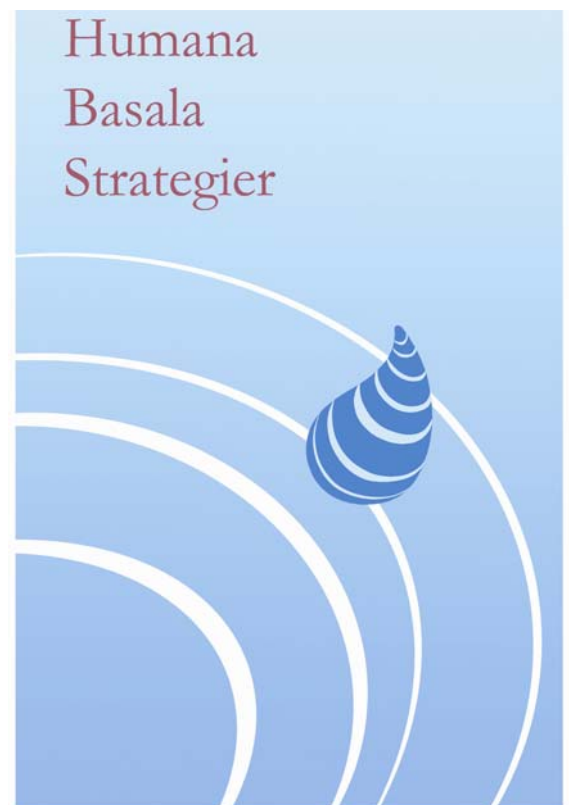


Humana Basala Strategier

Flyktingkvinnors hälsa och resurser i utvecklingen av
närsjukvård

Collaborative and integrated approaches to health 2005:4

Agneta Abrahamsson, Jennie Karjalainen, Christina Knutsson



Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård är ett samarbete mellan:

Bromölla kommun, Hässleholms kommun, Kristianstad kommun,
Osby kommun, Perstorps kommun, Östra Göinge kommun samt:



Ansvarig utgivare/Publisher:
Högskolan Kristianstad/Kristianstad University
Department of Health Sciences
291 88 Kristianstad, Sweden
Phone no.: +46 44 20 40 80
Fax no.: +46 44 20 40 43
E-mail: hv@hkr.se
www.hkr.se

Innehåll

Abstract	7
1. Inledning	9
2. Bakgrund	11
2.1 Flyktingars hälsa och livssituation	11
2.2 Tidigare studier om flyktingars behov av vård	12
2.3 Primärvården och närsjukvård	12
3. Syfte och målgrupp	15
4. Upplägg och förankringsarbete	17
4.1 Referensgrupp	17
4.2 Intervjuer med personal vid olika verksamheter	18
4.3 Studiebesök	19
4.4 Rekrytering, utbildning och intervjuer med cultural brokers	19
4.5 Intervjuer med flyktingkvinnor	19
5. Personalens erfarenheter av arbete med målgruppen	21
5.1 Näsby vårdcentral	21
5.2 Integrationskontoret	21
5.3 Solrosen	21

6. Flyktingkvinnornas berättelser	23
6.1 Kvinnornas hälsa och erfarenheter av hälsovård i hemlandet	23
6.2 Kvinnornas hälsa och erfarenheter av hälsovård i Sverige	24
6.3 Svåra upplevelser från tiden fram till uppehållstillstånd	25
6.4 Socialt nätverk bland flyktingar	27
6.5 Svårigheter med integrationen i det svenska samhället	28
6.6 Förutsättningar för en förändrad livssituation	29
7. Workshop – om att utveckla strategier	30
8. Förslag till strategier	33
8.1 Vårdcentralens utåtriktade strategier	34
8.1.1 Samverkan mellan invandrarorganisationer, flyktingkvinnor och olika verksamheter	33
8.1.2 Cultural brokers som brobyggare mellan verksamheter och flyktingkvinnor	33
8.1.3 Flyktingkvinnorna som resurser i lokalt folkhälsoarbete för att utveckla egna aktiviteter/verksamheter	34
8.1.4 Uppbyggnad av kontaktnät mellan svenska familjer och flyktingfamiljer	34
8.2 Vårdcentralens inåtriktade strategier	34
8.2.1 Utbildningsinsatser av personal	35
8.2.2 Berättelsen av sin historia som start för förändring av sin situation	35

8.2.3 Översyn av journalföring	36
8.2.4 Regelbundna besök hos familjeläkare	36
8.2.5 Utveckla information och informationsmaterial	36
8.2.6 Översyn av Röda Korsets resurser i behandlingen av svårt traumatiserade flyktingar	36
8.2.7 Utveckla alternativa behandlingsformer	37
9. Diskussion	39
9.1 Vad kan vi lära av arbetsprocessen?	39
9.2 Vad kan vi lära av arbetet med flyktingkvinnorna?	40
9.3 Var finns resurserna i Närsjukvårdsutvecklingen	43
10. Förslag till uppföljning	45
10.1 Alternativ I – utvärdering	45
10.2 Alternativ II – forskning	45
Sammanfattning	47
Referenser	51
Bilaga 1 Plan-Do-Check-Act	
Bilaga 2 Minnesanteckningar 2005-09-13	
Bilaga 3 Intervjuguide	
Bilaga 4 Informationsbrev och samtycke till intervju	

Abstract

Health among women refugees deteriorates after they have arrived to Sweden. This research project arose out of the frustration experienced by health care staff in dealing with women refugees specific needs. It aims to develop strategies more able meet women refugees' needs.

The project is a collaborative one between key stakeholders and women refugees themselves. Data collection was done by interviewing both staff in different organisations and women refugees. Interviewing with women refugees was undertaken by cultural brokers in their own language. The women were asked to tell their story of their experiences before and during their escape from their home country and about their stay in Sweden.

In a workshop where representatives from women refugees and staff members attended, main findings from interviewing with both staff and women were discussed. Based on interpretations and conclusions in this workshop the following strategies were developed:

- Routines for collaboration between women refugees and different stakeholders should be developed.
- Cultural brokers and women refugees themselves can be useful as resources in community development projects and as a knowledge base for professional organisations.
- A network encouraging for families from Sweden and those who are refugees to meet should be built.
- Health Care and other staff require education in transcultural knowledge.
- Story telling can be a useful starting point for care planning.
- Better documentation routines are required to meet refugees' special needs.
- Information material needs to be provided in different languages.
- Refugees should be offered to make regular visits to the GP.
- Alternative treatments should be developed.

Primary Care has a multifaceted role in this mainly preventive work. Not only should it develop new ways of working but also with its knowledge could contribute facilitating other stakeholders and women refugees so that they develop initiatives that reduce the demands on medical care.

1. Inledning

En ofta förekommande känsla av otillräcklighet bland personalen på Näsby vårdcentral är upprinnelsen till det här projektet. Känslan gav sig tillkänna i situationer när flyktingar vände sig till vårdcentralen. Vanligtvis presenterade de fysiska besvär som orsak till att de sökte, men personalen trodde sig se mångfacetterade problem bakom besvären. I synnerhet bland kvinnliga flyktingar var social isolering en orsak man trodde sig kunna se. Den behandling som de kunde erbjuda från vårdcentralens sida var sällan tillräcklig och både patienter och personal kände sig maktlösa. Kvinnorna fick ingen hjälp men fortsatte att söka sig till vårdcentralen och konsumtionen av vård bland flyktingkvinnor blev ofta hög. Många gånger blev hela vårdteamet engagerat utan att egentligen veta hur man på ett bra sätt kunna erbjuda den hjälp som kvinnorna behövde. En kartläggning av besöksstatistik genomfördes vid två vårdcentraler. I denna kartlades 100 patienter som, enligt personalen, ofta besökte hälso- och sjukvården. Under ett års tid hade varje individ gjort 50–90 besök till olika vårdpersonal (Sammanställning av besöksstatistik från patientjournaler, 2000).

Under det senaste decenniet har diskussioner förts med personal ifrån andra berörda verksamheter om hur man på ett bättre sätt skulle kunna bemöta flyktingar. Diskussionerna resulterade i en skrivelse till primärvårdsledningen år 2000 där det framfördes att det inte fanns tillräckligt med resurser och kunskap för att ta hand om denna resurskrävande patientgrupp och att det inte heller fanns någon annan instans i närheten som man kunde remittera till (Skrivelse till beställarkansliet 2000).

Våren 2000 kontaktade Näsby Vårdcentral Röda Korsets rehabiliteringscenter för traumatiserade flyktingar i Malmö för att diskutera samverkan och ta del av deras kunskap. Det framkom att problematiken bör ses som hela samhällets och inte enbart som en angelägenhet för hälso- och sjukvården, samt att den gäller hela familjen och inte enbart den enskilde patienten. I en föreläsning av Röda Korset riktad till personalkategorier vid olika berörda organisationer framfördes att flyktingarnas tillfrisknande kan förhindras av en rundgång mellan olika vårdgivare och myndigheter i samhället. Ett förslag framkom om att erbjuda rehabilitering i Röda Korsets regi i centrala Kristianstad, men avvisades eftersom behandling måste rymmas inom det totala anslaget för Region Skåne som tilldelats Malmöcentret. Platserna fördelas i relation till befolkningen i respektive sjukvårdsdistrikt vilket medförde att Nordöstra Skånes tilldelats 15% av platserna (Hälso- och sjukvårdsstaben 2002).

Under 2003 aktualiserades flyktingproblematiken ytterligare och så småningom samlades man kring en övergripande frågeställning: Hur kan personal på Näsby Vårdcentral tillsammans med andra samverkansparter på ett bättre sätt än som nu är fallet erbjuda stöd och hjälp till flyktingkvinnor?

2. Bakgrund

2.1 Flyktingars hälsa och livssituation

Då människor tvingas fly från sitt hemland till ett annat land med främmande språk och kultur befinner de sig den första tiden mitt emellan den trygga tillvaron i sitt hemland och en trygg tillvaro i det nya landet. För att en anpassning till ett nytt land under sådana omständigheter ska kunna bli så lyckosam som möjligt krävs att individen har ett socialt stöd, att han eller hon känner kontroll över sin tillvaro och makt över sin livssituation, att möjligheter finns att skapa sig meningsfulla sammanhang och meningsfull sysselsättning. På så vis kan en ny och värdig livssituation bli möjlig (Ekblad, Jansson och Svensson, 1996; Hjern & Lofvander, 1995; Sivik, 1995).

Migration kan innebära att rollerna inom familjen förändras i mötet med det nya landet med andra sociala och kulturella strukturer. Saknaden efter det man tvingats lämna och rädsla och oro inför framtiden skapar en känsla av otrygghet. En normal reaktion är att individen känner sig stressad, otrygg och mer sårbar än tidigare. Reaktionen kan utvecklas till somatiska, psykosomatiska eller psykiska symtom, som är patologiska, om inte individen känner att hon kan påverka sin situation (Al-Baldawi 2003).

Vare sig om migrationen är självvald eller framtvungad av flyktingkap, kan den vara förenad med traumatiska omständigheter (Al-Baldawi 2003). Ofta är den orsakad av kränkningar av mänskliga rättigheter vilket har lett till att flyktingens värdighet har kränkts och hälsan på så vis påverkats negativt. Att bli kränkt genom att förnedras, hånas, stötas ut eller förföljas har förödande konsekvenser för individer, hela grupper, men också hela samhällen (Doctare, 2000). Flykten har ofta inneburit separationer från människor, vänner, släktingar, arbete eller annat som upplevs vara värdefullt. Konfrontationen med ett nytt land, ett främmande språk och en ny kultur ställer höga krav på individens anpassningsförmåga, särskilt när det är stor kulturell och språklig skillnad mellan den plats personen lämnade och den plats han eller hon kommer till. Nya värderingar och beteenden möter flyktingar i samhället men också när de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. (Brune, 1995; Ekblad et al., 1996; Hjern & Lofvander, 1995) Flera studier har visat att en person som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen. Sämre hälsa kan vara orsakad av diskriminering till exempel på arbets- och bostadsmarknaden, men även av förhållanden i hemlandet och de tidigare erfarenheter som legat till grund för själva migrationen. För flyktingar tillkommer traumatiska upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelser och tortyr. (Socialstyrelsen, 2000; Statens Folkhälsoinstitut, 2002).

Individer med diffusa symtom, i gränslandet mellan kropp och själ, är en stor patientgrupp inom vården, speciellt på invandrartäta orter (Hjern, 1995). I likhet med andra patienter söker invandrare eller flyktingar ofta vård för psykiska och psykosomatiska symtom (Brune, 1995). En individ som har upplevt svåra trauman uppger ofta kroppsliga besvär eftersom hon många gånger har svårt att uppfatta sina känslor och uttrycka dem i ord. På så vis riskerar hon att bli fixerad vid kroppslig smärta och somatiska symtom (Brune, 1995; Sivik, 1995). En ökad frekvens av psykosomatiska symtom har också rapporterats i samband med långvarig stress under krig (Hobfoll, Spielberger, Breznitz, Figley, Folkman, Green et al., 1991). Det har visats att kvinnor ofta mår sämre än män och att de har diffusa somatiska besvär såsom värk och stelhet i leder, rygg och ben. Andra vanliga symtom är yrsel, huvudvärk, magont, mat- och sömnstörningar. Diagnoser såsom utmattningsdepression, fibromyalgi och posttraumatiskt stressyndrom är vanliga (Kjellin, Brandt-Segerström, Kjellin & Sörensen, 1992). Kvinnorna har ofta vandrat runt inom sjukvården under lång tid och sökt för olika somatiska symtom som oftast inte går att påvisa rent

medicinskt (Skoglösa, 2000; Sammanställning av besöksstatistik från patientjournaler, 2000). Ett reaktionsmönster som innebär att själsliga problem förkroppsligas motverkar påtagligt ett tillfrisknande (Kjellin et al 1992). Under de senare åren har det blivit alltmer uppenbart att dessa patienter – med vårdapparaters och övrig omgivningens benägna bistånd – mycket ofta passiviserats och fixeras vid sina somatiska problem och smärtor, och efter en tid riskerar de att bli klassade som kroniska fall (Sivik, 1995).

