligen lever i trångboddhet (Senior Partners 2005, Smith 1991). Instrumentet utvecklades i Storbritannien på 1980-talet och används fortfarande, dock ofta modifierat och parallellt med andra instrument, för att bedöma vårdbehov. Jarmans index (även känt som Underprivileged Area score, UPA) har fått ta en del kritik genom åren och bland annat har de enskilda indikatorerna ifrågasatts. Kan den brittiska standarden för trångboddhet verkligen gälla befolkningar över hela världen? Är det rimligt att personer som invandrat till ett land trettio år tidigare placeras i samma kategori som de nyligen anlända? Kan det finnas anledning att undersöka om ursprung har betydelse? (McCrone et al 2006, Smith 1991, Talbot 1991) Indikatorerna bestämdes utifrån en enkätundersökning bland brittiska allmänläkare där man bad dessa nämna faktorer som bidrog till ökad arbetsbelastning. De faktorer som nämndes lät man därefter en annan grupp allmänläkare rangordna. Med anledning av hur instrumentet kom till menar kritikerna att man kan ifrågasätta om Jarmans index verkligen mäter behov eller om det snarare är ett mått på efterfrågan. I en jämförelse mellan Sverige och Storbritannien har det visat sig att allmänläkare i de

båda länderna lägger olika stor vikt på de utvalda variablerna, vilket visar på att det kan vara svårt att flytta ett index som det här mellan olika kontexter (Malmström et al 1998).

Slutligen finns det ett stort problem med tillämpningen av Jarmans index i Rosengårdsprojektet, nämligen att det är ett instrument för bedömning av sjukvårdsbehov i allmänhet och inte specifikt behov av psykiatrisk vård (McCrone 2006).

Under senare år har man med utgångspunkt i Jarmans index utvecklat ett instrument där svenska allmänläkare fått rangordna de sociala indikatorerna på högre arbetsbelastning utifrån sina erfarenheter, i syfte att kunna skapa en metod som i högre grad stämmer överens med nationella omständigheter. Detta vårdbehovsindex (Care Need Index, CNI) är liksom Jarmans index ett instrument som mäter generella vårdbehov. Trots att det finns studier som påvisar att CNI huvudsakligen fungerar även vad gäller psykisk ohälsa kvarstår osäkerhetsfaktorer i uppskattningen (Malmström et al 1999).

Förmodligen kommer man aldrig att kunna utveckla ett instrument som är hundra procent tillförlitligt. Då bedömningar av behov ibland är nödvändiga att utföra är det därmed angeläget att man ständigt vidareutvecklar metoderna så att de är bättre anpassade till olika miljöer samt att man alltid förhåller sig kritisk till utfallet.

Diskussion

Hur kan man då sammanfatta denna studie? I intervjuerna i Rosengård har en myriad av komplexa situationer och förhållanden på olika nivåer blivit tydliga. Citat har illustrerat att individers uppfattningar om psykisk ohälsa i allra högsta grad påverkar deras vårdkonsumtion. Individers uppfattningar härrör i sin tur ifrån och är influerade av bland annat kulturella, historiska och socioekonomiska faktorer. Vidare finns det i samhället olika strukturer som påverkar vårdkonsumtionen. Dels de synliga strukturerna i form av myndigheter, vårdinrättningar och den politiska organisationen. Dels finns det mer osynliga strukturer i form av vetenskapliga paradig, normer och majoritetskulturen som i allra högsta grad både påverkar vårdkonsumtionen i sig och sättet vi ser på och värderar densamma, vilket

är tydligt i utformandet av forskningsprojektet. Ett första försök att åtgärda problem som uppfattas ha en tydlig mångkulturell prägel brukar vara att införa kulturkompetens i olika organisationer och på diverse arbetsplatser.

Om kulturell kompetens

Kulturell kompetens har blivit ett modeord inom många områden, däribland vården. Som så många påtalat (Kirmayer & Minas 2000, Comas-Díaz & Jacobsen 1991, Georgiopoulos & Rosenbaum 2005, Bäärnhielm 2003) är det oerhört viktigt att inväga den kulturella aspekten vad gäller bedömning, behandling och vård av psykisk ohälsa. Kulturella faktorer påverkar individens föreställningar om sjukdomar, upplevelsen av dem och inställningen till behandling, vilket exemplifierats i detta kapitel genom en redovisning av synen på psykisk ohälsa bland boenden i Rosengård. Det finns dock en del fallgropar i debatten om kulturell kompetens och dessa kan bidra till att förståelsen minskar, snarare än tvärt om, vilket syftet torde vara.

Först och främst finns det en risk att kulturbegreppet reduceras till stereotypa mönster synonymt med etnicitet, nationalitet eller språk. T ex antas en beslöjad arabisktalande kvinna från Irak ha ett särskilt förhållningssätt till sjukdom i enlighet med idéerna om hennes etniska bakgrund, och man glömmer bort att skillnaderna mellan människor från en särskild kultur kan vara större än mellan människor från olika kulturer. I sådana situationer associeras kultur ofta med det avvikande och annorlunda, och i mötet med patienten glömmer den professionella bort att även han eller hon bär på en kultur.

För det andra kan kulturbegreppet få en alltför stor roll i situationer där kulturen de facto saknar betydelse och där andra t ex socioekonomiska faktorer spelar större roll. Kleinman & Benson (2006) har gett exempel på ett fall i Kalifornien där en medicinsk antropolog kallades in för att konsultera en barnläkare i ett särskilt ärende. Det gällde en mexikansk familj i vilken mamman avlidit i aids och både pappan och den 4 år gamla sonen var hiv-positiva. Problemet var att pappan inte regelbundet kom med sonen till behandling, vilket barn-

läkaren förklarade genom att denna familj hade en annan kulturell förståelse. Antropologen upptäckte dock att mannens förståelse av situationen i princip var densamma som barnläkarens och att han dessutom var mycket beläst vad gällde hiv/aids. Däremot hade pappan ett lågavlönat jobb som busschaufför och tvingades arbeta många sena kvällsskift, vilket i sin tur hindrade honom från att besöka barnläkaren med sin son.

För det tredje används begreppet kulturkompetens främst i det praktiska arbetet i mötet med patienter. Detta arbete styrs i sin tur av större, mer övergripande strukturer där kunskapen om vikten av kulturkompetens lätt går förlorad. Med andra ord är systemet inte så öppet och anpassat för att olika behov ska kunna tillgodoses på individnivå, vilket gör det svårt för anställda som kommer i kontakt med andra kulturer att tillämpa sin eventuella kulturkompetens.

Redan i slutet på 70-talet började psykiatern tillika antropologen Arthur Kleinman tillämpa vad han kallar "Explanatory Model approach" (Förklaringsmodell som metod) i sitt utforskande av psykisk sjukdom. I sitt klassiska verk "Patients and Healers in the context of culture" (1980) har Kleinman utvecklat detta tillvägagångssätt tillämpat på sitt praktiska arbete som psykiater i Taiwan. Utgångspunkten är att synen på hälsa och vårdssystem i olika kulturer bygger på en större struktur. Hur människor upplever och hanterar olika tillstånd beror på ett stort antal sammanvävda samhälleliga och kulturella faktorer. Olika människor har olika förklaringsmodeller. Kleinman uttrycker det så här:

Förklaringsmodeller skiljer sig vad gäller analytisk kraft, abstraktionsnivå, logisk pregnans, metaforer och idiomatiska uttryck. De är omgivna av större kognitiva system, vilka i sin tur är förankrade i särskilda kulturella och sociala strukturella konstruktioner, dvs sjukvårdssystemets olika sektorer och subsektorer. [...] förklaringsmodeller innehas av patienter och behandlare i alla sjukvårdssystem. De erbjuder förklaringar till sjukdom och behandling och vägleder i valet av terapier och terapeuter och framhäver personlig och social mening i upplevelsen av sjukdomen. (1980:105, min översättning)

Kleinmans poäng är med andra ord att en viktig del i behandlingen är interaktionen mellan vårdgivarens och patientens förklaringsmodeller. Genom att vårdgivaren tar del av patientens egen förklaringsmodell vägs olika aspekter av sjukdomstillståndet in, vilket gör det lättare för vårdgivaren att bedöma hur patienten kan svara på olika behandlingar. Vad som ofta händer i vårt västerländska samhälle då patienter med annan etnisk bakgrund söker vård är att vårdgivaren sätter in patientens berättelse inom ramen för den biomedicinska förklaringsmodellen även om patientens röst i det här fallet hör hemma i en helt annan kontext (Watters 2001). Den biomedicinska förklaringsmodellen kan i vissa fall vara användbar och hjälpa människor att förstå psykisk ohälsa. Samtidigt har det visat sig att ett blint godtagande av den biomedicinska tolkningen som enda förklaringsmodell har lett till passivitet och motverkat ytterligare försök att finna personlig mening i mänskligt lidande (Casey & Long 2003).

En komplex värld har inga enkla lösningar

Denna kontext, som i stycket ovan beskrivs som ”en helt annan”, är samtidigt påverkad av vårdgivarens kontext. Som jag tidigare varit inne på påverkas situationer och problematik i Rosengård av en rad olika faktorer på olika nivåer och i olika strukturer. Det är svårt att greppa om komplexiteten och helheten. Samtidigt är det svårt att kategorisera och isolera enstaka fenomen, såsom psykisk ohälsa, då allt är sammanvävt likt ett spindelsväv. Just dessa svårigheter resulterar ofta i ett system med statistiskt stuprörstänkande i vilket individen och hennes behov går förlorade.

Watters (2001) har talat om vikten av att överväga ett nytt paradig inom psykiatrin. Han menar att man behöver undersöka relationen mellan faktorer på makronivå, det vill säga omgivande strukturer, organisationer och institutioner, och mikronivå, vilket innefattar den lokala vårdgivaren eller behandlaren och patienten. På så sätt kan man skaffa ett holistiskt förhållningssätt där patienten får sina främsta behov tillfredsställda.

Konkret innebär detta att alla insatser som samhället gör för individen, oavsett om det handlar om psykiatrisk vård, stöd för att

komma in på arbetsmarknaden, barnomsorg eller hjälp med att skaffa en bostad, har gemensamma beröringspunkter på alla nivåer, från individnivå till den politik som förs på nationell nivå. Vad gäller Rosengård skulle det förmodligen finnas allt att vinna på att bryta ner stuprörstänkandet och skapa någon form av ”nytt paradigm” där man ser till hela människan och hennes behov utifrån hennes egen kontext.

Till sist

Bilderna som växt fram genom intervjuerna i Rosengård handlar mycket om individuella uppfattningar och öden och är därmed svåra att greppa. När man sätter in dem i ett större sammanhang inser man att många olika aspekter kommit fram: Det handlar om förståelse och hantering av psykisk ohälsa, både bland intervju-personer och inom den västerländska psykiatrin. Det handlar om förhållandet mellan det sociokulturella, politiska och ekonomiska i relation till individen. Det handlar om forskarens förhållningssätt till uppdragsgivarens förväntningar på resultat som ligger inom ramen för ett särskilt paradigm. Men det handlar också om forskningsmetoden; omöjligheten att skildra ”verkligheten”, problematiken kring användandet av tolk, förförståelse av och svårigheten att ta sig ur befintliga normativa kategorier etc. Slutligen rör det sig även om problemet att i en rapport som denna belysa intressanta infallsvinklar av forskningen utan att det uppfattas som att andra viktiga aspekter saknar värde.

Det ursprungliga syftet var ändå att utröna möjliga orsaker till den så kallade underkonsumtionen av psykiatrisk vård i Rosengård. Först och främst har det blivit relevant att ifrågasätta om uppskattningen av behov av psykiatrisk vård i stadsdelen är riktig. Om människor själva inte gör bedömningen att de lider av psykisk ohälsa och såldes tar hand om sina problem på andra sätt är behoven av just psykiatrisk vård förmodligen mindre än förväntat och därmed råder det kanske inte någon underkonsumtion. Vidare har skam visat sig vara en viktig faktor som hindrar människor från att tala öppet om psykiska problem och söka hjälp för dem. För det tredje har det sociala kontaktnätet framställts som oerhört viktigt i hanteringen av problem, vilket minskar behovet av professionell vård. Däremot kan

man fråga sig om anhöriga i sådana fall har större behov av stöd. Rosengård är en stadsdel relativt tyngd av social problematik. Att ha ett drägligt boende, att stödja anhöriga som är kvar i hemlandet, att fixa försörjning eller se till att få barnen att fungera i skolan prioriteras ofta framför att söka psykiatrisk vård. Slutligen har stöd från tro och religion framställts som bidragande till att man söker mindre vård i det svenska vårdsystemet.

Detta är bara några orsaker och det absolut viktigaste är att se till varje individs egna behov och situation, för i slutänden är det ändå som Muhammed säger att ”dina fingrar har olika storlek och på samma sätt är människorna i Rosengård olika varandra”.