2.2 Tidigare studier om flyktingars behov av vård

I Ale kommun (1998) gjorde man en kartläggning av flyktingarnas hälsotillstånd för att så småningom kunna erbjuda adekvat hjälp samt att förbättra omhändertagandet av både gamla och nyanlända flyktingar. Man ville också utarbeta ett förhållningssätt som tar hänsyn till flyktingarnas speciella behov. Kartläggningen visade att många av de flyktingar som mottagits hade traumatiska erfarenheter som innebär ett kroniskt tillstånd av lidande för den enskilde individen. De hade varit utsatta för förföljelse, fängelse, koncentrationsläger, hot, våld, trakasserier, fysisk och/eller psykisk tortyr, förlust av egendom etc. En fjärdedel av de tillfrågade uppgav att de fortfarande reagerade mycket starkt på de traumatiska upplevelser de utsatts för i samband med flykten, vilket uttrycks i mardrömmar, depressioner, irritabilitet och humörsvängningar (ibid).

Flera års erfarenhet visade att traditionell medicinsk och psykiatrisk vård hade varit otillräcklig eftersom den inte hade lyckats nå flyktingarna och att lidandet kvarstod. För primärvården och allmänpsykiatrien innebar flyktingproblematiken frågeställningar som ställer andra krav på behandlingsmetoder än de vanliga. För att kunna svara på flyktingarnas speciella behov krävs att ökad kompetens och kunskap integreras i olika verksamheter som arbetar med flyktingar. Kulturkompetent personal behöver anställas och personal som kommer i kontakt med människor som flytt behöver utbildning. Samarbetet mellan socialtjänst, primärvård, psykiatri, barn och ungdomspsykiatri, skola m.m. anses vara nödvändigt för att kunna erbjuda hjälp med god kvalitet. Både kommunikation mellan dessa organ och mellan dem och flyktingarna ansågs vara viktig. (ibid).

I en studie av Lehti och Mattsson (1997) uppgav de intervjuade iranska kvinnorna hur de relaterade sina besvär till det främlingskap de upplevde i det nya landet. De kände sig inte tagna på allvar och den känslan riskerade att förvärras om de enbart fick mediciner eller blev remitterade till specialister. Däremot kunde ett respektfullt möte där de bemöttes på ett sådant sätt att de kände sig accepterade som individer och inte generaliserade på grund av sin kulturella bakgrund minska på känslan av utanförskap. En uppföljning av antalet besök på vårdcentralen visade att kvinnorna under året efter intervjuerna gjort färre besök trots att de kroppsliga besvären kvarstod i det närmaste oförändrade (Lehti & Mattsson, 1997).

2.3 Primärvården och närsjukvård

Primärvården ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den är basen i hälso- och sjukvården och skall erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster, där olika yrkeskategorier samverkar. Den har även ett stort ansvar för rehabilitering genom såväl egna insatser som att ta initiativ till rehabilitering i samverkan med andra instanser. Invandrartäta områden ställer särskilda krav på

primärvården genom att behovet inom dessa grupper är speciellt stort (Swartling & Håkansson, 2005).

Skånsk Livskraft – vård och hälsa, startade 2001 och är ett stort förändringsarbete som äger rum inom Region Skåne och i de skånska kommunerna. Nya arbetssätt mellan vårdgivare ska utvecklas där all vård ska utgå ifrån medborgarnas behov av hälso- och sjukvård och närsjukvården ska utgöra basen i den framtida sjukvården (Region Skåne, 2004). Allmänna principer för närsjukvården är;

- ett förnyat arbetssätt mellan olika kompetenser där nya samverkansformer utvecklas.
- tillgänglighet till rätt kompetens inom rimlig tid
- välkomnande, lätt tillgänglig, erbjuder delaktighet och helhetssyn på den enskildes behov
- samverkan mellan olika kompetenser ska ske med tydliga rutiner och stödjande system för kommunikation och inte bygga på remissförfarande (Region Skåne, 2004).

Det föreliggande utvecklingsprojektet kan ses som en del i ett arbete med att konkretisera vad närsjukvård kan innebära för en speciell patientgrupp, i det här fallet flyktingkvinnor.

3. Syfte och målgrupp

Under år 2003 inleddes en diskussion om hur man skulle kunna utveckla nya strategier inom vårdcentralen som bättre motsvarar flyktingkvinnors behov av hjälp och stöd. En utgångspunkt för arbetet var att man ville tillvarata den kunskap som finns inom gruppen och stärka befintliga resurser för att åstadkomma en förändring. Genom att öka begripligheten, stärka känslan av att kunna hantera sin situation och att man känner att det är meningsfullt att satsa känslomässigt för att åstadkomma en förändring, kan känslan av sammanhang och därmed hälsan förändras i positiv riktning (Antonovsky, 1987). Arbetet skulle vara deltagarorienterat genom att intressenter inom olika verksamheter samverkar och arbetar tillsammans med medborgarna själva för att kartlägga behov och resurser och på så vis kunna se möjligheter att förändra situationen till det bättre (Freire, 2002). Utvecklingen av nya strategier skulle därmed kunna bygga på den kunskap om problematiken som finns bland flyktingarna själva liksom hos dem som arbetar med flyktingar.

Om rätt stöd ges av rätt instans och med rätt kompetens förväntar man sig att snabbare och bättre resultat ska kunna uppnås. Al-Baldawi (2003) menar att en förutsättning kan vara att personalen förstår vad flyktingkapet innebär liksom om den bakgrund som flyktingarna kommer ifrån. Han beskriver det som en professionell mognad och bred transkulturell kunskap som underlättar arbetet med flyktingar. Möjligheterna för flyktingen att ta kontroll över sin situation och övervinna motgångar och minska risken för passivitet skulle därmed kunna underlättas (Al-Baldawi, 2003). Det övergripande syftet med projektet var därför att ta reda på hur man skulle kunna förbättra sättet att arbeta med flyktingkvinnor. Nedan följer en precisering av det övergripande syftet:

- att beskriva hur personal som arbetar inom olika verksamheter ser på arbetet med flyktingkvinnor och hur detta arbete kan förbättras.
- att beskriva hur flyktingkvinnornas själva ser på sin livssituation och hur arbetet inom olika verksamheter skulle kunna bidra till att den förbättras.
- att förankra projektet syfte och de strategier som föreslås för att skapa förutsättningar för en fortsatt utveckling.

Projektet utgick ifrån vårdcentralen Näsby, men skulle genomföras i samverkan med andra verksamheter, flyktingkvinnor och invandrarföreningar. Målet var att försöka komma fram till strategier, som kan ge stöd till flyktingkvinnor för att de ska kunna ta kontroll över sin livssituation och må bättre.

Eftersom kvinnan bär ett tungt ansvar och är central i familjen med förmåga att påverka familjens hälsa i positiv riktning valde man att i det här projektet fokusera på flyktingkvinnor (WHO, 1997; Al-Baldawi, 1998).

Inom vårdcentralen Näsby's upptagningsområde är de största grupperna araber från Irak, kurder, kosovoalbaner och forna jugoslaver. Flyktingkvinnor inom dessa grupper föreslogs som målgrupp för projektet.

4. Upplägg och förankringsarbete

Projektet utgick ifrån vårdcentralen på Näsby. Ekonomiska medel avsattes ifrån sjukvårdsdistriktets folkhälsomedel med vilka två anställda, Jennie Karjalainen (JK), arbetsterapeut, och Christina Knutsson (CK), kurator, anställdes på 20% vardera under ett år. Uppgiften var att verka som samordnare för projektet och att genomföra och sammanställa kartläggningen.Handledning gavs från forskningsplattformen Närsjukvård, Högskolan i Kristianstad genom Agneta Abrahamsson (AA). En styrgrupp, bestående av verksamhetschefen på Näsby Vårdcentral, chefen för integrationskontoret samt kvalitetscontrollern Primärvården Skåne Nordost, bildades för att följa upp genomförandet av projektplanen. En referensgrupp bildades som stöd för utvecklingen och för att förankra projektet i de befintliga verksamheterna. Den består av olika intressenter för projektet; integrationskontoret, socialförvaltningen, Näsby vårdcentral, Familjehuset Näsby och invandrarföreningar. Utvecklingsprojektet fick namnet HUMANA BASALA STRATEGIER (HBS):

HUMANA -	Att se människan i ett helhetsperspektiv, utifrån den samlade livssituationen.
BASALA -	De grundläggande behov vi alla behöver för att må bra och fungera väl i vår omgivning.
STRATEGIER -	Avsikten att utveckla användbara arbetsätt, grundade på det humana perspektivet och de basala behoven.

Genom att använda sig av arbetsgången Plan-Do-Check-Act (se bilaga 1) i implementeringen av de mål, som senare kommer att formuleras utifrån rapporten, ska resultatet av projektet utvecklas stegvis under en längre tid än den avgränsade del av projektet som föreliggande rapport beskriver. Tanken är att ett ständigt lärande och förbättringar ska ske kring de framtagna strategierna. Genom att förankra projektet i olika verksamheter så att personalen känner till och känner sig delaktiga i framtagandet av strategierna hoppas man att utvecklingen som initieras under det här första året bidrar till att stöd och hjälp successivt blir allt bättre.

Innan projektet startade fördes ett antal inledande diskussioner med olika berörda parter. Försättningsvis beskrivs projektet som genomfördes under tiden 041001 till 050930. Arbetet med möten i referensgrupp, studiebesök och intervjuer av personal och flyktingkvinnor har pågått parallellt.

4.1 Referensgrupp

En referensgrupp bildades. Den bestod av olika intressenter för utvecklingsprojektet, det vill säga personal från verksamheter som arbetar med eller har kontakt med flyktingkvinnor. Intresset för projektet var stort och referensgruppen växte efterhand med ytterligare personer som kunde bidra till utvecklingen. Syftet med gruppen var att:

- tillsammans arbeta och utveckla tankarna i HBS.
- skapa bättre förutsättningar för samarbete i de ordinarie verksamheterna genom att träffas och samarbeta i referensgruppen.

- medlemmarna skulle bli nyckelpersoner för att hjälpa till med implementering och spridningen av strategierna på sin respektive arbetsplats.
- öka kulturkompetensen genom att personalen från olika verksamheter fick möjlighet att träffas.

Referensgruppen har bland annat varit med och utformat intervjuguiden som låg till grund för intervjuerna med flyktingkvinnorna, diskuterat formerna för intervjuerna samt lämnat förslag på lämpliga cultural broker som kunde genomföra intervjuer inom respektive grupp. Diskussioner mellan personal och kvinnor från de olika invandrarföreningarna resulterade i en utveckling där man tillsammans utbytte kunskap och erfarenheter om hur man bättre kan hantera flyktingproblematiken i personalens dagliga arbete. Referensgruppen blev på så vis ett forum för att träffas, prata och öka sin kunskap om varandras arbete och kulturer. Personalen i referensgruppen har haft ansvar för förankring av utvecklingsprojektet på respektive arbetsplats och arbetat med förslag på utbildningar. Övriga intressenter för projektet inbjöds tillsammans med referensgruppen under den senare delen för att inleda uppföljningsarbetet under en halvdag. Man arbetade med en fallbeskrivning och de föreslagna strategierna presenterades. Deltagare och minnesanteckningar under mötet finns i bilaga 2. Ett ytterligare möte med referensgrupp och övriga intressenter är planerat efter rapportens färdigställande för att diskutera hur uppföljningen av projektet ska se ut. Förslagen på hur strategierna kan genomföras ska också diskuteras.

4.2. Intervjuer med personal vid olika verksamheter

Intervjuer med personal från verksamheter som arbetar med flyktingar genomfördes av respektive kontaktperson i referensgruppen. Intervjuerna syftade till att tillvarata och sammanställa kunskap och erfarenheter som skulle kunna vara värdefulla i utvecklingen av strategierna. Personal på Näsby Vårdcentral, Solrosen och Integrationskontoret intervjuades, medan man avstod ifrån intervjuer med personalen på Familjehuset för att undvika forskningströtthet, eftersom de deltar i andra liknande studier. En intervjuguide med fyra frågor användes:

- 1) Vilka positiva erfarenheter har ni/du av att arbeta med målgruppen?
- 2) Vilka svårigheter har ni/du stött på i mötet/arbetet med målgruppen?
- 3) Vilka möjligheter till förändring/utveckling ser ni/du kan göras för arbetet med målgruppen?
- 4) Vilka frågor tycker ni är viktiga att ha med i intervjuguiden som ligger till grund för intervjuerna med målgruppen?

Personalens svar på frågorna 1-3 redovisas nedan under respektive rubrik medan fråga 4 redovisas under rubriken intervjuer med flyktingkvinnorna.

4.3. Studiebesök

Studiebesök i olika verksamheter som arbetar med flyktingar har genomförts. Syftet var att samla in information om hur verksamheterna ser ut idag, sprida information om arbetet med HBS och diskutera möjligheter för samarbete. Studiebesök gjordes på Solrosen, Familjehuset på Gamlegården och på integrationskontoret, Kristianstad kommun.

4.4. Rekrytering, utbildning och intervjuer med cultural brokers

Grundläggande för att projektet ska kunna leva vidare på längre sikt är att det förankras i olika verksamheter och bland flyktingarna själva. Redan tidigt i projektet insåg man behovet av att samarbeta med personer från respektive etnisk grupp, personer som är väl förankrade i det svenska samhället och som därmed skulle kunna överbrygga både språkliga och kulturella barriärer. Tidigare hade man i ett projekt i Stockholm haft goda erfarenheter av detta tillvägagångssätt. Cultural broker är ett begrepp som myntats i sammanhanget. En cultural broker är både tolk och en viktig kulturell länk i planeringen, genomförandet och uppföljningen av studien. I arbetet med intervjun kan de bidra med förståelse för vad olika uttalanden betyder, men också förklara för flyktingkvinnorna vad syftet med studien är (R. Al Baldawi, personlig kommunikation, 17 november 2004).