REFERENSER

- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostical and statistical manual of mental disorder (4th edition), DSM IV*. Washington D.C.: American Psychiatric Association
- Al-Krenawi, A. & Graham, J. R. (2000): Culturally sensitive social work practice with arab clients in mental settings. *Health and Social Work* 25(1):9–22
- Bhugra, D. (2003): Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003(418):67–72
- Bhugra, D. (2000): Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000(407):68–73
- Bhui, K., Stanfeld, S., Hull, S., Priebe, S., Mole, F., & Feder G. (2003): Ethnic variations to pathways to and use of specialist mental health services in the UK: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 182, 105–116
- Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003): *Hälsa och Sjukdom: en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur
- Bäärnhielm, S. (2003): *Clinical encounters with different illness realities*. Stockholm: Karolinska institutet, psykiatriska avdelningen.
- Bäärnhielm, S. (2004): Restructuring illness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28:41–65
- Cant S. & Sharam U. (1999): *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: UCL Press
- Cantor-Graae, E., Pedersen C. B., McNeil, T.F. & P.B. Mortensen (2003): "Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study". *British Journal of Psychiatry* 182:117–122
- Cantor-Graae, E. & Selten J. P. (2005): Schizophrenia and Migration: A Meta Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry* January 162:12–24
- Casey, B. & Long, A. (2003): "Meanings of madness: a literature review". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10:89–99
- Comas-Díaz, L. & Jacobsen F. M. (1991): Ethnocultural transference and encounter transference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry* 61(3):392–402
- Douglas, M. (1997): *Renhet och fara – en analys av orenande och tabu*. Falun: Nora Nya Doxa
- El-Islam, M. F. (1982): Arabic Cultural Psychiatry. *Transcultural Psychiatric Research Review* 19:5–24

- Endravs, G., O'Brien, L. and Wilkes L. (2007): Mental illness and Egyptian families. *International Journal of Mental Health Nursing* 16:178–187
- Eriksen, T. H. (2000): Små plaster – stora frågor. En introduktion till socialantropologi. Nora: Nya Doxa.
- Esposito, J. L. (1994): *Islam – the straight path*. Oxford: Oxford university press
- Geogiopoulos A. M. & Rosenbaum J. (2005): *Perspectives in cross-cultural psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Good, B. J. (1997): Studying mental illness in context: local, global, or universal? *Ethos* 25(2):230–248
- Helman, C. G. (2007): *Culture, health and illness*. Fifth edition. New York: Oxford University Press Inc.
- Janzen, J. M. (2002): *The social Fabric of health. An introduction to Medical anthropology*. New York: Mc Graw Hill
- Kleinman, A. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and psychiatry*. Berkely: University of California press.
- Kleinman, A.. (1991) *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: First Free Press Paperback.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006): "Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it". *PLOS Medicine* Vol 3, 10:1673-1676
- Kirmayer, L. J. & Minas, H. (2000): "The future of cultural Psychiatry: An International Perspective". *Canadian Journal of Psychiatry* 45:438-446
- Kirmayer, L. J., Galbaud du Fort, G., Young, A., Weinfeld, M., and Lasry, J.C. (1996): "Pathways and Barriers to mental health care in an Urban Multi-cultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic study". *Culture and Mental Health Research Unit Report No. 6*, Montreal <http://www.mcgill.ca/files/tcpsych/Report6.pdf>
- Kirmayer, L. J. (1992): The Body's Insistence on Meaning: Metaphore as Presentation and Representation in Illness Experience. *Medical Anthropology Quarterly*. 6(4):323–346
- Kouyoumdjian, H., Zamboanga, B. L. and Hansen D. J. (2003): Barriers to Community Mental Health Services for Latinos: Treatment Considerations. *Clinical psychology: science and practice* vol 10 no 4:394–422
- Layton, R. (1997): *An introduction to theory in anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press
- Malmström, M., Sundquist, J., Bajekal, M. & Johansson, S-E. (1998): Indices of need and social deprivation for primary health care. *Scandinavian Journal of Medicine* 26(2):124–130

- Malmström, M., Sundquist, J., Johansson, S-E. & Johansson, L. M. (1999): The influence of social deprivation as measured by the CNI on psychiatric admissions. *Scandinavian Journal of Public Health* 27:189–195
- Markovic, M., Manderson, L. Wray, N. & Quinn M. (2006): Complementary medicine use by Australian Women with Gynaecological Cancer. *Psycho-Oncology* 15: 209–220
- McCrone, P., Thornicroft, G., Boyle, S., Knapp, M. & Aziz, F. (2006): The development of a Local Index of Need (LIN) and its use to explain variations in social services expenditure on mental health care in England. *Health and Social Care in the Community* 14(3):254–263
- Sachs, L. (1996): *Sjukdom som ordning*. Falun: ScandBook
- Senior Partners (2005): *Kartläggning av vårdbehov och verksamhet/utbud för personer med psykisk ohälsa/sjukdom i Malmö*. Rapport 2005-01-10
- Smith, G. D. (1991): Second thoughts of the Jarman index. Claims being made for the underprivileged area score are unproved. *British Medical Journal*. Vol. 302:359–360
- Summerfield, D. (2004): Cross cultural perspectives on the medicalization of human suffering. In G. Rosen (ed) *Posttraumatic Stress Disorder. Issues and Controversies*. John Wiley cop.
- Talbot, R., J. (1991): Underprivileged areas and health care planning: implications of use of Jarman indicators of urban deprivation. *British Medical Journal* 302:383–386
- Von Gruenigen, V. E., White, L. J., Kirven, M. S., Showalters, A. L., Hopkins, M. P., and Jenison, E. L. (2001): A comparison of complementary and alternative medicine use by gynecology and gynecologic oncology patients. *International Journal of Gynecological cancer* 11:205–209
- Wallén, G. (1996): *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Watters, C. (2001): Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine* 52:1709–1718
- Weiss, M.G., Jadhav, S., Raguram, R., Vounatsou, P. & Littlewood, R. (2001): Psychiatric stigma across cultures: local validation in Bangalore and London. *Anthropology and Medicine* 8(1): 2001
- WHO (1999): *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10) in occupational health*. Geneva: World Health Organization, Sustainable Development and Healthy Environments, Protection of the Human Environment
- Wynaden, D., Chapman, R., Orb, A., McGowan, S., Zeeman, Z. and Yeak, S.(2005): Factors that influence Asian communities' access to mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing* 14:88–95

- Youssef, J. and Deane, F. P. (2006): Factors influencing mentalhealth help-seeking in Arabic-speaking communities in Sydney, Australia. *Mental health, Religion & Culture*. 9(1):43–66
- Östman, M., Wallsten, T. & Kjellin, L. (2005): "Family Burden and Relatives' Participation in Psychiatric Care: Are the Patient's Diagnosis and the Relation to the Patient of Importance?" *International journal of social psychiatry*. 51:291-301

KAPITEL 10

BRUKARPERSPEKTIVET UTIFRÅN MILTONPROJEKTET Dalvin Shahgaldi

Inledning

Inom Miltonprojektet ”Utveckling i Malmö”, genomfördes hösten 2006 en enkätstudie med fokus på hur brukare upplever stöd och behandling, hur de upplever personalens bemötande och hur samarbetet mellan kommun och psykiatri fungerar för målgruppen.

Enkätundersökningen genomfördes vid verksamheter som arbetar med personer som har psykiska funktionshinder. Sammantaget 562 malmöbor med psykiska funktionshinder svarade på enkäten.

Från boende i stadsdelen Rosengård har 25 svar inkommit. Resultaten kommer att redovisas i löpande text, då Rosengårds andel av de totalt genomförda enkäterna omöjliggör redovisning på statistisk nivå. När det är möjligt resoneras över möjliga jämförelser mellan de boende i Rosengård och övriga Malmö.

Enkäten introducerades i verksamheterna genom möten med brukare och besök hos verksamheter som arbetar med målgruppen, d v s psykiatrins öppenvårdsmottagningar, kommunens gruppboende, boende-stödsverksamheter och sysselsättningsverksamheter. Även frivilliga organisationer och verksamheten Personligt Ombud Skåne bidrog med att finna individer som kunde medverka i enkätstudien. Personalen i de här verksamheterna har varit till stor hjälp med att

informera, distribuera samt samla in enkäten och inte minst i att stötta brukarna i att fylla i formuläret¹.

Enkäten bestod av 47 påståenden. Respondenten besvarade påståendena med att sätta ett kryss för det alternativ som de ansåg stämmer bäst med deras egen uppfattning. Brukarnas synpunkter inom de här områdena är avgörande för att respektive organisation ska kunna förmedla bästa möjliga service för psykiskt funktionshindrade i Malmö².

Kön, ålder och stadsdelstillhörighet

Det är 562 personer som svarat på enkäten. Könsfördelningen bland de svarande är jämt fördelad, med 275 kvinnor och 281 män. De svarande fördelar sig på Malmös samtliga stadsdelar. Störst representation förekommer från stadsdelarna Södra Innerstaden, Fosie och Centrum.

Arbete och sysselsättning

Majoriteten av brukarna har haft någon att diskutera sysselsättning och arbetsrehabilitering med.

På frågan om man trivs med den sysselsättning man har idag svarade brukarna överlag att de är nöjda. På frågan i vilken utsträckning brukarna upplever att det är lätt att få information om vad det finns för sysselsättning och/eller arbetsinriktade verksamheter, framgår att brukare är betydligt mindre nöjda. Endast 131 personer, motsvarande 23 % av de tillfrågade, svarar att de är nöjda med tillgängligheten av information om utbudet av sysselsättning och/eller arbetsinriktade verksamheter.

När det gäller Rosengårds andel ser vi att merparten är nöjda med den sysselsättning de har idag. Dock är man missnöjd med tillgången till information där drygt hälften har svarat att de är mindre nöjda.

I enkäten har de svarande fått ange huruvida de upplever att det är lätt att få tillgång till befintliga sysselsättningsverksamheter, arbets-

¹ Kort sammanställning av enkätstudie genomförd bland Malmöbor med psykiska funktionshinder Hösten 2006. Milton Utveckling 2007/29 maj.

² Miltonprojektet Utveckling 2007-05-29

rehabilitering, praktikplats samt utbildning/studier. Flertalet brukare har inte kunnat ta ställning till frågan. Detta kan delvis bero på att dessa områden inte är väldefinierade eller inte är kända för brukarna. De som svarat uppger att de upplever det som svårast att få tillgång till praktikplatser, sedan kommer arbetsrehabilitering och utbildning. Resultatet i Rosengård skiljer sig inte nämnvärt jämfört med hela gruppen. De flesta kunde inte ta ställning när det gäller tillgång till praktikplats och arbetsrehabilitering.

Professionella kontakter i psykiatri

På frågan om brukarna upplever att psykiatrins personal visar ett tydligt intresse för deras problem, svarar majoriteten att de är nöjda. På frågan om man som brukare upplever att psykiatrins personal har kunskap om det stöd man är i behov av är resultatet näst intill lika positivt.

På frågan huruvida man får möjlighet att påverka sin behandling respektive rehabilitering anger majoriteten att de är nöjda. Viktigt att poängtera är att ett större antal inte kunnat ta ställning när det gäller rehabiliteringsaspekten. Det framgår att fler brukare är missnöjda med sin behandling. När det gäller möjligheten att påverka sin rehabilitering är svaren ganska jämnt fördelade.

Professionella kontakter i kommunen

Majoriteten av de svarande kunde inte ta ställning till sina upplevelser av kontakter inom kommunen och personalens intresse för deras problem. Av dem som tagit ställning svarar merparten att personalen visar ett intresse. På frågan om man som brukare upplever att kommunens personal har kunskap om det stöd man är i behov av är resultatet näst intill likartat, men det är färre som tar ställning i den här frågan. Dessutom uppger var fjärde person att de är mindre nöjda med det intresse respektive den kunskap kommunens personal visar.

För Rosengård är resultatet likartat. Dock är det fler som är missnöjda med det intresse respektive kunskap kommunens personal visar. På frågan om man som brukare får påverka sina insatser är majoriteten mindre nöjda, och en tredjedel kan inte ta ställning.

Resultatet visar att flertalet brukare anger att de är mindre nöjda med den kunskap och det stöd som de får av kommunens personal.

Brukarorganisationer

Brukarorganisationer i Malmö är en viktig länk till individen. Individer söker sig till organisationerna när ansvarsfördelningen mellan psykiatrin och den offentliga sektorn blir oklar. Då blir brukarorganisationerna en resurs för de individer som faller mellan stolarna. Dessutom är det ett bra mellanled till brukare som befinner sig i samma situation. De får hjälp och stöd och kan påverka sin situation.

Inom Miltonprojektet samlas representanter från brukarorganisationer en gång i månaden i syfte att informera om vad som händer i projektet samt diskutera samarbetsfrågor inom kommun och psykiatrin. Dessutom driver de gemensamma frågor och tillsammans bli de starkare.

Brukarorganisationerna uppger att samarbetet med kommunen och psykiatrin är ansträngande. Detta beror dels på att de resurser som brukarorganisationer kan ge inte tillvaratas av den offentliga vården, dels på att man inte använder brukarnas kompetens inom olika områden. Brukarnas personliga förmågor och talanger tas inte tillvara. Det som framkommer av mötena är att man behöver uppmuntras och sammanlänkas i både psykiatrins och kommunens arbete. Man saknar dialog med olika parter i samhället, såsom politiker, psykiatri och kommunen.

Framförallt vill brukarorganisationerna förändra synen på psykisk ohälsa och förändra stigmatiseringen i samhället när det gäller denna målgrupp. En brist är att invandrare som har psykisk ohälsa inte känner till brukarorganisationer. Invandrare söker sig inte till brukarorganisationer och det förekommer inget samarbete med invandrarföreningar.

Enkätundersökningen visar att de aspekter som påverkar brukare att falla mellan stolarna är brist på läkarkontakt. Brukare menar att läkarna inte är tillgängliga när behovet av vård uppstår. Vad

som framgår av enkätundersökningen är att man önskar fler kaféer/aktiviteter att vända sig till som individ. Känslan av stigmatisering och utanförskap leder till att man inte söker sig till vården. Många i enkäten påstår att resursbristen och oförståelse för målgruppens sjukdom gör att fler mår sämre. Man önskar färre mediciner och vill att man satsar på rehabilitering.

Områden som kan förbättras

- Tillgänglighet.
- Bemötandet och förståelse för situationen.
- Möjlighet till alternativa behandlingar för psykisk ohälsa och missbruk.
- Fler i arbete och sysselsättning.
- Långa väntetider för att få hjälp från psykiatri, försäkringskassan och kommunen.
- Kompetensutveckling för både personal och medborgare.
- Samarbete med olika kulturella och religiösa föreningar.

Slutkommentar

Brukarenkäten visar att många svarande behöver bättre information från samhällets sida. Det saknas information om ingångsvägar till stödinsatser inom kommunen och psykiatrin. Man saknar tillit till samhällets stöd och detta beror på att flertalet invandrare inte känner till lagar och regler som styr verksamheter eller vet hur organisationerna fungerar.

Ett annat faktum enligt undersökningen är att flera brukare har tagit upp boendefrågan som en viktig del i en eventuell psykiatrisk behandling. Utan ett ordnat boende och stabil ekonomi är möjligheterna små att lyckas förändra sin situation, vilket bidrar till en känsla av hopplöshet.

Dessa faktorer skapar i sin tur ett utanförskap som leder vidare till olika psykiska påfrestningar. Det finns myter som kategoriserade målgruppen som en speciell sorts människor, som är olika andra. Man bör förändra synen om psykiskt funktionshinder och se individer med skilda behov och inte en homogen grupp.

Personer med psykiskt funktionshinder hamnar ofta i utanförskap. Människor som invandrar från andra kulturer hamnar också i utanförskap. Har man både psykiska funktionshinder och är invandrare är det rimligt att anta att utanförskapet förvärras i ”ett dubbelt utanförskap”. För att få en bild av invandrarnas uppfattning om psykisk ohälsa, bör man ställa psykisk ohälsa i förhållande till graden av integration.

Oftast talar man om att invandrarnas psykiska ohälsa i Sverige beror på våldsupplevelser i hemlandet. En ytterligare förklaring till invandrargruppens psykiska ohälsa kan vara bristande integration i det svenska samhället. Oftast sätter tortyr och trauman oförglömliga spår. Invandrare som utsatts för tortyr i hemlandet löper, föga förvånande, ökad risk för psykisk ohälsa. Men ännu farligare för den psykiska hälsan är bristande integration.

Faktorer som påverkar

En grupp invandrare i Sverige har en form av PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). I psykiatri har man olika behandlingsmetoder för invandrare, ”Feed utbildning”, som är en strukturerad samtalsmetodik. Eva Rosenquist, (kurator, Allmänpsykiatriska kliniken, Malmö) beskriver i en föreläsning i Miltonprojektet, (2007-10-03) att traumat är svårt och oftast tenderar det till att patienterna har svårt att uppfatta verkligheten. Ökade möjligheter till sysselsättning är bättre än passivisering. Det är ett sätt att minska sjukskrivningar och minska risken för att åter insjukna.

Passivitet leder till påfrestande psykisk ohälsa hos individer. Eftersom flyktingar från krigsdrabbade länder redan lider av traumatiska upplevelser, får individen ytterligare problem.

Känslan som många invandrare bär, att aldrig uppleva att man gör något effektivt i samhället och det ständiga påpekandet att man är ett offer, är negativa faktorer som påverkar psykisk ohälsa och förtroende för myndigheter.

Det statistiska tillståndet av kulturell underordning, socialt utanförskap, boendesegregering, politisk marginalisering och arbetsmarknadsdiskriminering är andra avgörande faktorer i sammanhanget. Har man

som individ bra förutsättningar och är integrerad i det samhälle man lever i, så kan tortyrupplevelserna i hemlandet efter behandlingen sjunka undan efter ett antal år i Sverige. Därefter kan andra faktorer bli viktigare, så som att börja tänka på att återta kontrollen över sitt liv och ta eget ansvar.

Andra faktorer som leder till misslyckande att anpassa sig socialt är integrationsproblem sammankopplade med kulturella olikheter. Personer som lever i utanförskap söker sig oftast till andra grupper som har samma problematik, för att bryta isolering och för att ha inflytande i sin egen grupp och ta kontroll över sin livssituation. Detta blir en resurs för personer som faller mellan stolarna när ansvarsfördelningen mellan myndigheter blir oklar. Här blir det rimligt att anta att dessa personer inte integrerar sig och inte heller söker sig till de stödinsatser som samhället erbjuder.

Invandrare förknippar ofta psykisk ohälsa med kult och demoner. Ibland skapas en kulturell identitet som människor med gemensamma historier och traditioner delar. Invandrare delar i sin tur samma värderingar och syn på psykisk ohälsa, men man delar inte samma historia. Deras kulturella identitet skapas av den historia som de har erfarenhet av.

Flyktingar har många gånger växt upp under otrygga förhållanden och varit med om traumatiska händelser i sin uppväxt. De har haft få eller inga positiva förebilder i sin vuxenvärld.

Flertalet uttrycker och utstrålar passivitet och likgiltighet inför integreringen i Sverige och oftast saknar de framtidstro. Man känner sig inte hemma i Sverige och blir orkeslös med all press de har på att utbilda sig, behålla kontakten med sin omgivning, behålla seder och traditioner osv. Familjen är splittrad och deras barn lider av identitetssvårigheter som oftast leder till konflikt inom familjen.

Tillgänglighetsproblematiken för personer med psykiska funktionshinder är generellt för alla individer i samhället. När det gäller flyktingar med psykiska funktionshinder är problematiken större. Det finns många stödinsatser och projekt när det gäller invandrarnas integration, men det saknas andra insatser för de psykisk funktionshindrade.

Denna målgrupp saknar lättillgängliga samtalsstöd. Det är också brist på praktikplatser och bra informationskanaler med och mellan myndigheterna. En fastlagd struktur behövs eftersom initiativ från enskilda handläggare inte håller i längden.

Tjänstemän bör ha en ständig diskussion om förhållningssätt om metoder i arbetet och vilka personalresurser som behövs, samt hur resurserna används för att i sin tur uppnå ett reellt brukarinflytande, inte minst för invandrare med psykisk ohälsa.

KAPITEL 11

NÖDVÄNDIGT ONT ELLER ENASTÅENDE RESURS? - OM ANVÄNDNING AV TOLK I FORSKNING

Karin Ingvarsdotter

Tolkens plats i forskningen

Att forska med tolk är något speciellt. För många upplevs det som nödvändigt ont, något man helst av allt undviker. Oavsett om det väcker positiva eller negativa känslor tillför användandet av tolk i forskningsintervjun en extra dimension till forskningen och väcker en rad intressanta frågeställningar av metodologisk karaktär. Det är framförallt dessa som kommer att behandlas i följande kapitel. Det förefaller naturligt att söka sig till discipliner som har lång tradition av studier i främmande kulturer, såsom antropologi, i syfte att finna litteratur rörande användning av tolk i forskning. Ämnet har en hundraårig tradition av forskning bland grupper med olika språk; trots detta lyser material kring språkskillnader i forskning med sin frånvaro. Det har emellertid påpekats att bristen överensstämmer med övrig metoddiskussion inom antropologi, en diskussion som ofta saknas (Borchgrevink 2003). Att förvånansvärt lite har skrivits kring forskning med tolk har dock påpekats av forskare från flera olika discipliner (Wallin & Ahlström 2006, Edwards 1998, Tempel & Edwards 2002, Kapborg & Berterö 2002 mfl). Det som finns skrivet kring ämnet är främst inom områdena omvårdnad, socialt arbete och psykologi, och handlar om tolkens roll i behandling eller i mötet med klienter.

Hur man väljer att hantera språkskillnader i forskning skiljer sig mellan olika ämnesområden; framförallt påverkas valet av forskningsmetod. Inom medicinsk forskning och vårdforskning har man traditionellt valt att exkludera deltagare med språkbrister. På senare år, då efterfrågan på forskning bland etniska minoriteter ökat, har forskare blivit tvungna att ta sig an problemet, vilket många gånger inneburit att tolk inkluderats i forskningen (Hennings et al 1996, Marshall & While 1994).

Inom flera samhällsvetenskapliga ämnen, i synnerhet antropologi, har situationen varit den omvända och forskning har bedrivits i miljöer där forskaren haft ett annat språk än folkgruppen som studerats. Det klassiska antropologiska fältarbetet innebär att forskaren under en längre tid bosätter sig hos, eller tillbringar all sin forskningstid tillsammans med, folkgruppen som studeras. Under denna tid förväntas forskaren lära sig folkgruppens språk för att undvika de metodologiska implikationer som användandet av tolk medför. Dock har många antropologer tagit tolkar eller nyckelinformanter till sin hjälp då det är oerhört tidskrävande och svårt att lära sig ett nytt språk till nivån av en så kallad "native speaker". Detta är emellertid något som diskuterats häpnadsväckande lite i litteraturen. Man skulle kunna tro att situationen hade förändrats i och med den självkritiska och reflexiva vändningen inom samhällsvetenskapen på 1980-talet, men tolken har fortsatt att utebli i debatten (Borchgrevink 2003).

Att ägna sig åt forskning kring upplevelser och tankar om psykisk ohälsa i ett område som Rosengård, där många invånare saknar kunskaper i svenska språket, skulle bli väldigt begränsande om man valde att avstå från att använda tolk. Många röster skulle gå förloerade och förmodligen skulle studien enbart komma att inkludera människor som bott i Sverige en längre tid. Om man däremot väljer att använda tolk får man andra problem att tampas med. Forskaren måste utifrån forskningsmetod, syfte och mål med forskningen göra en avvägning huruvida det är lämpligt eller ej att inkludera tolk och hur man på bästa sätt hanterar språkskillnader.

Att bedriva forskning i ett heterogent område som Rosengård där över 50 språk finns representerade, utesluter i princip möjligheten

att lära sig språk om man inte från början är flerspråkig. Med andra ord står valet mellan två alternativ: 1) Att forska med tolk och därmed bredda gruppen bland vilka man kan göra sitt urval. Samtidigt innebär detta att materialet kan uppfattas som något mindre trovärdigt. 2) Att utesluta alla personer som inte behärskar svenska språket och därmed få en betydligt snävare grupp potentiella intervjupersoner, men med större trovärdighet i materialet.

I just det här forskningsprojektet valde vi att erbjuda tolk vid tillfällena då intervjupersonerna saknade kunskaper i svenska språket. I följande kapitel kommer en diskussion att föras kring användandet av tolk i forskning. Fokus ligger på de metodologiska implikationer användandet av tolk medför och såväl praktiska som teoretiska valmöjligheter och opåverkbara hinder kommer att beröras.

Förberedelser

Det finns en mängd olika aspekter att fundera över när man forskar med tolk. Först och främst bör man ta ställning till forskningens epistemologiska utgångspunkt. Om intervjuerna och forskningen uppfattas som objektiva och forskaren och tolken fungerar som neutrala instrument, går användningen av tolk ut på att eliminera så många förutfattade meningar och felaktigheter som möjligt (Tempel & Young 2004). Med denna syn finns det en klar gräns mellan vad som anses vara rätt- eller feltolkat och man kan säga att forskningen bedrivs genom tolk. Om man istället har sin utgångspunkt i en mer konstruktivistisk approach väljer man att forska med tolk och på ett reflexivt sätt belysa tolkens roll i forskningen. Edwards (1998) talar om att göra tolken synlig och hon har i sin artikel använt termen absurditet för att beskriva läroböckernas försök att ge "recept" på hur man gör tolken osynlig, likt ett redskap, i forskningsprocessen. Även i kvalitativa forskningsstudier som annars varit öppna för metodologisk kritik och reflexivitet har det trots inblandning av tolk ofta saknats en metodologisk diskussion kring inflytandet av denna i arbetet (Temple & Edwards 2002).