En kvinnlig cultural broker från varje etnisk grupp anställdes för att planera och genomföra intervjuer, samt delta i analys och formande av strategier för arbetet. Kriterier för att kunna arbeta som cultural broker var; flyktingskap, goda kunskaper i svenska, förankring i såväl det svenska samhället som i sin etniska grupp. Cultural broker skulle samtidigt vara neutral, det vill säga inte tillhöra någon myndighet med vilken flyktingarna har kontakt, för att kvinnorna på så sätt skulle känna sig friare att tala om vad de inte tyckte fungerade. Urvalet gjordes efter diskussion inom referensgruppen. Genom tolkcentralen hittades två personer och de andra två deltog i referensgruppen.

Alla hade erfarenhet av att arbeta som tolk, men däremot ingen erfarenhet eller utbildning i att genomföra intervjuer. Därför fick de delta i en utbildning som varade under två halvdagar. Innan utbildningen intervjuades cultural broker av JK och CK. Intervjun användes som en del i datainsamlingen och som ett led i utvecklingen av intervjuguiden, men den kan också ses som en förberedelse till att själva genomföra intervjuer kring att vara flykting. Den första dagen av utbildningen handlade om allmän intervjumetodik och genomgång av intervjuguide. Den andra dagen handlade om etiskt förhållningssätt och om förberedelse för att hantera svåra situationer som eventuellt kunde uppstå när frågor kring svåra upplevelser skulle ställas. Cultural broker hade tillgång till en professionell behandlare av kriser som de kunde kontakta om behov uppstod.

4.5. Intervjuer med flyktingkvinnor

Syftet med intervjuerna var att tillvarata och beskriva flyktingkvinnors kunskap och erfarenheter som en del i utvecklingen av strategierna. Man ville beskriva hur flyktingkvinnorna själva ser på sin livssituation och hur arbetet inom olika verksamheter skulle kunna bidra till att den förbättras.

Kriterier för att delta i intervjun var att kvinnan skulle vara flykting från något av de angivna länderna. Urvalet av kvinnor till intervjun gjordes främst i samarbete med vårdcentralen. I de fall som svårigheter uppstod att hitta kvinnor som passade in i studien tillfrågades Vilans vårdcentral. En kvinna rekryterades av en cultural broker som kände en kvinna som passade in.

Tre arabiska kvinnor från Irak, två kurder, två kosovoalbaner och tre forna jugoslaver intervjuades. Åldern varierade från 40 till 53 år. De hade bott i Sverige mellan tre till sju år. I sitt hemland hade de arbetat som sömmerska, kontorist, sekreterare, lärare samt med hemarbete. I Sverige går eller har de gått på SFI eller fått olika praktikplatser. Några arbetade eller hade arbetat inom industrin eller som anhängvårdare. Några var helt eller delvis sjukskrivna. Alla hade barn varav de flesta är vuxna. Någon var frånskild och de kvinnor som var gifta hade män som i Sverige hade praktikplatser, tillfälliga arbeten eller var arbetslösa. Ingen av männen hade en fast anställning eller möjlighet att använda den utbildning de hade med sig ifrån sitt hemland.

De flyktingkvinnor som tillhörde målgruppen kunde i ett flertal fall inte tala svenska i den omfattning som krävdes för att kunna beskriva svåra upplevelser och erfarenheter. Genom att engagera kvinnliga cultural brokers i genomförandet av intervjuerna skulle vissa svårigheter kunna undvikas.

En intervjuguide utformades i samarbete med referensgruppen. Personalen hade i svaren på fråga fyra uttryckt att de ville veta mer om kvinnornas liv i hemlandet, flykten och kvinnornas livssituation i Sverige. De ville även veta mer om hur kvinnorna ser på framtiden, vilka mål de har i Sverige, vad de förväntar sig av behandlarna på vårdcentralen. Likaså ville de veta ifall något gått fel, och vad detta i så fall var. Intervjuguide utformades med utgångspunkt i de olika faserna i migrationsprocessen: hemlandet, flykten och framtiden i Sverige (Al-Baldawi, 2003). De olika faserna i migrationsprocessen behandlades med ett antal öppna frågor. Den innehöll även specifika frågor som handlade om hälsosituationen och hälso- och sjukvården i hemlandet och i Sverige.

För att testa intervjuguiden genomförde CK och JK intervjuer av cultural brokers. Smärre justeringar av intervjuguiden gjordes därefter. Den slutliga versionen finns i bilaga 3.

Intervjuguiden fungerade som stöd för att ett liknande innehåll skulle täckas in i varje intervju, men frågorna behövde inte ställas i ordningsföljd. Cultural brokers hade i utbildningen tränats att göra sammanfattningar av begränsade delar av utsagor som kvinnorna gav under intervjun. Lämpliga delar av intervjun sammanfattades av intervjuerna och den intervjuade fick svara på om hon instämde och om hon tyckte att något behövde ändras.

Intervjuerna genomfördes vid Högskolan av cultural brokers på flyktingkvinnans eget språk. Kvinnorna informerades muntligt och skriftligt via ett informerat samtycke på det egna språket om att deltagandet var frivilligt, och kvinnorna gav skriftligt samtycke till att bli intervjuade (Bilaga 4). De informerades även om att de när som helst under intervjun kunde avbryta utan att ange anledning.

Intervjuerna spelades in på band. De sammanfattningar som cultural brokers gjorde av kvinnans svar och hennes kommentar till sammanfattningen översattes och skrevs ut i sin helhet. Även de delar i intervjun som cultural brokers ansåg vara av speciellt intresse för studiens syfte översattes och skrevs ut i sin helhet. Dessa delar användes som grundmaterial i analysen.

Efter genomläsning av AA, CK, JK gjordes en sammanställning av data med utgångspunkt från frågorna eller frågeområdena i intervjuguiden. Efter koncentring av data framträdde vissa teman som har använts i redovisningen av innehållet i intervjuerna. I analysen användes programvaran Atlas-ti.

Innehållet skrevs om i löpande text som senare användes i en workshop där de fyra cultural brokers, JK och CK, samt AA deltog. Alla fick möjlighet att läsa igenom texten innan workshopen för att kunna diskutera innehåll, ge sin syn på det skrivna materialet och komplettera med egna reflektioner. Under workshopen diskuterades likheter och skillnader mellan intervjuerna och vilka tolkningar av kvinnornas svar som var rimliga. Efter workshopen omarbetades texten i enlighet med de diskussioner som förts. I vissa fall uppstod behov av att komplettera utskriften med ytterligare utskrift av delar i intervjuer.

5. Personalens erfarenheter av arbete med målgruppen

5.1 Näsby vårdcentral

Personalens menar att positiva erfarenheter är att de fått mer förståelse för andra människors kultur. De känner också tacksamhet från kvinnorna för den hjälp de fått av personalen. I övrigt liknar de positiva erfarenheterna dem de har från arbetet med andra patienter.

Svårigheterna som man ser ligger i att inte ha ett gemensamt språk, vilket innebär att det kan vara svårt att förstå och bli förstådd. Det finns en frustration i vårdkontakten som kan härledas till oförståelse, såväl beroende av språksvårigheter som av okunskap och osäkerhet om hur man fungerar i olika kulturer. Man ser också svårigheter med tider som inte passas och att det kan finnas krav från kvinnorna att få en kvinnlig behandlare. Personalen upplever att det kan vara tungt att behandla kvinnorna på grund av deras psykiskt tunga bakgrund och svåra diagnoser.

Personalen ser en möjlighet till förändring/utveckling genom ökad ömsesidig respekt, samt genom en överenskommelse med tydliga realistiska mål mellan patient och behandlare. Teamarbetet kring patienterna behöver bli bättre. Det finns tankar kring utbildning av både kvinnorna och personal för att öka förståelsen sinsemellan. Att arbeta med grupper är en annan tanke. Utanför vårdcentralens ansvarsområde tror man att stödpersoner skulle underlätta för kvinnorna. Svenska för invandrare, SFI, och inträdet i arbetslivet behöver också bli bättre.

5.2 Integrationskontoret

Personalen på integrationskontoret upplever det positivt med målgruppens höga närvaro i deras insatser. De ser en ökad social gemenskap, språk som förbättras, isolering som bryts och glädjestunder.

Svårigheterna finner de i att klienterna är omotiverade att själva bidra till innehållet i aktiviteterna. De flesta klienter är sjukskrivna och samarbetet med vårdcentralen är dåligt.

För att få till stånd en förändring/utveckling betonar de att samarbetet med både vårdcentralen och socialförvaltningen behöver förbättras. Den tid som kvinnorna är sjukskrivna behöver bli kortare samt att kvinnorna i vissa fall får aktivitetsrecept i stället för full sjukskrivning.

5.3 Solrosen

Solrosen är en verksamhet inom socialförvaltningen som anordnar gruppverksamhet för flyktingkvinnor. Personalen på Solrosen ser det positiva i att lära av varandra, dela med sig och ta emot erfarenheter. De upplever det positivt med grupper där olika språk, kultur, etnisk tillhörighet och ålder blandas. Det medför att kvinnorna deltar mer på lika villkor, vilket i sin tur medför ett annat engagemang.

Personalen hade svårt att hitta några svårigheter. En möjlig sådan kan vara när de har haft en språkgrupp som varit så dominant att den försämrat delaktigheten för andra. Annars kan det ibland röra sig om svårighet att hålla tider och att komma med egna förslag på aktiviteter.

Vid frågan om förändring/utveckling ser personalen på Solrosen vikten av förbättrad samverkan mellan vårdcentralen, integrationskontoret och socialförvaltningen. Kvinnorna behöver ökade kontakter utåt i samhället, något som skulle kunna åstadkommas genom att till exempel frivilligorganisationer och olika intresseorganisationer engageras i att arbeta mer

tillsammans med kvinnorna. Personalen ser som ett mål att väcka hopp om förbättrad livskvalité och anser att detta i grund och botten är en fråga om demokrati.

Sammanfattningsvis såg personal vid olika verksamheter det som positivt att lära känna människor ifrån andra kulturer, samtidigt som det innebar problem med bland annat tider inte passades. Samverkan mellan olika verksamheter i arbetet med målgruppen såg personalen som ett vanligt problem.

6. Flyktingkvinnornas berättelser

De flesta av kvinnorna sa att de upplevde möjligheten att få delta i intervjun – eller att få möjlighet att få berätta sin historia – som en lättnad, något som har medfört att de kan se sig själv i ett lite annorlunda ljus. De kunde lättare se sammanhanget mellan sin historia och den aktuella livssituationen.

Innan kvinnorna kom till Sverige hade de flesta levt ett ordnat liv i social gemenskap med familj och andra i det samhälle de kom ifrån. De flesta hade kunnat försörja sig och sin familj. Vid olika tidpunkter i kvinnornas liv började kriget och livet förändrades. En del var då vuxna, medan det för andra innebar att tvingas växa upp i flyktingläger och krig.

6.1 Kvinnornas hälsa och erfarenheter av hälsovård i hemlandet

Innan krigets utbrott och flykten ifrån hemlandet beskrev kvinnorna sig som friska. De sökte enbart vård för sina barn eller i samband med graviditet, någon enstaka infektion eller olyckshändelse.

” Jag var pigg och hade bra hälsa och jobbade mycket hemma. Och gillade inte att sitta stilla och vila utan jobbade bara.” Citat C3

I hemlandet kunde de möjligtvis prata om sina själsliga problem med vänner och släktingar. Däremot innebar det att man blev ansedd som tokig eller galen om man sökte hjälp hos exempelvis psykolog. Särskilt i mindre samhällen hölls det hemligt. Den psykiskt sjuke hölls isolerad från omgivningen eller vistades på något sjukhus.

Inom sjukvården i hemlandet såg man psykiska problem som en sorts sjukdom och ville hjälpa patienterna. Ibland kunde det uttryckas lite diffust, som till exempel när läkaren rekommenderade sin patient med högt blodtryck att inte tänka så mycket och försöka att inte vara nervös.

En stor tilltro fanns till läkarna i sjukvården i hemlandet. De var kunniga men på många ställen saknades utrustning och ibland även medicin. Det fanns privata läkare, vårdcentraler och sjukhus. På en del kliniker behövdes ingen tidsbeställning utan patienten betalade för besöket och väntade sedan på sin tur. I allmänhet fick man tid samma dag som man sökte till sjukvården. Besöken kunde vara avgiftsfria eller betalas direkt via försäkring på arbetet.

Under perioder av krig blev läget inom sjukvården ansträngt. Svårigheterna med bristande utrustning och medicin ökade. I före detta Jugoslavien vågade kvinnorna inte söka vård på grund av rädsla för felbehandlig eller vägrades rent av vård på grund av sin etniska tillhörighet.

Patient/läkarrollen beskrivs som annorlunda jämfört med Sverige:

Vården i hemlandet fungerade bra men de sjuka var mer passiva och gjorde bara det som läkaren rekommenderade utan att de själva lärde sig lite mer om sin sjukdom och försökte själva göra nåt. I Sverige samarbetar patient med läkare och medverkar aktivt att förbättra sin hälsa. Sammanfattning C2

6.2 Kvinnornas hälsa och erfarenheter av hälsovård i Sverige

Samtliga kvinnor i den här studien uppger att deras hälsa försämrats sedan de kom till Sverige, vilket stämmer väl överens med att urvalet av kvinnor till intervjun har varit de som har regelbunden kontakt med vårdcentralen. De symtom de beskriver är huvudvärk, ryggsmärtor, hjärtklappning, magsmärtor, andningsbesvär, ledvärk, depression, psykisk och fysisk trötthet, besvär med fötter etc. De är medvetna om sambandet mellan kropp och själ, men det är svårt att skilja mellan psykiska och fysiska symtom. Exempelvis så kan man få ont i huvudet när man tänker på flykten.

Kvinnorna har regelbunden kontakt med vårdcentralen. De upplever sig bli väl bemötta.

”Jag tycker vårdcentralen Näsby har mycket goda och kunniga människor och att de gör sitt jobb på bästa sätt, de gör sitt bästa.” Citat C2

Den största nackdelen finns i de långa väntetiderna. De tar lång tid att komma fram på telefon, lång tid att få en tid och sedan lång tid att få resultat på prover, undersökningar etc. När det inte finns tid på vårdcentralen blir akuten ibland den utväg till vård som återstår att söka. Kvinnorna tycker även att det är svårt då de får träffa olika läkare, det känns otryggt och påfrestande att berätta sin historia om och om igen. Familjeläkarna är kvinnorna nöjda med.

”...här går allting väldigt långsamt, man väntar hela dagen och till sist får man ändå ingen hjälp. [] Jag har skrivit i mitt testamente att om jag får en hjärtinfarkt vill jag inte behandlas, jag vill dö [] man ska se till att det inte går så långt oavsett vilken sjukdom man har. Jag sökte hjälp för några år sedan, hade besvär med andningen, gick många gånger till vårdcentralen på Näsby men de kunde inte göra något, de ville inte ens remittera vidare [] sökte sen hjälp på akuten på stora sjukhuset, där tog de väl hand om mig, nu är jag nöjd med doktorn [familjeläkaren] men för övrigt upplevs det inte som man tas på allvar, det tog två och ett halvt år att träffa familjeläkaren, det är inte bra när man träffar olika läkare. Nu har jag kommit överens med min läkare var sjätte månad även om jag är frisk känns det bra att gå dit och prata med läkaren och lämna blodprover.” Citat A1

Detta citat belyser flera av de delar som kvinnorna upplever, uppgivenheten angående väntetiderna, känslan av att inte bli trodd och tryggheten i att ha en regelbunden kontakt med sin familjeläkare. Både i intervjuerna och i den uppföljande workshopen framkom bristen på tillit som ett grundläggande problem. En upplevelse som var vanlig bland de intervjuade kvinnorna var att de inte togs på allvar av de svenska läkarna och att de inte blev tillräckligt utredda utan i stället enbart blev erbjudna psykofarmaka. De kände därmed en brist på tillit som ledde till att det var vanligt att de inte tog den ordinerade medicinen, vilket i workshopen poängterades som vanligt förekommande. Där framkom även att kvinnorna kunde må sämre än innan besöket om de inte kände tillit till den hjälp de erbjöds.

Andra önskemål som framkom i intervjuerna var att kvinnorna ville få hjälp av kiropraktor och med massage. Vid besök hos sjukgymnast förväntade de att de skulle få massage och blev ofta besvikna när inte så var fallet.

6.3 Svåra upplevelser från tiden fram till uppehållstillstånd

En anledning till det förändrade hälsotillståndet, från tiden i hemlandet fram till nu, är traumatiska upplevelser. De kunde vara allt från krigsupplevelser, splittrade familjer, dödsfall inom familjen, plötsliga uppblossande etniska konflikter orsakade av krig, materiella förluster, flykt som ofta upprepades, fängslande med eller utan tortyr eller annat våld.

En flykt innebär svåra upplevelser som kan se olika ut beroende på om familjen kom ifrån Irak/Kurdistan eller det forna Jugoslavien. I flykten ifrån Irak/Kurdistan splittrades familjen ofta genom att mannen, som politiskt aktiv, flydde först. Kvinnorna hade upplevt förföljelser och fängslande av familjemedlemmar, ofta av maken. Konsekvenserna blev ofta att mannen flydde och kvinnan stannade kvar med barnen. Hon tvingades då att leva i ovisshet om han klarat sig undan och överlevt, eller blivit torterad och/eller fängslad.

Maken var aktiv i politiska grupper som var mot Saddam Hussein och kämpade för kurdernas rättigheter. Därför var han tvungen att fly landet, om han blev upptäckt så var det stor risk att han skulle avrättas som många andra. Därför lämnade han familjen ensam. På så sätt var de lättare för övriga medlemmarna att lämna landet med tanke på riskerna som fanns. Hon fick vara ensam med barnen under en period. De fick sälja huset och hennes smycken när de flydde.
Sammanfattning B1

Bland kvinnorna ifrån det forna Jugoslavien var det i stället krig och etniska konflikter som var orsak till flykten, vilken ofta kom mycket hastigt. De blev tvungna att lämna det mesta och bara ta det nödvändigaste med sig.

Hon tog bara med några nödvändiga saker, en stor bit rökt fläsk och nybakat bröd. Barnen tog ett sista farväl av sitt hus och sin hembygd. Mannen stannade kvar i byn och efter detta var hon tvungen att kämpa ensam genom hela flykten. Det var svåra och hemska tider för både henne och barnen. De flydde från byn med bilar, traktorer och lastbilar, och efter en lång resa hamnade de i en by där de kunde känna sig tryggare. De togs emot av byborna som hjälpte dem och gav dem mat och annat som behövdes. Hon och hennes barn placerades hos en familj men hon ville inte bara sitta, gråta och göra ingenting. Då hittade hon en stuga som var alldeles tom. De skaffade lite möbler, lite mat och kläder. Med hjälp av några bekanta kunde hon jobba hos bönderna i gården och på det sättet skaffa mat och ved för vintern som närmade sig. Barnen började gå i skolan och hon hoppades att det skulle lugna sig lite. Det var en svår tid och bara tankarna på hennes barn gav henne kraft att kämpa vidare. Hennes man kom på besök bara några enstaka gånger och kunde stanna några timmar. Efteråt var han tvungen gå tillbaka till sin militärtjänst. I flykten hamnade hon i många obehagliga situationer, men hon och hennes barn upplevde aldrig något våld eller något liknande. Efter ett år av flykt från sitt hem blev de tvungna att fly för livet igen. Återigen hann de bara ta med det nödvändiga. Nu ändrades vilken sida i kriget de var tvungna att fly från. Det var ett kaos och att alla flydde från alla. Man visste inte vem kunde man tro på och var kunde man söka skydd. Sammanfattning C3

I sammanfattningen visas på traumatiska upplevelser av olika slag. Familjen splittrades och kvinnan blev då tvungen att under flykten klara sig på egen hand med barnen eftersom maken blev kvar och deltog i striderna. Den materiella förlusten av hela sitt hem upplevde kvinnan två gånger eftersom hon efter den första flykten återigen blev av med allt det som hon hade försökt

kompensera och bygga upp i den nya tillflyktsorten. Barnen hade hunnit börja skolan, men tvingades snart till ett nytt uppbrott när de flydde igen efter ett år. Orsaken till den andra flykten var att den politiska/etniska situationen hade förändrats och att de nu blev de tvungna att fly å ett annat håll. Sannolikt innebär den bristande tilliten mycket för den framtida hälsan.

Från en dag till en annan förvandlades grannar som man levtt tillsammans med till fiender. Situationen blev extra komplicerad om makarna kom från olika etniska grupper. Detta illustreras i följande berättelse, där skilda etnicitet var den direkta anledningen till flykten:

Hon och hennes man har olika nationaliteter. Oroligheterna gällde mest mellan dessa två nationaliteter i det område där de bodde. Deras pojke var 5 år gammal och de var också rädda för hans skull. När situation var så spänd i staden tog hennes make beslut att hon och barnen skulle fly till ett ställe där de kunde bo hos makens kusin. Hon tog bara det nödvändigaste till barnen och sig själv. Hon hoppades att de bara skulle stanna en kort tid tills oroligheterna tog slut. Men det blev inte så. Kriget började med fullt kraft i hela landet och alla kontakter bröts med maken och familjen. Hon viste inte vad som hände med dem, om de var levande eller inte. Hon säger :”Jag lyssnade på TV och radio och de beskyllde mitt folk för att vara skyldiga för kriget. Media beskyllde mitt folk för allt, men sanningen var att alla krigade mot alla och att alla gjorde grymma saker mot varandra”. Sammanfattning med citat C2

Upplevelser av krig med flygplan och bomber som föll innebar en rädsla för sitt liv som ofta yttrade sig i olika symtom som till exempel när flygplanen hördes började huvudvärken, skakningar i kroppen och svåra magsmärtor. Symtomen kunde finnas kvar lång tid efter flykten även om de med tiden avtog. Olika händelser kan återuppväcka upplevelser och ge symtom en lång tid efteråt.

Förutom de trauman som krig och flykt innebar hade kvinnorna upplevt mer vanliga förluster inom familjerna, som exempelvis förluster av barn vid födelsen eller att andra familjemedlemmar avlidit. En kvinna hade förlorat sitt barn på åtta månader på grund av för lång väntetid på operation.

Flykten, med alla de upplevelser som den förde med sig, bar kvinnorna med sig sedan de kom till Sverige. Men de traumatiska upplevelserna är inte alltid över i och med de kommer som flykting till Sverige. Livet i flyktingförläggningarna beskrevs i vissa fall som traumatiska, som till exempel när andra flyktingar skulle utvisas, ofta med hjälp av hundar. På så vis förstärktes de tidigare traumatiska upplevelserna eftersom de själva väntade på uppehållstillstånd och riskerade att föras tillbaka till den plats där upplevelserna ägt rum.

När hon kom till Sverige, togs hon av polisen och sattes i ett kontor. Hon blev fotograferad och frågades ut på ett sådant sätt att hon kände sig som en brottsling. Strax efter att hon blivit placerad i en flyktingförläggning blev hennes barn mycket sjuk och kämpade för sitt liv. Efter ett tag fick hon avslag och hennes värld rasade samman. En dag vaknade hon och var så chockad att hon varken kunde tala eller gå.

Det tog henne flera månader att hämta sig efter chocken. Efter ytterligare två avslag fick hon PUT (permanent uppehållstillstånd). Sammanfattning C3

Hälsan påverkas negativt av den långa väntan i en orolig miljö med flera uppbrott genom flyttningar mellan olika flyktingförläggningar. Förutsättningarna försämrar på så vis möjligheten att kunna integrera sig i det svenska samhället.

I workshopen diskuterades vad som kunde underlätta bearbetningen av de traumatiska upplevelserna. En Gudstro konstaterades vara till stor hjälp för att kunna acceptera det som har hänt. En annan aspekt som fördes fram var att det hjälper att dela upplevelserna med någon, gärna någon som själv haft liknande upplevelser. Många gånger kunde det hjälpa att veta att någon man var tillsammans med själv varit med om liknande händelser utan att man behövde tala om det som hänt. Man både vill och inte vill glömma det som hänt.

6.4 Socialt nätverk bland flyktingar

Det sociala nätverkets betydelse för de intervjuade kvinnornas hälsa och livssituation var genomgående stor. Man saknar familjen som är kvar i hemlandet. De starka band och goda relationer i en stor familj med många syskon som kvinnorna är uppväxta i ser de som viktiga för sitt välbefinnande. En kvinna önskar att hon får en stor familj. I en stor familj finns det alltid någon som kan hjälpa till och det självklart att man gör det. Om mamman eller pappan av någon anledning försvinner så finns det alltid någon som kan ta den rollen.

De som har släkt och vänner runt om sig trivs bättre med boendeformen i bostadsområdet, medan de som inte har de sina runt omkring kan känna sig hämmade bland sina landsmän. Vissa kvinnor beskriver en brist på tillit till andra människor, något som kanske kan förstås som grundade i upplevelser ifrån flykten, men även som grundade i konflikter inom och mellan olika etniska grupper här i Sverige. Följande sammanfattning visar på att sättet att tala om psykiska problem har förändrats.

”I hemlandet pratade man med sina kompisar eller grannar om de sjukdomar man har även om det rör sig om kroppens och själens samverkan. Men här kan man inte göra det för att folk sprider rykten om den person som berättar om sina problem. Alltså man litar inte på människor, även om man har problem hemma så berättar man inte om det. Man håller det inom familjen. I jämförelse med i hemlandet så kunde man där lita på folk och när man inte mår bra kunde man berätta för sina grannar om problemen.” Sammanfattning D3

Konsekvensen av bristen på tillit till andra människor är att det kan leda till att man känner sig ensam och deprimerad.

Skillnaderna i sätten att umgås bland svenskar i Sverige och flyktingar i sina hemländer diskuterades under workshopen. Sättet att umgås i Sverige, med begränsat umgänge i offentliga rum och mer inom familjen, sprids till flyktinggrupper. Konsekvensen för flyktingarna blir, att eftersom deras familjer genom flykten ofta är splittrade eller inte längre finns, har de inte tillgång till någon familj och blir lättare ensamma. De geografiska avstånden i hemlandet är oftast stora vilket innebär att även om olika familjer inom ett bostadsområde kommer ifrån samma land så är det inte säkert att de har så mycket gemensamt. Kulturerna och dialekter inom länderna kan skilja sig mycket ifrån varandra. I den mån svenskar tror att flyktingar har ett rikt socialt nätverk inom gruppen så är det en myt som kan behöva avlivas.

6.5 Svårigheter med integrationen i det svenska samhället

Ett genomgående drag i alla intervjuerna är det utanförskap som kvinnorna upplever i förhållande till svenskarna som individer, men även i förhållande till Sverige som samhälle. De känner sig utanför både privat och i arbetslivet.

På det privata planet är det svårt att komma nära svenskarna trots att alla kvinnorna vill få mer kontakt. Det innebär att de inte får möjlighet att kompensera att de tvingats lämna stora delar av sin familj med att lära känna svenska familjer. En kvinna beskriver att det var svårare här nere än det var när de bodde i en ort längre norrut.