Larkin et al (2007) poängterar vikten av att informera tolken om forskningens epistemologiska grundstenar i syfte att det underförstådda hos forskaren inkorporeras i tolkens översättning.

Att välja tolk

I fasen före intervjun handlar det först och främst om att välja tolk. Rekommendationerna skiljer sig kraftigt åt. Somliga menar att tolken bör vara en väletablerad kontakt i den folkgrupp där intervjupersonerna finns; en person som intervjupersonen har förtroende för, känner sig trygg med och vågar ta upp känsliga ämnen inför (Hennings et al 1996). Flera forskare, i synnerhet antropologer, har istället för att anlita professionell tolk ofta valt att använda sig av nyckelinformanter från gruppen i fråga. På så sätt etablerar forskaren kontakt med en person som inte bara behärskar språket utan som även har ett stort kontaktnät, har förtroende bland intervjupersonerna och som kan följa forskaren genom hela studien. På så sätt kan han eller hon även bidra med förklaringar av oklarheter samt tolka och analysera den metakommunikation som alltid äger rum mellan tolken och intervjupersonen.

Andra forskare menar tvärtom att en känd tolk kan hämma intervjupersonen och hindra denna från att tala öppet om känsliga ämnen. Om det är en viktig person i gruppen kan intervjupersonen vara mån om eller till och med beroende av att hålla en god relation till tolken, vilket kan ha en negativ effekt på intervjun (Edwards 1998). Inom vården har man ibland stött på problem med vissa grupper. Till exempel har en del irakier varit oroliga för att tala fritt i fall där tolken också haft irakiskt ursprung. Anledningen kan bland annat vara de rykten som florerar om att olika politiska grupper har spioner placerade i det svenska samhället, bland annat hos tolkfirmer. Av den anledningen har man på vissa platser konsekvent valt att antingen anlita arabisktalande tolkar med annat ursprung än patientens/klientens, eller att använda sig av telefontolk.

Ibland blir det således praktiska detaljer som får avgöra hur man väljer att hantera användandet av tolk. I Rosengårdsstudien hade intervjupersonerna varierande modersmål och det fanns till exempel inte någon möjlighet att anlita en och samma tolk eller nyckelinformant i samtliga intervjuer.

Matchning av tolk

Olika forskare rekommenderar att man ska matcha tolken med intervjupersonen. Matchningen bör ske utifrån kön, ålder, religion,

etnicitet eller andra karakteristika som på något sätt kan påverka dynamiken i intervjusituationen. Freed (1988) menar att det ideala är om tolk och intervjuperson har samma kultur. Alla fördomar som någon av dem hyser gentemot den andre vad gäller social och ekonomisk status, klass eller kön kan nämligen påverka intervjun negativt, och dessa risker minimeras om man matchar de två.

Matchningen kan kännas befogad i en del fall; det finns exempel på hur intervjupersonen vägrat att tala med anledning av att förtroende för tolken saknats. Detta är dock inte ett problem som enbart är knutet till en tolksituation utan som kan även uppstå mellan forskaren och intervjupersonen, trots att de har samma modersmål.

Om matchning är att rekommendera eller ej beror på situationen. Flera av intervjupersonerna i Rosengårdsstudien har påpekat att det är svårt att tala om psykisk ohälsa med folk från sina hemländer med risk för att bli betraktade som galna. Däremot beskrev flera att de kände trygghet i min och andra svenskars närvaro eftersom de hade en bild av att psykisk ohälsa var mer accepterat och naturligt att prata om i Sverige. Fatima kommer från Irak och uttrycker sig så här:

I mitt hemland, när man hör eller får veta att den här personen går på behandling i psykiatri, så vi säger att han är onormal och han är galen. Så länge man hörde att han gick på behandling hos psykolog man sa att han är galen, han är dum i huvudet, han är sånt där. Men här i Sverige det är helt som vanligt och ingenting att skämmas för.

Rosalind Edwards (Temple & Edwards 2002) ger exempel från sin forskning, då hon anlätade en kvinnlig tolk med ursprung i Bangladesh. Kvinnan matchade intervjupersonerna ur aspekten etnicitet och kön, men mellan dem fanns samtidigt en djup klyfta vad gällde profession och klass. Relationen och samhörighet mellan forskare och tolk var på samma sätt kluven; samtidigt som de var olika vad gällde kulturell bakgrund och etnicitet kunde de identifiera sig med varandra när det kom till kön, klass och professionell status.

Ytterligare en faktor som kan vara viktig att ta i beaktande, men som jag inte kommer att lägga fokus på i detta kapitel, är maktrelationer som finns/uppstår i mötet mellan intervjuare, intervjuperson och tolk. Till exempel finns det en viktig skillnad vad gäller forskarens position i kontexten mellan fältarbeten i främmande länder och studier bland minoritetsbefolkning i väst. I det förstnämnda betraktas forskaren för det mesta som en främling i ett område där intervjupersonernas modersmål är det dominerande språket. Om forskaren inte lär sig språket krävs det att han eller hon alltid har med sig en tolk. I den senare kontexten är forskarens modersmål det dominerande, vilket skapar ett annorlunda maktförhållande. Här används dessutom tolken bara i fall då intervjupersonen inte behärskar majoritetsspråket, vilket kan upplevas som stigmatiserande.

Under intervjun

En aspekt som ofta framhålls i texter om kvalitativ forskning är trovärdighet. För att forskningsmaterialet ska bli så trovärdigt som möjligt förväntas forskaren följa olika förutbestämda metodologiska rekommendationer och just när man arbetar med tolk anses dessa särskilt viktiga. Vanligtvis bygger dessa rekommendationer på bakomliggande antaganden om verklighetens natur och språket reduceras till ett simpelt instrument. Att ge sig in i en lingvistisk diskussion är både tidskrävande och komplicerat. Det är dock av nödvändighet att beröra ett par antaganden avseende språk, kultur och verklighetsuppfattning som kommer att ligga till grund för den fortsatta diskussionen i detta kapitel.

Som startpunkt i diskussionen kring olika språk och kulturer används ofta den så kallade Sapir-Whorf-hypotesen som utvecklades så tidigt som på 1920-talet. Tidigare hade lingvister hävdade att alla språk var relativt lika. Behärskade man grekisk eller latinsk grammatik kunde man beskriva vilket språk som helst i världen. Den välkända amerikanska antropologen Franz Boas kunde dock påvisa att så inte var fallet och att exempelvis inuitspråk var långt mer komplexa än både latin och grekiska. En del av språken har så många som 17 genus med vilka man kan bygga otaliga svårbegripliga och svåröversatta ordlekar. Whorf och Sapir kom fram till idén att folk som behärskar den sortens komplexa språk också kan se världen ur fler

perspektiv, jämfört med oss som talar enklare språk. Med andra ord innebär hypotesen att folk lever i olika ”verkligheter” beroende på vilket språk de talar. Språket fungerar som ett filter på allt som vi förnimmer, uppfattar och förstår. Om deras hypotes vore riktig skulle det med andra ord inte vara möjligt att översätta från ett språk till ett annat (Werner & Campbell 1973).

Under årens lopp har hypotesen kritiserats på flera punkter och än så länge har man inte kunnat styrka den empiriskt, även om lingvister fortfarande forskar på frågan (Barnard 2000). Hypotesen har genom tiderna urholkats, vilket enligt Keesing (1998) i större utsträckning berott på olika intellektuella strömningar och lingvistisk teori än att hypotesen blivit empiriskt motbevisad. Från att ha fokuserat på olikheter återgick man i och med strukturalismens intåg på 1960- och 70-talen till att hävda språkliga likheter och en universell språklig underliggande struktur (Barnard 2000).

Idag delar nog de flesta uppfattningar som ligger någonstans mitt emellan, dvs att språket till viss del är kopplat till världsuppfattningen men att det ändå går att finna likheter och förstå varandra trots olika språk. Det finns många illustrativa exempel såsom färgnyanser, som man kan uppfatta utan att det finns ett lämpligt språk eller passande ord för det. Å andra sidan finns det även exempel i enlighet med Michel Foucaults tes om att namngivning skapar verkligheten. Diagnosen är ett sådant och inte förrän ett tillstånd fått en diagnos blir det på något sätt verklighet och betraktat som sjukdom. (Johannisson 2006).

Frågor kvarstår emellertid kring processer som uppstår när man forskar bland människor med främmande språk. Om någon skildrar en helt främmande bild av tid, förnimmelser av känslor eller uppfattning om orsak och verkan, innebär det då att deras världsbild är fullständigt annorlunda? Om någon med ett främmande språk använder metaforer på ett helt annat sätt, hur ska man kunna förstå det? (Mer kring användningen av metaforer i olika kulturer se Johnson 1987 och Lakoff 1987.) Det som under senare år väckt intresse bland forskare i tvärkulturell forskning är den sociala användningen av språket (Keesing 1998). Beroende på hur man lägger betoningen

och i vilket sammanhang en mening uttalas kan samma ord få helt olika innebörd. På samma sätt kan man mena exakt samma sak men uttrycka sig på miljoner olika sätt.

Vid sidan av det sagda förekommer det dessutom stora mängder medveten och omedveten kommunikation. Denna brukar benämnas som metakommunikation och är oerhört viktigt att ta i beaktande i forskningsintervjuer i allmänhet och i intervjuer med tolk i synnerhet.

Hur tolken arbetar

Rekommendationer för hur tolken bör arbeta skiljer sig mellan olika forskare. Man skulle kunna säga att det finns ett brett spektrum av stilar där den ena ytterligheten innebär att tolken översätter ord för ord, varken mer eller mindre. Tolkens roll beskrivs med andra ord som väldigt passiv. Den andra extremen är när tolken i princip tar över, eller åtminstone dominerar intervjun, och tar sig friheter att summera, förklara och ibland även själv svara på frågorna (Wallin & Ahlström 2006).

Om man jämför de två kan man konstatera att båda har för- och nackdelar. Översättningen ord för ord kan resultera i ett obegripligt ordflöde där ingen hänsyn tas varken till den sociala eller kulturella kontext som omger intervjun eller till metakommunikationen som är närvarande i alla interaktioner. Dessutom kan direktöversatta ord få en helt annan betydelse i ett annat språk. Jag gjorde en intervju med tolk där intervjupersonens språk var pashto, ett språk i vilket man av artighetsskäl alltid talar i andra person plural till människor man inte känner väl. På svenska använde jag ”du” hela intervjun igenom, vilket jag fick förklarat för mig senare att tolken också gjort. Detta kan ha bidragit till att intervjupersonen blev förolämpad och inte alls kände sig bekväm med tolken. Å andra sidan minimeras tolkens egna ”tolkning” (i betydelsen uppfattning) av det som intervjupersonen säger om tolken översätter ord för ord. Problemet med en tolk som tar för stor plats är att det blir tolkens snarare än intervjupersonens åsikter som blir tydliga i intervjun. I en annan intervju jag gjorde i Rosengård tillsammans med tolk, även den med en afghansk man, gick tolken så långt att han själv besva-

rade en fråga utan att först föra den vidare till intervjupersonen. De flesta förespråkar en hållning någonstans mitt emellan, med lutning åt ena eller andra hållet. Hennings et al (1996) förordar till exempel översättning av mer än bara ord. I sitt arbete med en tolk från Bangladesh beskriver hon hur de alla tre förde ett samtal där tolken även kunde inkorporera kulturella aspekter och avgöra när situationen var lämplig att föra känsligare ämnen på tal. Både Freed (1988) och Phelan & Parkman (1995) har i högre grad en instrumentell syn på intervjun och ser därmed tolken enbart som en länk mellan intervjupersonen och forskaren och menar att tolken bör sträva efter att vara så neutral som möjligt. Tolken ska varken lägga till eller dra ifrån något i det som de andra två säger. Freed (1988) menar dock att tolken bör informera intervjuaren om en fråga kan verka oklar eller kulturellt olämplig.

I litteraturen förs det även diskussioner huruvida tolken bör översätta i första eller tredje person. I likhet med tidigare resonemang beror hållningen på vilken syn man har på tolkens roll. Edwards (1998) som förespråkar tolkens synliggörande i intervjusituationer argumenterar för att tolkens översättning till första person endast är ytterligare ett tecken på hur man försöker osynliggöra vederbörande i kunskapsproduktionen. Istället bör tolken tala i tredje person och ha en aktiv roll i samtalet. För övrigt är den allmänna inställningen i textböcker och artiklar att tolken bör översätta direkt, dvs i första person (Fuller & Toon 1988). Det är även så tolkar är utbildade och rekommenderade att arbeta enligt kammarkollegiets vägledningsskrift (Kammarkollegiet 2004).