”Jag har inte nära vänskap med någon svensk familj här, vi hejar bara i trappgången till varandra. Tidigare när vi bodde längre norrut i Sverige hade vi nära relation till svenskar. [] När vi flyttade hit till Skåne upplevde vi svenskarna som mer kalla gentemot oss, den mänskliga värmen som var i [] saknas här. De sa inte ens hej till oss [] Jag var mycket ledsen när vi sa hejdå till varandra. Här vill jag så gärna komma i kontakt med någon svensk familj, att man litar och respekterar varandra för den man är. Det hade varit mycket positivt för båda sidor och så hade man kanske lärt sig språket bättre. Här i Sverige måste man ha kontakter för att kunna få ett arbete och man hade kanske haft bättre möjligheter om man kände någon närmare.” Citat A1

Några kvinnor har haft goda erfarenheter av en regelbunden kontakt med någon svensk familj. De har fått hjälp med både det vardagliga och det samhälleliga.

Alla kvinnor säger att de är nöjda med SFI, men trots detta känner de sig uteslutna ur arbetslivet. I SFI har de flesta klarat av att gå vidare, men någon är ledsen över att inte klara testerna. Några har kämpat hårt och kommit vidare till praktik, olika kurser och arbete, men sedan blivit sjuka. Däremot är de ledsna över att de inte ha haft nytta av sina utbildningar/kunskaper från hemlandet, att inte samhället drar nytta av deras tidigare kunskaper. På grund av detta känner sig någon utnyttjad över att ha jobbat utan lön genom att det kallades praktik eller utbildning. Att de känner sig utestängda ifrån arbetslivet innebär att deras roll i samhället har förändrats från att i hemlandet vara en person som kunde försörja sig och bidra till samhället, till att inte längre ha den möjligheten.

”När kommer den dag när jag själv kan bestämma över mitt liv utan att det görs av försäkringskassan, arbetsförmedlingen, socialen, läkaren eller min sjukdom? När ska jag bli frisk igen och få jobb, vilket ska göra mig glad och nöjd?” Citat C1

Att inte längre kunna försörja sig själv och bidra till samhället är för alla en gemensam situation, som de har blivit tvungna att lära sig att leva med. Upplevelsen kan däremot vara olika stark. För vissa innebar det en identitetsförlust som kunde ha stor betydelse för hälsotillståndet. Den utsatta situationen på arbetsmarknaden med många byten av arbetsplatser och sociala kontakter innebar för dessa kvinnor att tidigare förluster aktualiserades, vilket också kan vara av betydelse för deras välbefinnande.

Sammanfattningsvis diskuterades på workshopen att kvinnorna har fått det bra ekonomiskt och klarar sig, men deras människovärde har blivit lidande eftersom de inte känner att de kan bidra till samhället. De har drabbats av ”den svenska ensamheten” och ”den svenska stressen” vilket har fört med sig att deras livssituation och hälsa påverkats i negativ riktning.

6.6 Förutsättningar för en förändrad livssituation

Kvinnorna känner tacksamhet för det stöd och hjälp de fått av det svenska samhället när de kom till Sverige. Alla tycker att det är viktigt att lära sig det svenska språket. För vissa kvinnor blir det svårt om SFI och/eller praktik är på heltid då det finns så mycket annat som ska falla på plats. Många kvinnor har också ett stort ansvar för hem och familj. Någon nämner bland annat fysisk och psykisk utmattning som gör att de inte orkar ta emot allt stöd och hjälp som de kan få. Det är viktigt att man lyssnar på och tar individen på allvar. En kvinna menar att:

”... hon inte vill bli betraktad som en invandrare utan mer som en individ, såsom hon verkligen är som person. Att man får hjälp och möjlighet att hitta källan för problemet ...” Sammanfattning C3

Genom att utgå ifrån kvinnans unika situation, vad hon vill och kan, finns möjligheten att hon kan hamna på rätt ställe. Då får hon chansen att visa vem hon är och vad hon kan, medan det för andra - en del äldre kvinnor - kan vara bättre att de får vara i fred. Av olika skäl kan de inte stå till arbetsmarknadens förfogande eller tillgodogöra sig SFI. De åtgärder som sätts in leder till att de känner sig så stressade att blir sjuka.

Även om alla i stort sett är nöjda med den hjälp de fått i Sverige finns hemlängtan. Att återvända finns i allas tankar, men för barnens skull så stannar de eftersom de ser att i Sverige finns framtiden för barnen. Någon uttrycker att hon är främling både i Sverige och i sitt hemland och att det därför är bättre att stanna i Sverige som är tryggare för barnen. Några funderar på att återvända när barnen är stora och kan klara sig själva i Sverige.

En stark hemlängtan gör det svårt att klara av anpassningen till det svenska samhället, men regelsystem för kort ledighet försvårar möjligheten att resa hem. Avdraget i det ekonomiska understödet blir så stort att det är svårt att klara uppehållet om de stannar borta längre. Endast sjukskrivning gör att bidraget får behållas.

”Du önskar att åka till ditt hemland och träffa din familj eftersom du inte har träffat dem på snart fem år och längtar efter dem. Resan skulle kunna göra så att du mår bättre och blir pigg igen.” Ja, det stämmer. Men de hinder som jag har är att jag behöver vara ledig från skolan utan att jag får avdrag. Jag menar på sommaren om jag tänker åka så vill jag inte åka bara tre veckor. Och vårt sommarlov är bara tre veckor och det räcker inte för jag inte har träffat min mamma och syskon på jättelänge. Så jag menar att jag behöver vara ledig längre tid så att jag hinner åka.” Sammanfattning med citat D1

Någon tyckte att det var lättare att komma in i samhället efter det att hon fått Permanent uppehållstillstånd, PUT. Kort sagt kan man säga att kvinnornas önskan är ett vanligt familjeliv i kombination med att få arbeta och tjäna pengar till sitt uppehälle. Det som håller gnistan vid liv är barnen. De sätter stort hopp till sina barn, medan för sin egen del har många resignerat inför möjligheten att kunna försörja sig. För kvinnorna är den högsta önskan fred i världen, god hälsa och att barnen får en bättre framtid än vad de själva fått.

Kontakter med svenskar diskuterades i workshopen som viktig för att komma in i det svenska samhället både privat, men också för det var på det viset man kunde få de kontakter som krävs för att kunna få ett arbete och möjlighet till försörjning. Det betonades även att i den information som flyktingar får idag så visas mycket på de rättigheter de har. Det är bra, men skyldigheter som de har behöver också lyftas fram.

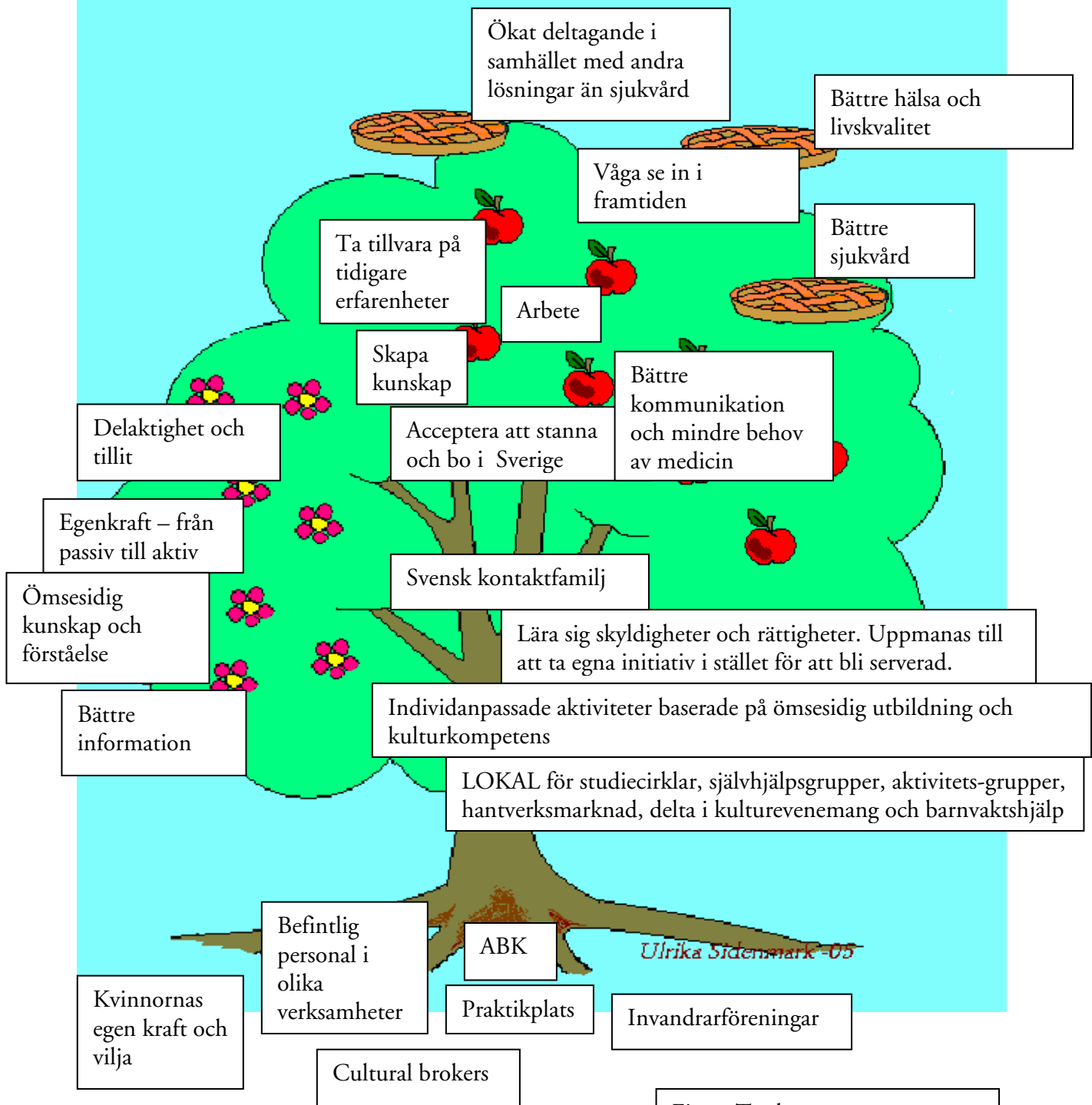
7. Workshop – om att utveckla strategier

Under en dag arbetade cultural brokers, CK, JK och AA i en workshop med att utveckla möjliga strategier. Som utgångspunkt för arbetet användes kvinnornas berättelser och hur cultural brokers ser på flyktingkvinnors livssituation av idag. Även cultural brokers erfarenheter av hur andra flyktingkvinnors livssituation ser ut användes i diskussionen. CK och JK kompletterade med intervjudata från personal, studiebesök och sina erfarenheter ifrån arbetet med målgruppen.

Syftet med workshopen var att bygga en teori för förändring, i enlighet med Springett & Young (2002). Ett träd användes som symbol för att åskådliggöra hur gruppen tänkte sig att man skulle kunna åstadkomma förändringar med de resurser som finns i ett kort och ett längre tidsperspektiv. Arbetssättet är ett redskap för projektplanering där deltagarnas erfarenhet och kreativitet tillvaratas. Det syftar till att intressenter till ett projekt ska få insikt om egna erfarenheter och kunskapers betydelse som resurser i ett förändringsarbete. Genom att använda trädet som symbol i planeringen åskådliggörs hur man i framtiden skulle kunna arbeta i ett projekt. De olika beståndsdelar innefattar resurser (rot), aktiviteter (stam), kortsiktiga effekter (blommor), medellångsiktiga effekter (äpplen)-, till långsiktiga effekter (äpplepajer) samt faktorer i kontexten (sol och moln) som har betydelse. Logiken mellan de olika komponenterna i projektet blir på så vis öppna för diskussion inom gruppen genom att likheter och skillnader i hur de tänker tydliggörs (Springett & Young, 2002).

I workshopen byggde CK och JK ett träd och cultural brokers ett träd. CK's och JK's träd inriktades på aktiviteter som initieras från vårdcentralens sida med utgångspunkt ifrån flyktingkvinnors behov, medan cultural brokers träd mer inriktades på aktiviteter med utgångspunkt ifrån flyktingkvinnor egna initiativ. Det poängterades att aktiviteter under tvång inte fungerar. I båda träden såg man kvinnorna som resurser i förändringsarbetet. I den uppföljande diskussionen tillkom ytterligare idéer om hur man skulle kunna arbeta sedan projektet avslutats i denna form. I följande figur redogörs för det träd som man i workshopens uppföljning enades om.

Innehållet i trädet har sedan använts som utgångspunkt i utvecklingen av strategier. Vissa delar i innehållet speglar vilka mål och värden som deltagarna anser vara viktiga i utvecklingen av strategierna, medan andra delar visar på konkreta förslag till åtgärder. Sammanfattningsvis kan man se arbetet med trädet som ett sätt att få inspiration till att finna nya vägar som man kan arbeta på.



Ulrika Sidenmark -05

Figur: Trädet som förändringsteori

8. Förslag till strategier

Förslagen till strategier har utarbetats med utgångspunkt från arbetet i workshopen. Där ”byggdes ett träd” med material från intervjuer med flyktingkvinnor och personal samt cultural brokers och projektledarnas erfarenheter. De föreslagna strategierna kan ses som en utveckling av trädet. Två olika typer av strategier föreslås, där vårdcentralens roll i förändringsarbetet ser ut på olika sätt. Den första är mer utåtriktad medan den andra riktar sig mer inåt den egna verksamheten. I båda typerna av strategier avses på sikt att flyktingkvinnornas roll som sjuk, passiv och vårdberoende ska bli mindre och i stället ska deras roll som aktiv, deltagande och frisk medborgare stärkas.

8.1. Vårdcentralens utåtriktade strategier

De fyra första strategierna inriktar sig på verksamhet där vårdcentralen är medaktörer tillsammans med andra för att ta tillvara på initiativ, stimulera och samordna resurser i ett lokalt folkhälsoarbete.