Hur intervjudeltagarna är placerade

Om man gör en intervju med en person som talar samma språk är det ingen som ifrågasätter att man sitter mitt emot varandra i syfte att möjliggöra ögonkontakt. Om det däremot finns en tolk närvarande uppstår genast en diskussion kring hur man lämpligast bör sitta och rekommendationerna går isär. Traditionellt rekommenderas tolken att sitta snett bakom forskaren eller den som intervjuar. Tanken bakom detta arrangemang är att interaktionen mellan forskaren och intervjupersonen ska stå i centrum, och inte på något sätt störas av tolken. Idag förespråkar emellertid de flesta en placering där alla tre

har möjlighet att få ögonkontakt med varandra (Kapborg & Berterö 2002) företrädesvis en så kallad triangulär placering (Freed 1988, Phelan & Parker 1995). Edwards (1998) har valt att förhålla sig kritisk till hela diskussionen och menar att alla praktiska rekommendationer, inklusive den om triangulär placering, grundar sig i tanken om att få kontroll över tolken och försöka göra densamme osynlig.

Tidsaspekten

Då man gör en intervju med tolk uppstår det per automatik tillfällen då intervjupersonen måste göra pauser och låta tolken tala. Oavsett hur man gör blir det ett avbrott i flödet. Min erfarenhet från Rosengårdsstudien är att detta avbrott uppfattas väldigt olika av olika personer. En del föreföll oerhört störda av att bli avbrutna av tolken, och avbröt i sin tur tolken för att få fortsätta. Andra kom in i flödet, slutade naturligt tala efter en stund, utan indikation av tolken och verkade uppskatta att de fick tillfälle att fundera medan tolken överstade. Vid flera tillfällen fortsatte intervjupersonerna tala direkt då tolken var färdig, vilket resulterade i att jag som intervjuare ställde väldigt få frågor. Den första typen av intervju personer tappar lätt sugen och istället för att ha ett flöde och en vilja att berätta, vilket de oftast har i början, tröttnar de, blir tysta och visar en önskan om att avsluta samtalet så fort som möjligt. Frågan är om dessa situationer går att förhindra?

Metakommunikation

Betydelsen av begreppet metakommunikation är flera och har definierats på olika sätt. Nationalencyklopedins definition lyder så här: ”människans förmåga att göra sin språkliga och icke-språkliga kommunikation till föremål för reflexion och kommunikation”. För mig är detta en kort och inte helt uttömmande definition som kräver förtydligande. Ofta refererar forskare nämligen till allt som omger en muntlig kommunikation, den tysta kommunikation som förmedlas genom blickar, kroppsspråk, gemensamma erfarenheter eller helt enkelt det som ”sägs mellan raderna” (Bateson 2000). Ett begrepp som används synonymt med metakommunikation är icke-verbal kommunikation (Lincoln & Guba 1985, Dodd 1998). Branco (2005) har exemplifierat en form av metakommunikation i

ett samtal mellan ett gift par som befinner sig på en middagsbjudning hos makens chef. Hustrun säger till sin make: "Älskling jag är ledsen att behöva påminna dig om att vi måste åka och handla tidigt imorgon innan rörmokaren kommer!" Vad hon egentligen menar är "Snälla jag vet att det inte kommer någon rörmokare men låt oss åka för jag står inte längre ut i den här situationen!", vilket mannen också förstår. Lögner, antydningar, pikar, ironi och kritik är några exempel på betydelser som ofta tar metakommunikativa former. Branco (2005:419) har summerat centrala teorier om metakommunikation på följande sätt:

Närhelst social interaktion uppstår mellan människor flödar icke-verbal metakommunikation i en strid ström som enbart kan stoppas av interaktionen själv, vilket även det kan tolkas som ett underförstått meddelande. Ibland indikerar denna icke-verbala ström samstämmighet eller anknytning, ibland skiljaktigheter eller fiendlighet, tvetydighet eller förhandling. Beskaffenheten av de ramar som konstrueras i social interaktion är åtskilliga och komplexa. Inte sällan observeras ambivalens och tvetydighet och det dynamiska spelet fortsätter genom arbetet med leende, gäspningar, gester, flin och en oändlig lista icke-verbala paralingvistiska ledtrådar. (min översättning)

Ibland kan metakommunikationen vara väldigt tydlig och plötsligt komma upp till ytan och bli verbal, t ex om någon mitt i ett samtal säger "varför tar du mig inte på allvar?". Men det är naturligtvis inte alltid så enkelt och ibland kanske inte ens metakommunikationen överensstämmer med det verbala budskapet.

Gregory Bateson (2000) är en av de forskare som anses vara bland de första att uppmärksamma betydelsen av metakommunikation. Bateson tar bland annat upp situationer då förståelsen/tolkningen av metakommunikationen brister. Först och främst kan förmågan av någon anledning vara rubbad, vilket Bateson illustrerar genom en schizofren man han träffade på en psykiatrisk klinik. Mannen gick in i avdelningens kafeteria där tjejen bakom disken frågade "vad kan jag stå till tjänst med?" varpå mannen blev osäker på vad hon egentligen menade. Mannen kunde inte avläsa kontexten och den

övriga metakommunikationen som omslöt situationen. För honom blev budskapet långt ifrån självklart. Var hon ute efter att sätta dit honom? Var det en indikation till att hon ville ha sex med honom eller erbjöd hon honom en kopp kaffe? För det andra bidrar kulturella skillnader till brister i förståelsen av metakommunikation. Alla människor har då och då svårt att tolka metakommunikation, och ännu större blir utmaningen om interaktionen sker mellan människor från olika kulturer, eftersom metakommunikation i allra högsta grad är kulturbunden. Dock har de flesta emellertid förmågan att ganska lätt lära sig förstå ny form av metakommunikation som flödar (Pratt Ewing 2006), och Bateson (2000), som själv arbetade en hel del med däggdjur, menade att människan även lärt sig tolka mycket av djurens metakommunikation. Om man till exempel ser två kattdjur bråka är det relativt lätt att avgöra om det är på skoj eller på allvar, trots att mycket av beteendet i lek och bråk är lika.

Hur hänger då metakommunikationen ihop med den tolkade intervjun? Att komma åt och förstå metakommunikationen hos en intervjuperson med ett annat språk kan vara svårt i sig på grund av kulturskillnaderna. Att den i en intervjusituation med tolk dessutom förmedlas separerat från det muntligen sagda, alternativt av en annan person, komplicerar det hela ytterligare. Om man tänker sig en situation där man som forskare sitter mittemot en informant som talar ett obegripligt språk är det naturligt svårt att tolka metakommunikationen. Bara ett leende kan betyda så mycket beroende på situationen. Informanten kan till exempel le av glädje, av lycka, av uppgivenhet eller av nervositet. Även om tolken enligt kammarkollegiets (2004) instruktioner ska visa samma känslor som intervjupersonen, är det så mycket av metakommunikationen som inte går att återge för en tolk. Dessutom kan mycket av metakommunikationen vara omedveten, och om tolken och intervjupersonen har samma bakgrund kan det finnas många självklarheter för de två som aldrig kommer till ytan och som forskaren faktiskt inte förstår och därmed går miste om.

Andra aspekter

Det finns en rad andra aspekter som påverkar och ibland till och med är helt avgörande för intervjusituationen med tolk. Som jag tidigare berört talar flera forskare om att välja tolk med omsorg,

det finns rekommendationer om matchning, om att man bör ha flera informella möten med intervjupersonerna innan tidpunkten för intervjun samt att man i efterhand bör göra så kallade back-translations, vilket innebär att man låter oberoende personer översätta tillbaka intervjun till originalspråket för att undersöka om det blivit korrekt översatt (Berkanovic 1980). Dessa metoder kan förmodligen vara lämpliga att tillämpa i olika situationer, men det finns flera faktorer som kan begränsa valen. Kostnader är ett exempel på en sådan faktor. Frågor kring ekonomi har sällan kommit upp i diskussioner om användning av tolk i forskning.

Många förespråkar att forskaren ska ha en långvarig kontakt med intervjupersoner för att öka förtroendet och för att få en bredare bild av kontexten i vilken intervjupersonen befinner sig (Lincoln & Guba 1985). Vad man ofta glömmer bort är att detta kräver en långvarig kontakt även med tolken eller nyckelinformanten, under förutsättning att man inte talar samma språk och att detta medför en hög kostnad. Likaså innebär det extra kostnader att involvera tolken i efterarbetet med analyser och dylikt, vilket också rekommenderas i en del texter (Temple & Young 2004, Larkin et al 2007).

Från tolkens/översättarens perspektiv

Som vi sett finns det en mängd rekommendationer när det gäller att forska med tolk. Men vad tycker egentligen tolken? Är det över huvud taget intressant att veta vad han eller hon tänker? Kan man begära att tolken till exempel i förväg fördjupar sig i en forskningsfråga, att han eller hon är ansvarig att se till att forskaren inte ställer ”kulturellt” känsliga frågor eller att tolken bortser från de regler som denne fått lära sig under sin utbildning? I den litteratur och de artiklar som tar upp frågan rörande forskning med tolk är det ytterst få som berör frågan ur tolkens/översättarens perspektiv. Det talas om tolken som om vore det ett instrument som forskaren till fullo kan råda över och bestämma hur det ska användas (Hsieh 2006, Edwards 1998). Situationen beskrivs även i termer av att tolkar gör vad de vill, att man aldrig har kontroll över en tolk och att han eller hon de facto kan stjälpa hela forskningsprojektet eftersom man aldrig vet vad de säger (Hsieh 2006, Kapborg och Berterö 2002). Att arbeta för att översättningen ska bli ”korrekt” är ett komplicerat, varför inte säga ett omöjligt uppdrag, och bla Temple & Edwards

(2002) menar att det finns mycket att hämta i översättningslitteraturen. Språk är oerhört komplexa och det finns helt enkelt inte en korrekt översättning. Snarare än att översättaren kan göra en exakt översättning ord för ord på olika språk möts han eller hon av en bländande samling möjliga ordkonstruktioner som alla förmedlar olika betydelser. Givetvis är översättning och tolkning inte samma sak, inte minst för att den senare innebär en interaktion ansikte mot ansikte, men ändå finns det många paralleller att dra.

Kammarkollegiet är den verksamhet i Sverige som auktoriserar tolkar och översättare. De ger även ut en skrift med titeln "God tolksed" (2004) innehållande kammarkollegiets tolkföreskrifter samt vägledning som tolkar, auktoriserade såväl som icke-auktorerade, bör sträva efter att följa. Utbildningar för tolkar finns både på högskolor, folkhögskolor och studieförbundsavdelningar och det statliga ansvaret för dessa utbildningar vilar på Tolk och Översättningsinstitutet (TÖI) vid Stockholms universitet (Grabos & Hagström 2006). Jag har haft informella intervjuer med ett par tolkar angående deras yrkesroll. Båda framhöll vikten av att följa god tolketik och ur tolkens perspektiv är det naturligtvis viktigt att agera korrekt och professionellt samt följa de riktlinjer som finns. Det finns en stor andel icke-auktorerade tolkar (Grabos & Hagström 2006) och en del av dessa saknar till och med utbildning. Då inkompetenta tolkar rör sig på marknaden uppstår det naturligtvis viss misstänksamhet och skepsis bland dem som anlitar tolkar. Detta kan i sin tur leda till att kompetenta tolkar blir ännu mer rigida i sitt förhållningssätt gentemot riktlinjerna. Till exempel anses det oacceptabelt för tolken att tala i tredje person singular i intervjuer där intervjuerson och intervjuare talar i andra person. Det strider även mot god tolksed att signalera om det uppstår situationer då intervjuerson och intervjuare pratar förbi varandra, det är nämligen inte tolkens uppgift att lägga till något eller lägga sig i samtalet. Med andra ord kan det vara svårt för en forskare att bestämma hur en tolk ska utföra sitt uppdrag.

Avslutning

Finns det några rätt och fel? Går det att ge några generella rekommendationer för hur man lämpligast bör forska med tolk? Svaret

blir både ja och nej. De generella rekommendationer man kan ge är helt enkelt att tänka igenom intervjusituationen, fundera över vilka faktorer som går att påverka i förväg, kritiskt granska resultatet i efterhand samt att vara explicit i sin metodbeskrivning. Detta kapitel illustrerar tydligt att det därutöver inte finns några rätt och fel vad gäller forskningsintervju med tolk. Det som är lämpligt i en situation är olämpligt i en annan. Det som känns rätt för någon känns fel för någon annan. Alla tillvägagångssätt har för- och nackdelar och det gäller bara att välja dem som passar bäst för omständigheterna. Dessutom har det framgått att allting inte är påverkbart av forskaren och att man ibland måste anpassa sig till situationen.