8.1.1 Samverkan mellan invandrarorganisationer, flyktingkvinnor och olika verksamheter

Arbetet i referensgruppen har under det här året visat på hur man kan utveckla samverkan mellan vårdcentral, familjehus, integrationskontor och socialförvaltning tillsammans med flyktingkvinnor, som för närvarande varken har inflytande eller ses som en resurs i arbetet:

- En samverkansgrupp med representanter från olika flyktinggrupper och verksamheter bildas. Majoriteten bör komma ifrån flyktinggrupper. Lämpligen ingår Cultural brokers som resurspersoner och kulturella brobyggare.
- Övergripande målsättning ska vara att utveckla delmål och åtgärder som främjar flyktingkvinnornas hälsa och tillvaratar deras resurser.
- Ett program fastställs för ett år i taget för att säkerställa ansvarsfördelning mellan olika intressenter. Genom att alternera mötesplats mellan verksamheter och invandrarföreningar ges möjlighet för respektive värd att planera och förbereda det möte som de ansvarar för.
- En person utses till sammankallande och samordnare för gruppen.
- Verksamheter och föreningar ansvarar för att innehållet vid varje träff blir meningsfullt och stämmer överens med den övergripande målsättningen.
- En loggbok förs inom varje verksamhet/förening för att visa hur man arbetar vidare inom respektive verksamhet med det som framkommit i samverkansgruppen. Den kan användas som redskap för utvärdering.

8.1.2 Cultural brokers som brobyggare mellan

verksamheter och flyktingkvinnor

- Cultural brokers har visat sig vara värdefulla som experter på flyktingskap och kulturella frågor inom respektive grupp. Deras kunskap och kompetens kan tas tillvara genom att:
- De ses som brobyggare och kunskapskälla för hur flyktingkvinnorna fungerar i samverkan med olika myndigheter, samt har kunskap om vilka behov kvinnorna har. Cultural brokers kunskap kan på så vis användas för att utveckla verksamheter på bästa sätt i linje med respektive grupps behov.
- De kan fungera som personliga ombud till kvinnorna, det vill säga som en länk mellan kommun/landsting och kvinnorna i samhället. Kvinnorna kan vända sig till dem under en avsatt telefontid med frågeställningar som eventuellt kan besvaras direkt eller förmedlas vidare till den kontakt som behövs.
- De kan tillsammans med andra flyktingkvinnor delta i att bygga upp aktiviteter/verksamheter som bidrar till att bryta det utanförskap kvinnorna känner.

8.1.3 Flyktingkvinnorna som resurser i lokalt folkhälsoarbete

för att utveckla egna aktiviteter/verksamheter

Kvinnornas kunskaper och erfarenheter, vilket för närvarande inte tillvaratas, kan ses som resurser som ges utrymme i ett utvecklingsarbete som gagnar dem själva. Det rör sig både om formella utbildningar men också om informella kunskaper såsom olika typer av sömnad, bakning, hårvård, dans etc. För att främja initiativtagande hos kvinnorna behövs:

- En lokal där de kan träffas och själva forma verksamheten.
- Mentorer, med syfte att stärka individerna att ta egna initiativ, utses från samverkansgruppen. Cultural brokers kan här ha en viktig roll.
- Stöd för att bygga upp ett kontaktnät ut i samhället, till exempel genom kontaktfamiljer.
- Annan hjälp kan t.ex. vara att starta upp självhjälsgrupper.

8.1.4 Uppbyggnad av kontaktnät mellan svenska familjer och flyktingfamiljer

Ett återkommande behov som visades på i olika sammanhang var att flyktingarna ville lära känna svenskar för att kunna lära sig de svenska koderna både privat och i arbetsliv. De hoppas att de på så vis ska få en möjlighet att kunna bidra till det svenska samhället. Ett kontaktnät mellan svenskar och flyktingfamiljer skulle kunna byggas upp, något som kunde vara till glädje och nytta för båda parter. Någon organisation som tar initiativ och söker upp intresserade familjer för att sedan förmedla kontakter behövs. Röda Korset kan till exempel vara en möjlighet.

8.2 Vårdcentralens inåtriktade strategier

Följande strategier inriktar sig på vårdcentralens inre verksamhet, men med visst inflytande från flyktingkvinnor. Det övergripande syftet är dock att slussa ut kvinnorna till andra aktiviteter utanför vårdcentralen.

8.2.1 Utbildningsinsatser av personal

En önskan om utbildning av personal har framkommit både i referensgruppen och i intervjuerna. Följande är ett förslag på utbildningsinsatser som skulle kunna svara mot de brister som framkommit under det föreliggande projektets gång:

- Kunskap om vad flyktingskapet innebär är nödvändig och måste tydliggöras. All personal behöver ha viss insikt och kunskap, men mer djupgående kunskap kan utvecklas genom team arbete.
- I invandrartäta bostadsområden bör utbildningsunderlag och utbildningsval anpassas till invånarnas behov. Transkulturell kompetens är ett viktigt område att tillgodose i utbildningssammanhang.
- Resurspersoner i utbildningsinsatser kan vara: Riyadh Al Baldawi, Orienthälsan, Stockholm och Kenjiro Sato, Malmö Högskola.
- Diskussioner om det mångkulturella bör vara ett naturligt inslag i arbetet i samband med arbetsplatsmöten. Dessa kan förslagsvis äga rum varannan månad och innehålla olika teman. Olika personer kan ansvara för varje tema. Temat kan utgå från en artikel, videoavsnitt eller att personal som gått någon utbildning delar med sig av sin kunskap. Samverkansgruppen kan i slutet av varje termin komma till ett personalmöte och dela med sig av vad de har lärt sig.
- Studiebesök kan också inspirera till utveckling, förslagsvis kan besök göras på Orienthälsan i Stockholm och på mötesplatsen Seved i Malmö stad. Kontakt kan även tas med Margarita Lopez-Holmberg för information om deras arbete med hälsokommunikatörer i Malmö.

8.2.2 Berättelsen av sin historia som start för förändring av sin situation

Flyktingkvinnornas deltagande i intervjun då de berättade om de tre faserna i migrationsprocessen visade sig vara användbar även i ett behandlande syfte. Intervjuguiden föreslås därför som redskap i ett samtal för att göra en allsidig analys av klientens tillstånd som krävs för en effektiv behandlingsplanering som baseras på individens unika upplevelser. Möjligheten att få berätta sin historia kan också inleda en bearbetning av tidigare svåra upplevelser:

- En kartläggning av kvinnornas behov och resurser görs initialt med hjälp av intervjuguiden.
- Intervjuguiden kan sedan användas som utgångspunkt i planeringen av den fortsatta behandlingen och vara vägvisare till vilka kontakter som behöver tas.
- Rutiner för hur den ska användas görs inom vårdcentralen. Det yttersta ansvaret för hur den ska användas vilar på behandlande läkare.

8.2.3 Översyn av journalföring

För att kvalitetssäkra den behandling som erbjuds inom närsjukvården behöver journalföringen ses över. Information om flyktingskap med den problematik som det innebär bör ske i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer för journalföring. Journalen bör betraktas som ett betydelsefullt redskap i det dagliga arbetet för såväl den personal som känner till individen sedan tidigare som för andra som inte känner till patienten.

8.2.4 Regelbundna besök hos familjeläkare

I intervjuerna framkom att de kvinnor som hade regelbundna återbesök till sin familjeläkare kände sig tryggare och mer tillfreds med primärvården:

- Under första besöket hos läkaren ska tid vara avsatt för att etablera en god kontakt och möjliggöra upptagandet av en fullständig anamnes som sedan bidrar till att nästkommande besök effektiviseras.
- Regelbundna besök hos familjeläkare kan införas som rutin. På så sätt kan upprepade akutbesök undvikas.

8.2.5 Utveckla information och informationsmaterial

För att förstå system och rutiner är det viktigt att få information som man förstår, vilket skapar smidigare vård och undviker missförstånd. För närvarande är det ofta barnen i flyktingfamiljerna som förklarar för föräldrarna hur systemen fungerar. Vårt sätt att informera kan förbättras:

- Information bör ges både muntligt och skriftligt.
- Utveckling av viktig information på olika språk kan utarbetas.
- Informationen ska finnas tillgänglig i verksamheterna och även innefatta standardiserade brev och dylikt som skickas hem, exempelvis kallelser.

8.2.6 Översyn av Röda Korsets resurser i behandlingen av svårt traumatiserade flyktingar

Samarbete med Röda Korsets center för traumatiserade flyktingar i Malmö bör åter initieras:

- Kontakt med Röda Korsets samordnare ska tas för att se över vilka insatser de kan göra i form av utbildning för att bättre anpassa den vård som görs i närsjukvården.

- En översyn ska också göras av hur de platser som är avsatta för Nordöstra Skåne används och har använts. Frågeställningar som måste tas upp är bl.a. Är platserna tillräckliga? Är det rimligt att behandlingen för de som mår som sämst ska ske i Malmö?
- Utveckla rutiner för att fånga upp dem som inte kan tillgodogöra sig den behandling som finns inom närsjukvården.
- Översyn av arbetsformer i enlighet med de regler för sekretess som gäller inom olika verksamheter. Detta för att undvika att mycket utsatta individer 'faller mellan stolarna' och inte får den vård som de behöver.

8.2.7 Utveckla alternativa behandlingsformer

I intervjuerna framkom önskemål om alternativa behandlingar såsom massage och kiropraktiker. Dessa behandlingsalternativ skulle kunna provas och utvärderas i form av pilotprojekt.

9. Diskussion

Svårigheterna att arbeta med flyktingproblematiken har visats både under förberedelserna till och under projektets gång. Några givna lösningar till hur arbetet behöver förändras kan inte ses utan de måste stegvis utarbetas. Erfarenheterna från det första året kan ses som ett steg i ett lärande i olika sammanhang som på sikt har möjlighet att förändra förutsättningar för hur kvinnorna mår.

9.1 Vad kan vi lära oss av arbetsprocessen?

Det projekt som den här rapporten handlar om är ett svar på personalens upplevelser sedan många år tillbaka. Upprinnelsen till utvecklingsarbetet är en bland personalen på vårdcentralen vanlig upplevelse av otillräcklighet och maktlöshet i mötet med flyktingkvinnor med mångfacetterade besvär. Personalen har upplevt att de sedan slutet av 90-talet velat anpassa verksamheterna efter patient/klientgruppens behov och därmed minska deras lidande, men inte haft kunskap och resurser till ett förändringsarbete.

Tid och pengar avsattes under 2004 för att under ett års tid utveckla sätt att hantera problematiken på ett bättre sätt än tidigare. Sättet att närma sig problemområdet grundar sig på en vilja att tillvarata alla berörda resurser (Antonovsky, 1987) både hos olika personal som hos målgruppen själv. Att få undersöka hur kvinnorna i målgruppen själva såg på sin situation kändes rätt och spännande. Trots dessa intentioner visade det sig vid den slutliga återkopplingen av rapporten som helhet till cultural brokers, att enligt deras mening alltför mycket hade fokuserats på utvecklingen av verksamheten inom vårdcentralen och för lite på verksamheter ute, i enlighet med det lokala folkhälsoarbete som en av strategierna handlar om. Vad vi som olika personal kan lära av detta är att vi har lång väg att gå innan vi fullt ut har lärt oss att öppna upp för andra lösningar och delaktighet från våra målgrupper. När det gäller implementeringen av de föreslagna strategierna bör den strategi som cultural brokers anser vara viktigast prioriteras om vi menar allvar med att vi vill lämna över inflytande till målgruppen.

I planeringen av projektet hade man stora förväntningar på vad projektet skulle kunna åstadkomma. Många olika intressenter involverades i arbetet i referensgruppen för att förankra projektet, och de förväntningar som fanns på gruppens arbete uppfylldes i stort. Deltagarna har varit mycket engagerade. De uttryckte en känsla av att kunna påverka arbetet inom projektets ram och att de fick stöd från sina respektive arbetsplatser för att delta. Sammansättningen av representanter innebar att svensk kultur bland personal mötte kvinnor från de kulturer som vi valt att fokusera på. Mötena innehöll diskussioner om svensk kultur i förhållande till målgruppens kulturer. Myter och fördomar kunde avlivas när religioner, traditioner och familjestrukturer med dess olika roller diskuterades. Mötena har främst skett på det personliga planet i rollen som kvinna. Fler likheter än olikheter har upptäckts, som exempelvis att "jantelagen" finns överallt. Alla har på så vis deltagit aktivt och någon traditionell undervisning har inte skett. Den process som har inletts kan ha inneburit att läroprocesser har satts igång, något som kan medföra en utveckling i ett längre perspektiv på olika nivåer, från individ- och grupp till organisations- och politisk nivå (Freire, 2002). Den kunskap som utvecklats tillsammans har förutsättningar att kunna spridas vidare till familjer, föreningar och verksamheter. Resurser för ett förändringsarbete har diskuterats och tydliggjorts, vilket kan öka samverkan och samförståelse mellan olika arbetsplatser för att få till stånd ett positivt förändringsklimat. Tillsammans finns förutsättningar att kunna påverka beslutsfattare till att förbättra flyktingkvinnornas livssituation, så att deras resurser tas tillvara på ett mer ändamålsenligt sätt. Representanterna i referensgruppen har tillsammans tagit första steget in i en utbildning som kan kallas transkulturell. Ett steg som kan visa sig värdefullt för en mer långsiktig utveckling för att förbättra flyktingkvinnornas hälsa.

De fyra mötena som genomfördes i referensgruppen krävde mycket tid för planering och uppföljning vilket visade sig vara viktigt för att arbetet skulle fungera väl. Dessutom skulle projektledarna delta i fem styrgruppsmöten som också krävde viss tid för planering och uppföljning. De båda mötesserierna medförde att en förhållandevis stor del av arbetstiden gick åt samtidigt med tid för planering av datainsamling, utbildning och stöd till cultural brokers, deltagande i uppföljning av datainsamling, analys och workshops. Den arbetstid som projektet har krävt har därför vida överskridit den tilldelade tiden trots att rapportskrivandet till stora delar genomförts av AA som handledare. De lärdomar som kan dras är att tidigare i planeringen involvera handledarkompetens för att utveckla realistiska mål och att begränsa möten till de absolut nödvändiga för projektens genomförande. Organisation och ansvarsfördelning mellan projektets huvudaktörer behöver också tydliggöras på ett tidigt skede.