Naturligtvis är det så att inblandning av tolk påverkar forskningen på olika sätt och det kan vara i både positiv och negativ bemärkelse. Ibland kan det vara svårt att veta hur det påverkar och ibland är det väldigt tydligt. Gerald D. Berreman (1962) har beskrivit hur tolkarnas status påverkade hans forskning under ett fältarbete han gjorde i Indien och denna berättelse får avsluta detta kapitel som förmodligen väckt fler frågor än vad det givit svar.

Berremans första tolk var en väl ansedd Brahman, som underlättade för Berreman att komma in i byn. Samtidigt bidrog hans status till att information mer eller mindre censurerades. Folk av högre kaster dolde nämligen uppfattningar och lokala aktiviteter som ansågs olämpliga enligt hinduismen, detta i syfte att visa Brahmanen sin höga status. Människor från lägre kaster var däremot mindre intresserade av att tala med tolken. Efter några månader blev Brahmanen sjuk och han var då tvungen att ersättas av en ny tolk. Den som tog hans plats var en muslimsk lärare, och helt plötsligt förändrades fältarbetet drastiskt. Nu var inte längre människorna från höga kaster intresserade av att tala med honom och inte heller hade de behov av att göra gott intryck. Däremot blev folk från lägre kaster betydligt mer öppna och välvilliga. Resultatet blev att Berreman fick tillgång till helt ny information, samt att vi fick ett illustrativt exempel på tolkens inverkan på forskningen. Det viktigaste slutligen att lägga på minnet är att tolken alltid, på ett eller annat sätt, bidrar till kunskapsproduktionen.

REFERENSER

- Barnard, A. (2000): *History and Theory in Anthropology*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bateson, G (2000): *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago press
- Berkanovic, E (1980): The Effect of Inadequate Language Translation On Hispanics' Responses to Health Surveys. *Am J Public Health* 70: 1273-1281
- Berremán, G. D. (1962): Behind many masks. *Ethnography and Impression Management in a Himalayan Village*. The society for applied anthropology No 4. Lexington: University of Kentucky
- Borchgrevink, A. (2003): Silencing language of anthropologists and interpreters. *Ethnography* 4(1):95-121
- Branco, A. U. (2005): Peer Interactions, Language Development and Metacommunication. *Culture Psychology* 11:415-429
- Dodd, C. H. (1998): *Dynamics of intercultural Communication*. Boston, Massachusetts: McGraw Hill
- Edwards, R. (1998): A critical examination of the use of interpreters in the qualitative research process. *Journal of Ethnic and Migration Studies* Vol. 24 No.1:197-208
- Freed, A. O. (1988): Interview through an interpreter. *Social Work* July/August, 315-315
- Fuller, J. H. S. & Toon, P. D. (1988): *Medical Practice in a multicultural Society*. Guilford: Biddles Ltd
- Grabos, M. & Hagström, M. (2006): Psykoterapi med tolk. Möjligheter – svårigheter. Svenska institutet för kognitiv psykoterapi. Uppsats hämtades 2007.10.14 från http://www1.sll.se/docs/w_tkc/ovrigt/Psykoterapi_med_tolk.pdf
- Hennings, J., Williams, J. & Haque, B. N. (1996): exploring the health needs of Bangladeshi women: a case study in using qualitative research methods. *Health Educational Journal* 55:11-23
- Hsieh, E. (2006): Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social science and medicine* 62: 721-730
- Johannisson, K. (2006): Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. i G. Hallerstedts (red) *Diagnosens Makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos
- Johnson, M. (1987): *The body in the mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination and Reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kammarkollegiet (2004): *God tolksed – vägledning för auktoriserade tolkar* 2004. skriften hämtades 2007.09.24 från: <http://www.kammarkollegiet.se/tolktrans/godtolk04.pdf>

- Kapborg, I. & Berterö C. (2002): Using an interpreter in qualitative interviews: does it threaten validity? *Nursing Inquiry* 9(1):52–56
- Keesing, R. M. & Strathern A. J. (1998): *Culture anthropology. A contemporary perspective*. Fort Worth: Harcourt Brace & Company
- Larkin, P. J., Dierckx de Casterlé, B. & Schotsmans, P. (2007): Multilingual Translations Issues in Qualitative Research: Reflections on a Metaphorical Process. *Qualitative Health Research* 17(4):468–476
- Lakoff, G. (1987): *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal About the Mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lincoln, Y. & Guba E. G. (1985): *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage publications cop
- Marshall, S. L. & While, A. (1994): Interview respondents who have English as a second language: challenges encountered and suggestions for other researchers. *Journal of Advanced Nursing* 19:566–571
- Nationalencyklopedin. Informationen hämtades 2007-10-03 från: http://www.ne.se.support.mah.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=254984
- Pernice, R. Methodological Issues in Research With Refugees and Immigrants. *Professional Psychology: Research and Practice* 25(3):207–213
- Phelan, M. & Parkman, S. (1995): How to do it: Work with an interpreter. *British Medical Journal*. 311:555–557.
- Pratt Ewing, K (2006): Revealing and Concealing: Interpersonal Dynamica and the Negotiation of Identity an the Interview. *Ethos* 34 (1):89–122
- Tempel, B. & Edwards, R. (2002): Interpreters/translators and cross-language research: Reflexivity and border crossings. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2)
- Temple, B. & Young, A (2004): Qualitative research and translation dilemmas. *Qualitative Research* 4(2): 161–178
- Wallin, A-M. & Ahlström, G. (2006): Cross-cultural interview studies using interpreters: systematic literature review. *Journal of advanced nursing* 55(6) 723–735
- Werner, O. & Campbell, D. T. (1973): Translating, Working Through Interpreters, and the Problem of Decentering, i R. Naroll and R. Cohen (red) *A handbook of method in cultural Anthropology*, s. 398–420. New York: Columbia University Press

KAPITEL 12

SAMMANFATTANDE ANALYS OCH AVSLUTANDE REFLEKTIONER **Margareta Östman**

Ett av syftena med studien har varit ”att utveckla det psykiatriska vårdutbudet med anpassning till de särskilda behoven hos befolkningen i Rosengård så att dessa ges möjlighet att erhålla vård på samma villkor som befolkningen i övriga Malmö”. Det innebär att skapa samma förutsättningar för stöd och behandling för dem som bor i Rosengård som för dem som bor i övriga Malmö. För att uppnå detta är det troligt att vården måste utformas på ett annat sätt än när den riktar sig till en mer traditionell inhemsk befolkning. Inget hindrar att detta uppnås med ett utbud även inom andra samhällssektorer än den vanliga psykiatriska organisationen. I olika sammanhang bla i rapporten med förslag från den statliga psykiatrisamordningen (Miltongruppen) och i rapporter från socialstyrelsen framkommer generella brister i utformningen av samhällets stödinsatser till personer med psykisk sjukdom. En anpassning av utbudet i Rosengård utifrån kunskap om de speciella behov som kännetecknar dess befolkning bör därför resultera i en vård som kvalitetsmässigt motsvarar även de högre krav som påtalats från nationell nivå.

För att kunna utveckla vården måste kunskap erhållas om de särskilda behov som kännetecknar befolkningen i Rosengård och de faktorer som leder till det låga psykiatriska vårdutnyttjandet och som gör att

man inte får del av den psykiatriska vården i den utsträckning som behovsberäkningar pekar på. Detta är ett av de övriga huvudsyftena med studien. Ett annat syfte med studien har varit att analysera generaliserbarheten till andra geografiska områden med multietnisk befolkning.

Ett ytterligare syfte med studien har varit att fortlöpande följa effekter av de åtgärder som genomförts för att möta behov relaterade till psykisk ohälsa. De olika ovanstående syftena med studien kommenteras i det följande.

I rapportens olika tidigare kapitel redovisas självständiga delstudier och analyser. Innehållet i dessa redovisningar ligger till grund för följande diskussion.

Vårdbehovsanalyser vid psykisk ohälsa

Under hela projekttiden har särskilts uppmärksammats huruvida den grundläggande utgångspunkten för hela studien är relevant. Mäter Jarmans index behov vid psykisk ohälsa på ett korrekt sätt? Är bedömningen att behov av psykiatriska insatser är stort i Rosengårds befolkning riktig? Det är ju detta fynd som utgör grunden för konstaterandet att det psykiatriska vårdutnyttjandet endast ligger på ungefär halva den nivå som gäller för övriga Malmö.

De enskilda faktorer som ingår i Jarmans index är bl.a. utbildad arbetskraft, arbetslöshet, flyttningar, födda utomlands, trångboddhet och barn under 5 år. Jarmans index utgår således från att sociala förhållanden kan utgöra indikatorer på psykisk ohälsa. Samtliga dessa indikatorer kännetecknar förhållandena för de människor som bor i Rosengård.

I Kapitel 4 presenteras en ny modell för behovs- och resursfördelning av psykiatrisk sjukvård i befolkningen – socioekonomisk risk score (SRS). Denna metod bygger på uppgifter från enkätundersökningen "Folkhälsa i Skåne 2004" samt andra tillgängliga databaser angående befolkningen i Malmö och i Skåne. Det innebär att här utgör en av utgångspunkterna också de enskilda boendes egen uppfattning om sin psykiska hälsa. Resultaten med denna

metod bekräftar i huvudsak fynden med användande av Jarmans index men ger en betydligt mer nyanserad bild av behoven. Bl a ger denna metod information om behov hos olika befolkningsgrupper utifrån ursprungsland. Vidare fås en analys på primärvårdsnivå. I de analyser som tagits fram inom projektet med användandet av SRS bekräftas fyndet att befolkningen i Rosengård underutnyttjar den psykiatriska sjukvården.

I ett av kapitlen redovisas också för sociala insatser vid psykisk ohälsa hos befolkningen i Rosengård och en jämförande stadsdel Kirseberg, som befolkningsmässigt liknar Malmö som helhet. Den totala omfattningen av sociala insatser relaterade till psykisk ohälsa är i samma storleksordning i de båda stadsdelarna, trots att behovsbedömningen talar för att de borde vara väsentligt större i Rosengård. Detta talar för att det inte föreligger någon överströmning av insatser från psykiatrin till socialtjänsten när det gäller psykisk ohälsa. Däremot är profilen på insatserna olika mellan de båda stadsdelarna. Bl a är insatser relaterade till missbruk betydligt mindre omfattande i Rosengård. Vidare noteras att insatser till personer med psykiska funktionshinder är vanligare i Kirseberg medan sociala stödinsatser vid andra former av psykisk ohälsa är vanligare i Rosengård.

I en jämförelse av vårdutnyttjandet inom psykiatrin under 2006 noteras att antalet slutenvårdstillfällen och vård dagar per 1 000 inv 19–64 år är lägre i Rosengård än i Kirseberg. Det totala antalet läkarbesök, i samma åldersintervall, inklusive hos privata vårdgivare är en fjärdedel lägre i Rosengård. Samma skillnad finns i beräkningen av antalet individer i kontakt med psykiatrin. Med utgångspunkt i behovsbedömningarna borde vårdutnyttjandet i Rosengård i stället vara väsentligt högre än i Kirseberg. I jämförelsen av sociala insatser mellan stadsdelarna framgår dessutom att Kirseberg har tillgång till psykiatriska konsultinsatser i mycket högre grad än Rosengård.

Primärvården kan verka som ett kommunicerande kärl vad avser tillgodoseendet av psykiatriska vårdbehov. Vår studie visar dock inget stöd för att primärvården i Rosengård kompenserar för det låga vårdutnyttjandet inom psykiatri. Även vård inom primärvården är enligt analysen med användande av SRS låg i relation

till de bedömda behoven i Rosengård. Den andel av primärvårdens insatser som riktar sig till personer med psykisk ohälsa går i och för sig inte att utläsa ur materialet, men att den skulle vara så stor att den skulle kunna innebära en överströmning från psykiatri är mycket osannolikt.

Med utnyttjande av SRS har behovsindex fastställts bland individer med olika födelseland och boende i Malmö under 2006. Av Tabell 4 i kapitel 4 framgår att länder från Mellanöstern och Afrika har behov som ligger mer än 50 % över medelnivån för samtliga i Malmö. Även de som har födelseland i tidigare Jugoslavien och övriga Östeuropa ligger 30–50 % över medelnivån. Inflyttade från våra nordiska grannländer ligger däremot under medelnivån för Malmö. Då den helt dominerande andelen med utländsk bakgrund i Rosengård kommer från Mellanöstern och Östeuropa bekräftar detta de ökade vårdbehoven i denna stadsdel.

Sammanfattningsvis kan således konstateras att studien bekräftar att vårdbehoven vid psykisk ohälsa ligger på en mycket hög nivå hos befolkningen i Rosengård. Samtidigt bekräftas också att utnyttjandet av vård och behandling i samband med psykisk ohälsa hos den vuxna befolkningen ligger väsentligt lägre än vad som motiveras utifrån bedömning av befolkningens behov. Vidare kan konstateras att det inte skett någon överströmning till vare sig primärvård eller socialtjänst som kompensation för det låga vårdutnyttjandet inom psykiatri.