En annan svårighet som man kan dra lärdom av är från förankringsarbetet inom vårdcentralen som den organisation som projektet initierades ifrån. Referensgruppsmedlemmarna från vårdcentralen hade svårt att sammankalla sin yrkesgrupp för diskussion eller dylikt. Dagliga arbetsuppgifter, semestrar eller andra utbildningar krävde deras tid. Byten av tjänst, sjukskrivningar och graviditetsledighet innebar förändringar i sammansättningen av deltagare till referensgruppen. Projektledarna upplevde att problematiken med flyktingkvinnorna överläts till dem när projektet väl kom igång i stället för att de kände stöd för att arbeta vidare med det gemensamma problemet.

Av olika skäl var det svårt att med de kriterier som valts rekrytera kvinnor till intervjustudien. I journalanteckningarnas anamnes fanns inte fullständiga uppgifter om hemland, ej heller huruvida personen var invandrare eller flykting. Det förde med sig att vissa kvinnor som skulle ha varit lämpliga för intervjun inte kunde tillfrågas om att delta. De berättelser som redovisas i rapporten måste därför ses som i viss mån begränsade till en grupp som inte var avsedd att ingå, främst genom att något äldre kvinnor än som var planerat deltog. Få yngre kvinnor med barn deltog i intervjuerna, något som bör beaktas i utvecklingen av verksamheten vid Familjehuset som ligger i samma bostadsområde.

Begränsningarna som visats i journalföringen kan tyda på att den komplicerade problematik som flyktingskapet för med sig inte är tillräckligt uppmärksammat eller att kunskaperna är bristfälliga. Personalens frustration inför den komplicerade problematiken som det innebär att vara flykting (Lehti & Mattsson, 1997) kan vara orsaken. Bristen på bakgrundskunskap om flyktingskap har tidigare visats kunna leda till felaktig diagnos och behandling (Johansson, Lundin & Wålinder, 1993). Information om flyktingskap med den problematik det innebär är i enlighet med Socialstyrelsens författningssamling (SOF 1993:20) av betydelse för personalen i det dagliga arbetet för såväl de som känner till individen sen tidigare som för andra som inte känner till patienten. "Vidare utgör den ett viktigt instrument i kvalitets-, säkerhets-, uppföljnings- och utvärderingsarbetet inom vården samt ett underlagsmaterial vid tillsyn och kontroll av den vård som patienten erhållit. Patientjournalen har även en stor betydelse som underlag i vissa legala sammanhang och för forskningen" (SOF 1993:20, s. 1). Ökade kunskaper om vad flyktingskap innebär kan man därför se som viktig både i utvecklingen av diagnostik och behandling, men också i utvecklingen av arbetsmetoder och förhållningssätt, samt utvärdering av projektet.

9.2 Vad kan vi lära oss av arbetet med flyktingkvinnorna?

Intervjuerna med flyktingkvinnorna gav omfattande berättelser om hur de upplevde sin situation. Alla berättade om sina upplevelser av utanförskap, vilket bekräftas av en annan intervjustudie

(Lehti & Mattsson, 1997). Kvinnornas berättelser tyder på att de känner sig alienerade, vilket bland annat innebär känslor av maktlöshet, splittring, isolering och ett främlingskap inför sig själv (Brante & Fasth, 1982). Förstår inte människan de sammanhang hon ingår i, har överblick och kontroll över det som händer och känner att hon kan påverka det som sker genom sina kreativa handlingar riskerar hon att känna främlingskap och bli alienerad (Brännberg, 1991). Både personal och flyktingkvinnor ser kontakter med svenskar som viktiga för att en integration ska kunna ske. En sätt att öka möjligheterna för detta kan vara att utveckla ett kontaktnät mellan svenska och invandrarfamiljer. Det skulle kunna öka förutsättningarna för flyktingar att lära känna det svenska samhället och de svenska koderna. De ser själva att kontakter med svenskar skulle kunna ge en möjlighet att lättare komma i kontakt med arbetslivet och bidra till det svenska samhället.

Att inte kunna nyttja sin utbildning från sitt hemland såg kvinnorna som ett slöseri för det svenska samhället. Ingen av de flykting/invandrargrupper som invandrade 1995-98 ligger under det svenska genomsnittet med avseende på utbildningsnivå mätt som andel personer mellan 25-64 år med minst tre års eftergymnasial utbildning (Statistiska Centralbyrån, 2000). Arbetslösheten inom målgrupperna kan man i ett lokalt inriktad projekt som det här inte påverka mer än i begränsad omfattning. Däremot kan projektet bli ett första steg i ett utvecklingsarbete som behöver pågå under en längre tid för att påverka lokala förhållanden i samhället.

Kvinnorna var medvetna om att deras psykiska tillstånd kunde vara en bidragande orsak till deras fysiska besvär även om man inte så ofta talar om det. Ett liknande resultat har visats i en annan intervjustudie (Lehti & Mattsson, 1997). Den svåra stress som flyktingkvinnorna upplevt under krig och flykt har inneburit krisreaktioner som behöver bearbetas. Om de inte tidigare har kunnat bearbeta upplevelser där de känt sig allvarligt hotade har det visat sig att de flesta drabbas av posttraumatiska stressreaktioner, med psykiskt lidande och eventuella förkroppsligade symtom av kronisk art (Lundin, 1993, Sivik 1995). En longitudinell studie visade att flyktingkvinnors hälsoprofil hade försämrats under en sexårsperiod efter de anlät till Sverige, främst vad gäller sömnproblem, ont i leder, rygg och ben (Kjellin et al 1992). De strategier som handlar om att förbättra bemötande och rutiner inom vårdcentralen kan vara ett sätt att bidra till att vända en negativ hälsoutveckling. En sådan satsning på att förbättra flyktingkvinnors livsvillkor, bemötande och behandling inom hälso- och sjukvården kan vara hälso- och samhällsekonomiskt motiverat förutom av rent humanitära skäl.

Bristen på tillit till den hjälp de erbjöds för sina hälsoproblem sågs som ett grundläggande problem både i intervjuerna och i den uppföljande workshopen. En förklaring kan vara de svåra upplevelser de varit utsatta för, något som kan ha resulterat i en grundläggande brist på tillit. Bland invandrare och flyktingar har man generellt sett en lägre tillit till samhället, dess institutioner och till människor i allmänhet än hos svenskar (Al-Baldawi, 1998). Bemötandet från personalen såg kvinnorna själva som viktig för att de skulle kunna lita på den hjälp de erbjöds. Den individuella kvinnans upplevelse av sin situation behöver, oavsett bakomliggande orsak, tas på allvar så att hennes känsla av tillit kan stärkas, vilket man arbetar med på andra orter och även haft goda erfarenheter av (Espelund, Hagberg & Karlsson, 2005). Ett sätt är att erbjuda henne att berätta om sina upplevelser från tiden före, under och efter flykten i likhet med den intervjuguide som använts i det här projektet. Efter intervjuerna med både cultural brokers och de andra kvinnorna uttryckte de en lättnad över att ha fått berätta sin historia. De hade aldrig tidigare blivit tillfrågade om detta, men de kände sig respekterade och fick möjlighet att komma vidare i sin bearbetning av de händelser de varit med om.

Intervjuerna av kvinnorna visar på många traumatiska upplevelser. Ännu mer kränkande våld som våldtäkter och upplevd tortyr av dem själva finns däremot inte beskrivna. I några fall var förklaringen att de hann fly innan kriget bröt ut, men i andra fall kan det bero på att vi inte nått

de allra svårast drabbade. Några kvinnor som blev tillfrågade avböjde på grund av att de skulle vidare till psykiatriska kliniken och inte orkade med att bli intervjuade. Andra avböjde på grund av misstänksamhet. Ytterligare en anledning till att grövre våld inte finns med i berättelserna kan vara att de som intervjuats valt att inte berätta allt eller att de har förträngt de svåraste minnena. I utvecklingen av strategierna har detta försökt att kompenseras för genom den kunskap och erfarenhet som cultural brokers har av dessa grupper, och strategin som handlar om att initiera kontakter med Röda Korset är ett resultat av dessa diskussioner. Frågan som bör diskuteras är om den hjälp de erbjuds motsvarar effektiviteten i det behandlingsprogram som Röda Korset erbjuder. Är det realistiskt att kvinnor, som inte ens orkar delta i en intervju i Kristianstad, ska delta i ett behandlingsprogram i Malmö? Fortfarande finns behov av att för Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt se över var behandlingen ska ges och i vilken regi.

En del av syftet med projektet var att öka kulturkompetensen bland personal som arbetar med flyktingar och då i form av en ökad kunskap om olika kulturer. Av tidsbrist har syftet i stort bortprioriterats. Genomgående i intervjuerna framkom att individen inte kände sig tagen på allvar. I en studie av Lehti & Mattsson (1997) visas, liksom i den här studien, att de kände sig utsatta för allmänt inriktade åtgärder som mer är byggda på generalisering än på individcentrerade åtgärder. Under projektets gång har vi efterhand i samarbetet inom referensgruppen och med cultural brokers funnit, att en ökad kulturell kompetens handlar mer om att förändra förhållningssättet gentemot flyktingar så att de känner sig tagna på allvar som individer än att öka kunskapen om olika kulturer. Insikten kan liknas med vad Al-Baldawi (2003) beskriver som transkulturell kunskap. Den behövs för att kunna göra den allsidiga analys av klientens tillstånd som krävs, men den handlar mer om att lära sig att se likheter och skillnader mellan hur olika kulturer uttrycker psykiska fenomen (Läraryrket, 1996) än om olika kulturers särarter. I utvecklingen av strategier har vi valt att betrakta kultur som något som ständigt förändras i en dialog mellan och inom olika grupper. På så vis kan man öppna upp för en dialog mellan personal och flyktingar. Ett ökat inflytande av flyktingar i olika sammanhang kan på så vis bidra till att öppna upp för en dialog samtidigt som deras kunskap om problematiken att vara flykting i Sverige tillvaratas.

I den uppföljande workshopen diskuterades ett antagande bland svenskar om att invandrare har ett stort socialt nätverk och att de som kommer ifrån samma land känner varandra. I diskussionen framkom att antagandet snarare kan betraktas om en myt eftersom de många gånger kommer ifrån ett geografiskt stort område, med olika kulturer och dialekter, ibland även olika språk. Det kan också föra med sig att de sociala och ekonomiska livsvillkoren skiljer sig markant. Konsekvensen blir att de många gånger behöver bygga upp nya sociala nätverk, vilket inte främjas av det svenska samhället och dess umgängesformer. Lokalt folkhälsoarbete där flyktingar själva kan utveckla olika aktiviteter som är öppna för alla i området skulle kunna stärka en sådan utveckling. Familjehuset är en annan befintlig verksamhet som kan gynna en sådan utveckling.

Utanförskap i samhället innebär ofta att invandrare känner behov av att ännu mer hålla sig kvar i sin historiska position, vilket riskerar att öka klyftorna mellan svenskar och invandrare (Al-Baldawi, 2003). Integration handlar inte bara om att de som kommer hit ska integrera sig med svenskarna utan att svenskarna också öppnar dörren. Man kan inte bli mer integrerad än man blir accepterad av majoriteten (Wennerström A, personlig kommunikation, 2005). Genom att ge möjlighet till delaktighet i svenskarnas sätt att leva och låta sig påverkas kan en verklig integrering ske, något som bygger mer på ömsesidighet än på ensidighet. Det krävs tid, flexibilitet, nyfikenhet och tålamod för att minska på klyftorna mellan människor från olika kulturer. Genom att lära känna sig själv, sin egen kultur så upptäcker vi snart mer likheter än olikheter, vilket vi som varit mest aktiva inom projektet upptäckt. Personalen i intervjuerna uttryckte en vilja att lära känna flyktingkvinnorna och deras kultur. Genom att öppna rum för möten både mellan svensk

personal och flyktingar, men även mellan svenska medborgare och flyktingar kan en ömsesidig insikt i hur man upplever sin livssituation uppstå. Ett lokalt folkhälsoarbete inom bostadsområdet skulle kunna inriktas på att på olika sätt öppna rum för möten mellan människor ifrån olika kulturer.

9.3 Var finns resurserna i Närsjukvårdsutvecklingen?

Det föreliggande utvecklingsprojektet kan ses som en del i att konkretisera vad närsjukvård kan innebära för en speciell patientgrupp, som i det här fallet handlar om flyktingkvinnor. Det bygger i stort på principerna för förebyggande arbete, vilket bland annat innebär att det är viktigt att på ett så tidigt stadium som är möjligt bryta en negativ hälsoutveckling som medför en mycket hög konsumtion av vård.

Ett deltagarbaserat synsätt tillämpas i det här projektet. Det bygger på målgruppens egna tankar, uttalade behov och resurser vilka har analyserats i samarbete mellan projektledarna och cultural brokers som representanter för målgruppen. Detta synsätt skiljer sig från det inom hälso- och sjukvården mer traditionella, vilket bygger på att man utifrån ett ovanperspektiv sätter in de åtgärder man anser behövs, baserat på den kunskap man utvecklat inom verksamheten. Medborgarnas egen kunskap om sina behov och resurser tas på så vis inte fullt ut tillvara på, något som förändringsarbetet inom Skånsk Livskraft avser att göra. Synsättet och arbetsformen inom föreliggande projekt kan vara ett sätt att bidra till principerna i Skånsk Livskraft. Där avser man bland annat att nya förhållningssätt, vardagliga arbetsformer och samverkansformer ska utvecklas. Vidare ska vårdformer erbjuda delaktighet och helhetssyn på den enskildes behov. I enlighet med dessa principer skulle en naturlig fortsättning på arbetet kunna bli att flyktingkvinnorna själva blir delaktiga i de föreslagna strategierna som resurs i den fortsatta utvecklingen och bollplank för de olika verksamheterna. På så vis tillgodoses både hälso- och sjukvårdens behov av kunskap för att bättre kunna svara upp mot målgruppens behov och målgruppens behov av att få bidra till samhället.