Den ökande förekomsten av psykisk ohälsa i Rosengård kan också tillskrivas själva stadsdelens betydelse för ohälsa och sociala problem. Detta belyses närmare i Kapitel 8, som diskuterar stadsdelens betydelse. Olika typer av sociala och ohälsoproblem tenderar att vara koncentrerade till vissa av stadens delområden, vilket bekräftas i mängder av studier. I en analys av detta förhållande framgår att även efter hänsynstagande till den sociala utsatthet som kan relateras till befolkningssammansättningen kvarstår en särskild områdeseffekt. Bl a har visats att den dagliga påfrestningen av att leva i ett område där den sociala ordningen är låg är starkt kopplad till psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa och copingstrategier

Flera av de olika kapitlen har på ett stimulerande och spännande sätt ur olika aspekter resonerat och analyserat innehåll och användande av begreppet psykisk ohälsa. En viktig skiljelinje utgör utgångspunkten om det förorsakas av faktorer inom personen eller är en följd av yttre ekonomiska eller andra sociala händelser, även om det kan tyckas vara självklart att det är ett samspel. I västvärlden tenderar frågan att i ett behandlingsarbete hanteras som en ren individfråga och ambitionerna att i preventivt syfte hitta åtgärder på samhällsnivå har svårt att effektueras. En ytterligare viktig aspekt är att det finns tydliga skillnader utifrån olika religiösa traditioner hos skilda befolkningsgrupper att möta de mänskliga reaktioner som nu ofta definieras ingå i begreppet psykisk ohälsa. I olika kulturer skiljer det sig också mellan en tradition med rent individuella lösningar och en tradition där individen är tätt sammankopplad med ett kollektiv och kollektiva lösningar.

Ur analyserna av de tillfrågade personernas erfarenheter framkommer att begreppet psykisk ohälsa får ett mycket varierande innehåll beroende på den intervjuade personens ursprung och livssituation. Det står dock klart att innebörden av begreppet förekommer i olika personberättelser utifrån ett kontinuum innebärande allt från psykiska reaktioner på social situation och belastning till klart definierade psykiska sjukdomstillstånd, vars ytterlighet ibland betecknas som "galenskap". En faktor som framträder med tydlighet när man närmar sig kontinuumets ytterlighet mot "galenskap" är känslan av skam. Denna utgör med stor tydlighet ett hinder från kommunikation med den yttre världen, säkerligen inkluderande bl a den psykiatriska vården. Skammen skapar också andra lösningar på problemet och ibland kan dessa lösningar säkerligen vara funktionella då de hanteras framgångsrikt i det nära nätverket, inklusive familjen. Samma fenomen kan genom inlösningar inom det nära nätverket i andra fall utgöra destruktiva lösningar.

Vidare ser vi i våra kvalitativa data att beskrivningarna grundar sig i olika egna livsberättelser utifrån personliga, kulturella, samhälleliga och sociala erfarenheter. I intervjuerna märks en tydlig tendens att

samtal om psykisk ohälsa ofta glider över i frågor om trångboddhet, kriminalitet, kulturkrockar och andra sociala aspekter. Tyngden av dessa sociala problem kan ibland vara av en sådan omfattning att de för individen överskuggar upplevelserna av t ex depression och ångest, vilket medför att söka hjälp för själva den psykiska ohälsan inte kommer i första hand. Om man själv eller det kollektiv man tillhör ser den psykiska ohälsan som något naturligt kommer man heller inte att söka hjälp. Om å andra sidan den psykiska ohälsan är av den svårighetsgraden att den kan tolkas som uttryck för en "galenskap" så bidrar upplevelsen av skam att man heller inte söker hjälp.

På vilket sätt tillgodoses behoven i Rosengård?

I det följande kommenteras det vårdutbud som finns tillgängligt för de boende inom stadsdelen. Av beskrivningen av vårdutbudet i Kapitel 3 framgår att den offentligt bedrivna öppenvård psykiatri för vuxna saknar verksamhet förlagd till stadsdelen. Detsamma gäller även privat verkamma psykiatrimottagningar. Även en särskild vårdcentral, Flyktinghälsan, med särskild inriktning på nyanlända personer med utländsk bakgrund är förlagd till en annan stadsdel. Primärvårdens resurser i övrigt finns däremot inom stadsdelen med två mottagningar, varav den ena har tillförts särskilda psykosociala resurser för att möta stadsdelens behov. Barn- och ungdomspsykiatri har likaledes en mottagning inom stadsdelen.

Som ett samarbetsprojekt mellan Malmö stad och Region Skåne finns en särskild verksamhet kallad IntroRehab innebärande att introduktion av nyanlända invandrare/flyktingar samordnas med den behandling av PTSD-problematik, som bedrivs av allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och Röda Korset. Det senare sker på uppdrag av Region Skåne och Malmö stad. Denna verksamhet har tydliga synergieffekter. Behovet av särskilda insatser för denna grupp torde dock fortfarande väsentligt överstiga utbudet.

Under 2006 startade en av regionen upphandlad privat psykiatrimottagning förlagd till en grannstadsdel och med inriktning mot Rosengård för att inom denna del av Malmö öka tillgängligheten. Redan under 2006 gjordes vid denna mottagning 590 läkarbesök

(22 % av samtliga besök) av personer boende i Rosengård. Gemensamt för samtliga offentliga stödsystem är att huvuddelen av insatserna sker med tolk i den mån den invandrade inte behärskar svenska språket. Hur detta påverkar benägenheten att söka hjälp är osäkert. Däremot är det för vårdgivaren resurskrävande med ökad tidsåtgång och det är inte orimligt att tänka sig att det leder till en lågprioritering av de sökande. Tolkanvändning, om än med särskild inriktning vid forskning, diskuteras närmare i ett av kapitlen där möjligheter och fallgropar tas upp.

Sammanfattningsvis blir slutsatsen att invånarna i Rosengård utnyttjar de samlade samhälleliga stödsystemen mindre än vad som kan förväntas utifrån deras behov vad gäller psykisk ohälsa. Kvar står då möjligheten att dessa behov tillgodoses utanför de offentliga systemen i de många informella stödmöjligheter som finns inom stadsdelen.

I detta sammanhang kan särskilt lyftas fram att av intervjuerna framgår att många boende i stadsdelen aktivt söker sitt nätverk där och har funnit sig tillrätta. Det finns exempel på personer som valt att flytta tillbaka för att uppleva den hemkänsla de har i stadsdelen. Ur intervjuerna framgår att det i stadsdelen finns en rad informella nätverk som bistår med stöd av olika slag och även vid psykisk ohälsa. Å andra sidan finns också berättelser där man undviker att ta upp problem med den psykiska ohälsan i befintliga nätverk. Det finns exempel på att inte ens de närmast anhöriga blir informerade om sådana problem.

Familjen som sådan svarar i en del fall för en högre beslutsnivå än individens egen. Många individer finner trygghet och tillhörighet i detta. Familjens betydelse i detta sammanhang innebär att frågor rörande psykisk ohälsa hanteras och stannar inom familjen och/eller den närmaste släkten.

Personer med muslimsk bakgrund framhåller värdet av möjligheten till dialog med imamer, vare sig det handlar om relationsproblematik, sociala frågor eller personliga förhållanden kring bl a psykisk ohälsa. En fördel i dessa kontakter är att kontakten sker med ett

gemensamt modersmål. Det är därför sannolikt att olika former av psykisk ohälsa av den berörda personen hellre hanteras i dessa kontakter än i de offentliga stödsystemen.

Brukarorganisationer har under senare decennier fått en allt större roll inom svensk hälso- och sjukvård. Inte minst gäller detta organisationer med koppling till olika former av psykisk ohälsa. Dessa organisationer har stor betydelse i ambitionerna att stärka patientens ställning i sjukvården och deras möjlighet till inflytande. Ett anmärkningsvärt konstaterande är att patientorganisationer verk samma vid psykisk ohälsa i det närmaste helt saknas inom Rosengård. Det hade ur forskargruppens perspektiv varit önskvärt med dialog kring resultat och analyser med organisationer som kan företräda personer med psykisk ohälsa i Rosengård, men detta har tyvärr inte visat sig vara möjligt.

Erfarenheter från projektet som kan bidra till anpassning av vård- och stödsystemet utifrån befolkningens behov

Det är många samhällsfunktioner som svarar för stöd till personer med psykisk ohälsa. Inom Region Skåne har den psykiatriska vården ett särskilt ansvar med sina specialiserade resurser. Primärvården möter en stor del av befolkningen och har också ett stort ansvar för att känna igen bakomliggande problem då många personer uttrycker psykisk ohälsa som kroppsliga symtom. Socialtjänsten möter en stor andel av befolkningen bl a samband med biståndsärenden rörande ekonomisk försörjning. Utformningen av flyktingmottagandet med hälsokontroller gör det möjligt att igenkänna bl a stressrelaterade tillstånd som PTSD så att de kommer till adekvat behandling tidigt, vilket ger betydligt bättre förutsättningar för ett gynnsamt behandlingsresultat.

Ett bekymmer är att stadsdelen alltför ofta beskrivs i negativa termer som ett mer eller mindre misslyckat samhällsbygge. Detta drabbar naturligtvis de boende negativt och personer med psykisk ohälsa riskerar på detta sätt att utsättas för dubbel stigmatisering. Vår rapport visar att det också finns mycket som är positivt i stadsdelen och att stadsdelen med dess boende bär på stor potential, som behöver ges möjligheter att utvecklas. Detta är en viktig aspekt för

att minska faktorer som utlöser eller förstärker psykisk ohälsa. Utöver det offentliga vårdutbudet spelar olika former av informella stödsystem en stor roll. Ur de kvalitativa intervjuerna framkommer tydligt den roll som religionen spelar för många människor som kommer från andra kulturer än den västerländska. Det verkar också som särskilt islamiska trossamfund står nära de människor som tillhör denna religion och som på ett naturligt sätt kan knyta an till bla imamerna och nätverk som utgår från trossamfunden. Personer med olika former av psykisk ohälsa kan här på ett lättillgängligt sätt få möjlighet till att samtala och få stöd och hjälp.

I många av invandrargrupperna förekommer olika former av informella nätverk som förhindrar isolering och där gruppen utgör en form av stöd i samband med kriser och psykisk belastning.

I Rosengård finns ett antal exempel på frivilliga insatser av stor betydelse. Ett exempel svarar Malmö kommunala fastighetsbolag (MKB) för, som har lyckats engagera de boende i olika frågor som gäller både inne- och utemiljö med bla trappvärdar som utses bland de boende. De ställer också lokaler till förfogande för olika aktiviteter och stimulerar därigenom de boende till egna initiativ. På liknande sätt driver en del studieförbund projekt för att aktivera och stärka de boende. Ett exempel är ett projekt som aktivt arbetar för att stimulera kvinnor i området till entreprenörskap.

Vad som saknas i stadsdelen är brukarorganisationer för olika grupper med psykisk ohälsa. Sådana organisationer borde rimligen ha särskilt stor betydelse för att kunna utöva ett aktivt inflytande utifrån språkkunskap och kulturell tillhörighet till de invandrade grupperna. De skulle potentiellt också kunna bidra till att de offentliga stödsystemen bättre anpassas till befolkningens speciella bakgrund och behov.

För att uppnå detta behöver hela stadsdelens situation och möjligheter tas tillvara. Exempel på delvis framgångsrika aktiviteter har beskrivits ovan. Det har tveklöst en förebyggande effekt att stimulera aktiviteter och nätverk som bygger på de boendes egna initiativ. Vidare får inte negligeras värdet av att de boende får förutsättningar att själv hitta former för sin försörjning. Alla former av empower-

ment för olika grupper av befolkningen behöver stimuleras.

Ovan redovisade synpunkter är i huvudsak av social karaktär och har en förebyggande effekt vad gäller att minska på frekvensen psykisk ohälsa. Det är viktigt att framhålla att de höga vårdbehoven i Rosengård inte kan lösas enbart med satsning på vård och behandling utan att sociala satsningar måste ske parallellt. På lång sikt är det ett självklart mål att de faktorer som leder till ökade vårdbehov kan undanröjas och livsvillkoren blir fullt jämförbara med välmående socialt stabila områden. Under överskådlig tid måste dock de människor som bor i området ges samma förutsättningar för vård och stöd utifrån sina specifika behov och detta på lika villkor som övriga Malmös befolkning. De offentliga stödsystemen, i första hand hälso- och sjukvården och socialtjänsten, behöver därför vara anpassade till de speciella behoven hos de invandrade grupperna.

En förutsättning för att de boende i stadsdelen skall vända sig till och få del av hälso- och sjukvården är att den kan utveckla ett förtroendekapital hos de enskilda människorna. Dessa måste uppleva ett bemötande som är anpassat till deras bakgrund. Vårdpersonalen behöver förmedla förståelse för patienternas värderingar och deras situation. För detta krävs språkkunskap och det är inte bara ett krav på att invandrade personer snabbt lär sig svenska utan är i högsta grad också rimligt att det finns språkkunskap hos vårdgivarna, åtminstone i de vanligaste språken som arabiska och serbokroatiska. Det måste också finnas ett vårdutbud på plats i stadsdelen där det klart framgår att vården riktar sig till stadsdelens befolkning. Verksamhet i den lokala miljön är också nödvändig både för att utveckla förståelse för de boendes situation och för att vara tillgänglig för samverkan mellan allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, primärvård och socialtjänst samt för att etablera informella nätverk.

I debatten lyfts ofta fram den stora betydelse som arbete med egen försörjning har och att det är nödvändigt för integreringen till svenska förhållanden. Det har också en stor betydelse för självkänslan att kunna försörja sig själv. Förekomst av psykisk ohälsa och posttraumatiska stresstillstånd skall inte underskattas som en orsak till arbetsoförmåga. Därför är det också viktigt att behandling kommer till stånd och att den kopplas till arbetsrehabilitering för att

undvika onödig passivisering.

Dessa allmänna krav på vårdsystemen gäller såväl psykiatri, primärvård som socialtjänst. För primärvårdens del bedöms det angeläget med en fortsatt satsning på utökade psykosociala resurser vid båda vårdcentralerna. Primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten finns redan centralt etablerade i stadsdelen. Det bedöms som synnerligen angeläget att en psykiatrisk verksamhet också snarast lokaliseras centralt inom stadsdelen. Den behöver resursmässigt vara anpassad till att vårdbehoven inom stadsdelen ligger i storleksordningen 40–50 % över medelnivån i Malmö. Det psykiatriska teamet behöver bland sina anställda ha personer med språk- och kulturkompetens, såväl som personer som förstår värdet av sociala stödinsatser. En möjlighet att lättare uppnå en adekvat personalsammansättning utifrån de speciella behoven kan vara att upphandla en privat vårdgivare med en tydlig kravspecifikation enligt ovan.

En sådan specialistmottagning kan som ett tilläggsuppdrag få att utifrån sitt specialkunnande svara för stöd, utbildning och handledning till den psykiatri som svarar för vård till invandrargrupper inom övriga Malmö, eventuellt inom hela Skåne. Det krävs särskilt resurstillskott för ett sådant uppdrag.

Generaliserbar kunskap från projektet

Den föreslagna psykiatriska verksamheten inom stadsdelen kan i enlighet med tankegångarna i föregående avsnitt få ett uppdrag att stödja verksamheter som riktar sig till invandrargrupper i hela Skåne. Med en koppling till utveckling och forskning kan erfarenheter vinnas som innebär kunskap som är generaliserbar på nationell nivå.

I rapportens Kapitel 4 redovisas vårdbehov kopplade till ursprungsland. Analyserna med användande av SRS visar på stora skillnader i behov utifrån beroende den inflyttades ursprungsland. Inom kommuner eller stadsdelar med ett större antal personer med utländsk bakgrund kan dessa data användas för en uppskattning av storleken på vårdbehov relaterade till psykisk ohälsa.

Den speciella situationen på Rosengård med omfattande nätverk för

några av de inflyttade nationaliteterna samt tillgång till samlingsplatser och religiösa ledare ger goda förutsättningar att möta en del av behoven relaterade till psykisk ohälsa. Det positiva värdet i tillgången till nätverk med personer av samma ursprung, som förhindrar isolering, styrks också i internationella vetenskapliga rapporter. Denna situation finns dock bara på de platser där det finns större grupper med relativt homogen utländsk bakgrund. I de fall invandrarna är spridda geografiskt uppkommer svårigheter att upprätthålla kontakt med ett sådant nätverk och risk för social isolering ökar. Samtidigt är självklart möjligheten till arbete också en positiv faktor och detta kan innebära krav på fördelning över hela landet, med tanke på tillgången till arbetsplatser. För att minska riskerna för isolering bör i sådana fall åtgärder vidtas för att underlätta kontakterna även om det innebär ett resande över större geografiska områden.

Projektet hade också som syfte att följa upp särskilda åtgärder för att förbättra situationen för invandrare. Ett par exempel finns. Utvecklingen av IntroRehab i Malmö har under de senaste åren skapat förbättrade möjligheter till att få adekvat bedömning och behandling för de personer som har PTSD, men resultaten behöver följas under en längre tid.

Den privat drivna privata psykiatrimottagning som på uppdrag av Region Skåne startade under 2006 har gett påtagliga resultat redan under sitt första verksamhetsår, trots att den är geografiskt förlagd utanför stadsdelen. Den har lett till en utökad psykiatrisk öppenvårdsverksamhet för stadsdelens befolkning. Redan under första året svarade denna mottagning för en femtedel av alla de boendes samtliga öppenvårdsbesök hos psykiater. Detta talar för att om hela öppenvårdspsykiatrin samlas på plats i Rosengård uppnås en ökad tillgänglighet som bidrar till att målet om vård på lika villkor som övriga Malmö uppnås.

Avslutande reflektioner

Psykisk ohälsa hos migrerade personer kräver förståelse ofta annorlunda förklaringsmodeller än vad som gäller för de traditionella befolkningsgrupper som hälso- och sjukvård och socialtjänst vanligtvis möter i sina verksamheter. För att stöd och vård skall

ge bästa möjliga resultat erfordras därför anpassning av organisation och bemanning med personal som har förutsättningar för att personer med utländsk bakgrund upplever sig förstådda och rätt bedömda och därigenom kan etablera en förtroendefylld relation till sina vårdgivare.

I denna rapportens kvalitativa analyser framgår att sociala faktorer är starkt relaterade till förekomsten av psykisk ohälsa och att önskemål om stöd ofta handlar om att uppnå förändringar i den berörda individens sociala situation. Detta bekräftar i viss mån användandet av sociala indikatorer för bedömning av vårdbehov relaterade till psykisk ohälsa. Samtidigt måste ambitionen vara att så långt möjligt åstadkomma sådana sociala strukturer att de förhindrar uppkomsten av psykisk ohälsa av sådan svårighetsgrad att den behöver mötas med psykiatriska vårdinsatser. Denna ambition omfattar rimligen alla befolkningsgrupper på ett likartat sätt. Inhemska svenskar som hamnar i socialt belastande levnadsförhållanden, likvärdiga med vad de migrerade befolkningsgrupperna gör, kommer också att utveckla psykisk ohälsa i motsvarande omfattning. Skillnader i vårdbehov kan därför inte hänföras till etnisk bakgrund som sådan. Huvudsakligen beror skillnaderna på att levnadsförhållanden med social belastning skiljer sig åt mellan befolkningsgrupper.

I rapporten bekräftas utgångspunkten för studien att befolkningen i Rosengård inte får tillgång till den psykiatriska vården i samma omfattning som gäller för övriga stadsdelar i Malmö. Hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål om ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” är således inte uppfylld. Det som regleras i 7 § om att ”landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård” innebär som en konsekvens av denna rapport att utbudet av psykiatrisk vård måste utformas så att befolkningen i Rosengård får tillgång till vården anpassat till sina specifika behov. Primärvården och BUP har genom sin lokalisering inom Rosengård och genom anpassning av sin verksamhet ökat sin tillgänglighet. Motsvarande borde utgöra en självklarhet även för vuxenpsykiatrin. En uppsökande verksamhet i samverkan med befintliga nätverk inom stadsdelen är nödvändig för att tillgodose behovet av tillgänglighet.

De professionella organisationerna – socialtjänst, primärvård, psykiatri – måste samtliga ha personal som är kompetenta för att möta behoven hos de migrerade grupperna. Detta krävs för att ett förtroendefullt möte mellan personal och vårdtagare skall uppkomma, vilket är nödvändigt för rätt bedömning och att rätt åtgärder vidtas. Vidare är kunskap om stadsdelens sociala situation nödvändig för möjlighet till direkt samverkan med de olika nätverk som finns.

FÖRFATTARPRESANTATIONER

EVA ALTERBECK är socionom. Hon har mångårig erfarenhet av socialt arbete i ledande befattningar. Hon har varit kommundelschef i Lund och stadsdelschef i Kirseberg, Malmö. För närvarande arbetar hon som stadsdelschef i Rosengård.

Under några år i början av 2000-talet representerade hon Malmö stad i institutionsstyrelsen Hälsa och samhälle, Malmö högskola. Hon har också suttit i styrelsen i föreningen Sveriges Socialchefer FSS.

AJE CARLBOM, Fil Dr i socialantropologi, arbetar som forskare och lärare på Hälsa och samhälle, Malmö högskola. Hans forskning är inriktad på mångkulturalism (som politisk ideologi), etniska relationer, enklavisering, maskulinitet och politisk islam. Tillsammans med Sara Johnsdotter har han genomfört ett treårigt fältarbete som boende i stadsdelen Rosengård (1995–98).

MARIE TORSTENSSON LEVANDER är professor i socialt arbete med inriktning mot kriminologi vid Malmö högskola, Hälsa och samhälle. Centrala forskningsområden är kriminella karriärer, stadsmiljö och brottslighet samt brottsprevention. Hon har lång erfarenhet av longitudinell forskning och arbetar för närvarande med uppbyggnaden av en kohortstudie i Malmö. Hon leder också det tvärvetenskapliga forskningsprogrammet Migrationens Utmaningar vid Malmö högskola.

KARIN INGVARSDOTTER har en mastersexamen i socialantropologi och är doktorand i det flervetenskapliga ämnet Hälsa och samhälle på Malmö högskola. Hennes avhandlingsarbete berör olika aspekter av psykisk ohälsa i Rosengård och fokuserar främst på individen i sin sociala och kulturella kontext. Forskningen inkluderar både vuxna och barn.

DALVIN SHAHGALDI, verksam som processledare i projektet Milton-Utveckling i Malmö. Hon har tidigare varit verksam som föräldrabrobyggare i Rosengård stadsdelsförvaltning. Hon har en magisterexamen inom området Internationella Migrationer och Etniska Relationer vid Malmö högskola.

SARA JOHNSDOTTER är biträdande lektor i hälsa och samhälle med inriktning på medicinsk antropologi, verksam vid Hälsa och samhälle, Malmö högskola. 2002 disputerade hon i socialantropologi vid Lunds universitet på en avhandling om hur svensksomalier ser på praktiken att omskära flickor då de levt en tid i Sverige: "Created by God: How Somalis in Swedish Exile Reassess the Practice of Female Circumcision". Det antropologiska fältarbetet gjordes som boende med familjen i Rosengård under tre år i slutet av 1990-talet. Sedan 1997 har flera forskningsprojekt bedrivits i nära samarbete med docent Birgitta Essén, specialist i gynekologi och obstetrik vid KK, Universitetssjukhuset MAS.

BO SÖNNERDAHL har under perioden 2001–2007 arbetat som hälso- och sjukvårdsstrateg på distriktsnämndens kansli i Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt med inriktning på psykiatrisk vård. Han är legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut med bred erfarenhet av kliniskt psykiatriskt arbete.

JUAN MERLO är professor i samhällsmedicin och leder forskargruppen socialepidemiologi vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, medicinska fakulteten, Lunds universitet. Han har varit regionöverläkare i hälso- och sjukvårdsepidemiologi och har nyligen trätt in som tf verksamhetschef för socialmedicinska enheten vid UMAS, Region Skåne.

Mycket av hans arbete är inriktat på att öka förståelsen om vilka mekanismer som leder till geografiska och socioekonomiska skillnader i hälsa och sjukvårdskonsumtion utifrån principen om jämlikhet och vård på lika villkor. Hans forskningsarbete behandlar ofta frågor som har en direkt relevans för hälso- och sjukvård i Region Skåne och det lägger fram kunskap som kan ge en vetenskaplig grund till en jämlik fördelning av sjukvårdsresurser och preventiva folkhälsoåtgärder.

MARGARETA ÖSTMAN är docent i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsa och samhälle, Malmö högskola, och tillika dess dekanus. Hon är disputerad inom psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning vid Lunds universitet. Forskningen är huvudsakligen inriktad på levnadsförhållanden för personer med svår psykisk sjukdom och deras anhöriga, inkluderande bl a aspekter som familjebörda, associerad stigma, sexualitet vid psykisk sjukdom och aspekter avseende minderåriga barns situation. Hon har varit projektledare för detta forskningsprojekt.

OLLE ÖSTMAN är psykiater och verksam som konsult vid Senior Partners i Malmö. Han har långvarig erfarenhet av psykiatrisk verksamhet som kliniker och chefskap inom området. Han har tidigare tjänstgjort som medicinalråd vid Socialstyrelsen och varit chef för Universitetssjukhuset MAS, Malmö.