10. Förslag till uppföljning

HBS projektet var avsett som ett avstamp till en utveckling på längre sikt. I enlighet med principerna i Plan-Do-Check-Act (se bil.1) ingår i implementering av mål och strategier ett moment av utvärdering. Projektet skulle därmed utvecklas stegvis under en längre tid. Ett ständigt lärande och successiva förbättringar skulle kunna ske i de verksamheter som projektet innefattar. En deltagarbaserad uppföljning av projektet blir en naturlig fortsättning.

I projektplanen avsåg man att utveckla utvärderingsinstrument, men i enlighet med ett deltagarbaserad synsätt planerar och genomför man utvärderingen tillsammans med intressenter för projektet. Därför kommer principer för hur utvärdering lämpligen ska gå till att diskuteras i det följande avsnittet. Två sinsemellan olika möjligheter skulle kunna vara möjliga, men med olika omfattning i arbetsinsats och därmed ekonomiska kostnader. Den enklare varianten grundar sig på principerna för deltagandebaserad utvärdering, medan den mer omfattande varianten grundar sig på principerna för deltagande aktionsforskning.

10.1 Alternativ I – utvärdering

Utgångspunkten för alternativ I är att man i planeringen av en utvärdering använder sig av den kunskap som utvecklats under det föreliggande projektet. Detta sker i samarbete med intressenterna till de olika delarna i projektet. Under ledning av en person med kompetens inom deltagarbaserad utvärdering träffas olika intressenter cirka tre gånger för att se över och utveckla projektet vidare: formulera syfte, mål och utvärderingsfrågor, samt att utveckla indikatorer och lämpliga former för datainsamling. Resurser för planering och genomförande av datainsamling och uppföljning måste avsättas. Beräkning av kostnader för utförandet kan ske i samarbete med Forskningsplattformen Närsjukvård, Högskolan Kristianstad.

10.2 Alternativ II – forskning

Utgångspunkten till alternativ II är att man behöver fördjupa kunskapen om hur man bör arbeta med att på lång sikt förändra livssituationen och hälsan för målgruppen. Frågeställningar som forskningen kan utgå ifrån utarbetas tillsammans med personal och flyktingkvinnor. Aktuella områden som kan behandlas kan vara inom områden som kulturell kompetens och närsjukvårdens roll i arbete med flyktingar.

Sammanfattning

Många flyktingkvinnor upplever att de mår dåligt och söker ofta hjälp på vårdcentralen där de bor. Kortfattat kan deras hälsa beskrivas som Henry Maudsley gjorde 1850 "Den sorg, som inte kan få utlopp i tårar, kommer andra organ att gråta". Det här projektet har sitt ursprung i att personalen på en vårdcentral i Kristianstad kände sig maktlösa om vilken behandling som var lämplig på grund av den omfattande problematik de uppfattade att flyktingkvinnorna hade. Personalen kände att de inte kunde möta de behov som kvinnorna gav uttryck för. Konsekvensen blev att kvinnorna konsumerade mycket vård utan att egentligen få hjälp. De hade hamnat i en negativ spiral av upprepat vårdsökande och allt sämre hälsa.

Sedan slutet av 1990-talet har olika initiativ tagits från vårdcentralens sida för att åstadkomma en förändring av arbetsmetoder som bättre skulle motsvara flyktingkvinnornas behov. Till det projekt som den här rapporten handlar om beviljades medel från vårdcentralens budget för folkhälsoarbete till att under ett års tid 20041001-20050930 arbeta med flyktingproblematiken. Syftet var att utifrån den kunskap om behov och resurser, som finns bland flyktingkvinnor och personal vid olika verksamheter, utveckla strategier för att förbättra arbetsmetoder. Projektet skulle under året skapa en plattform av kunskap med strategier som kunde utvecklas vidare i ett längre tidsperspektiv.

I projektet har alla intressenter för flyktingproblematiken involverats för att ta tillvara på all kunskap och resurser som finns inom gruppen. Deltagare har varit, förutom flyktingkvinnorna själva, personal vid vårdcentral, integrationskontor, socialförvaltningen/Solrosen, tolkcentralen, familjehuset och ledning för Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt. Arbetet har skett parallellt med studiebesök av projektledare i olika verksamheter, arbete i referensgrupp och ledningsgrupp, samt datainsamling och uppföljning.

Fokus i arbetet har varit flyktingkvinnors behov och resurser. Därför engagerades tidigt i projektet fyra cultural brokers, en i varje etnisk målgrupp: kurder; araber i Irak; kosovoalbaner; samt forna jugoslaver. De skulle fungera som brobyggare språkligt och kulturellt mellan personalen och flyktingkvinnorna. Efter att ha deltagit i en utbildning i intervjuteknik genomförde de intervjuer med kvinnor inom respektive etnisk grupp, deltog i analys och workshop för att utveckla strategier, samt lämnade synpunkter på rapporten.

Datainsamlingen bestod främst av intervjuer. Personal vid olika verksamheter såg det som positivt att lära känna människor ifrån andra kulturer samtidigt som det innebar problem med bland annat tider inte passades. Samverkan mellan olika verksamheter i arbetet med målgruppen såg personalen som ett vanligt problem.

Flyktingkvinnorna som deltog i intervjun hade inte tidigare upplevt att någon var intresserad av dem som individer. De såg intervjun som en möjlighet att få berätta sin historia, vilket innebar en lättnad och att de numera ser sig själva i ett lite annorlunda ljus. De berättade om sin hälsa och hur de upplevde vården nu jämfört med innan flykten, om sina svåra upplevelser i samband med flykten och efter de kommit till Sverige. Deras upplevelser av lättnad och tacksamhet över att få bo i Sverige blandades med ensamhet och känsla av utanförskap i förhållande till svenskar och det svenska samhället. Möjligheten att förändra sin livssituation och må bättre såg de som avhängigt till att bryta utanförskap och få möjlighet att bidra till det svenska samhället.

Ett antal strategier föreslås i rapporten som ett led i Närsjukvårdsutvecklingen. De bygger på principen om medborgarnas deltagande och är grundade i flyktingkvinnornas upplevelser av sin livssituation och av de samhälleliga insatser som de tar del av. Mycket överensstämmer med personalens synpunkter. Två olika typer av strategier föreslås, där vårdcentralens roll i förändringsarbetet ser ut på olika sätt. I den ena är den mer utåtriktad och i den andra riktar den

sig mer inåt den egna verksamheten. I båda typerna av strategier avses på sikt att flyktingkvinnornas roll som sjuk, passiv och vårdberoende ska bli mindre och i stället ska deras roll som aktiv, deltagande och frisk medborgare stärkas. Flyktingkvinnorna bör ses som en resurs i utvecklingen av Närsjukvården.

A. Utåtriktade strategier från vårdcentralen:

- Samverkan mellan flyktingar, vårdcentral, familjehus, integrationskontor och Integrationskontor och flyktingkvinnor.
- Cultural brokers som brobyggare mellan verksamheter och flyktingkvinnor.
- Flyktingkvinnor som resurser i lokalt folkhälsoarbete för att utveckla egna aktiviteter/verksamheter.
- Uppbyggnad av kontaktnät mellan svenska familjer och flyktingfamiljer.

B. Inåtriktade strategier från vårdcentralen:

- Utbildningsinsatser av personal.
- Berättelsen av sin historia som start för förändring av sin situation.
- Översyn av journalföring.
- Regelbundna besök hos familjeläkare.
- Utveckla information och informationsmaterial.
- Översyn av Röda Korsets resurser i behandlingen av svårt traumatiserade flyktingar.
- Utveckla alternativa behandlingsformer.

Det föreliggande utvecklingsprojektet kan ses som en del i att konkretisera vad närsjukvård kan innebära för en speciell patientgrupp, som i det här fallet handlar om flyktingkvinnor. Det bygger i stort på principerna för förebyggande arbete, vilket bland annat innebär att det är viktigt att på ett så tidigt stadium som är möjligt bryta en negativ hälsoutveckling, som medför en mycket hög konsumtion av vård.

Ett deltagarbaserat synsätt tillämpas i det här projektet. Det bygger på målgruppens egna tankar, uttalade behov och resurser, vilka har analyserats i samarbete mellan projektledarna och cultural brokers som representanter för målgruppen. Detta synsätt skiljer sig från det inom hälso- och sjukvården mer traditionella, vilket bygger på att man utifrån ett ovanperspektiv sätter in de åtgärder man anser behövs, baserat på den kunskap man utvecklat inom verksamheten. Medborgarnas egen kunskap om sina behov och resurser tas på så vis inte fullt ut tillvara på, något som förändringsarbetet inom Skånsk Livskraft avser att göra. Synsättet och arbetsformen inom föreliggande projekt kan vara ett sätt att bidra till principerna i Skånsk Livskraft. Där avser man bland annat att nya förhållningssätt, vardagliga arbetsformer och samverkansformer ska utvecklas. Vidare ska vårdformer erbjuda delaktighet och helhetssyn på den enskildes behov. I

enlighet med dessa principer skulle en naturlig fortsättning på arbetet kunna bli att flyktingkvinnorna själva blir delaktiga i de föreslagna strategierna som resurs i den fortsatta utvecklingen och bollplank för de olika verksamheterna. Ett sådant arbetssätt har visats vara svårt att genomföra i det föreliggande projekt, men också desto mer angeläget att fortsätta med. Målgruppen själv via cultural brokers vill satsa på att ta tag i sin situation och utveckla egna verksamheter med aktiviteter som bättre motsvarar deras behov.

SLUTORD

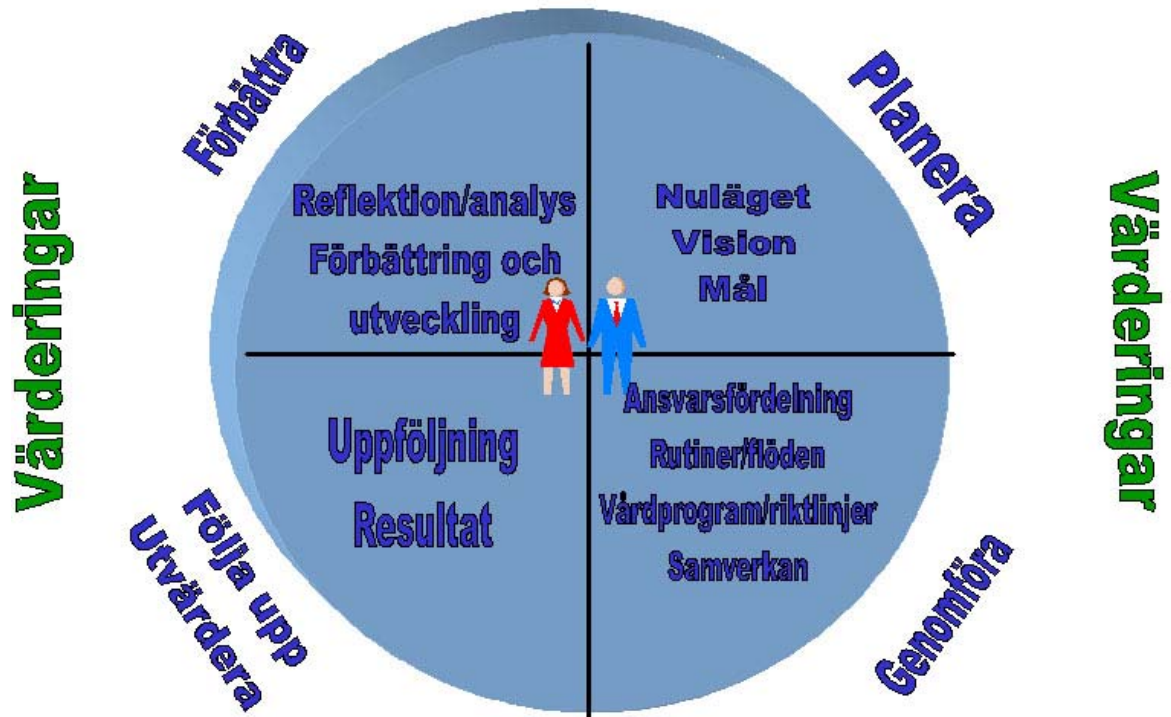
I det föreliggande projektet på ett år avsåg man att skapa en plattform av kunskap för att kunna föreslå strategier som ska kunna fortsätta att utvecklas på längre sikt. En utveckling som kan liknas med en båt som nu ska sjösättas. Lämpligen bör uppföljningsarbetet ske i samma anda som hittills med olika intressenter med i båten. För att båten ska kunna hålla den kurs man bestämmer sig för, behöver utvärdering införlivas på ett naturligt sätt i det fortsatta arbetet. För att med större säkerhet veta vilken kurs som är den rätta behövs fördjupad kunskap om vad transkulturell kompetens innebär, liksom om närsjukvårdens roll i arbetet med flyktingar. Det som nu återstår är politiska och administrativa beslut huruvida båten ska sjösättas och i så fall vad den ska innehålla samt vilken kurs den ska ta. Och innebär de beslut som tas att målgruppen själv kommer att ha inflytande över vilken kurs som är den rätta för dem?

Referenser

- Al-Baldawi, R. (2003). Migrationsprocessen och psykosocial hälsa. *Svensk Rehabilitering*, 3:21-23.
- Al-Baldawi, R. (1998). I migrationens och exilens spår: Psykosociala konsekvenser av en förändrad familjestruktur. *Läkartidningen*, 95(19):2223-31.
- Ale Kommun (1998). Kartläggning av flyktingarnas hälsotillstånd, med inriktning på krigs- och Traumaskador, i Ale Kommun 1998. Ale Kommun: Vård och omsorgsförvaltningen.
- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Branthe, T. & Fasth, E. (1982). Termer i sociologi – Innebörd och sammanhang. Stockholm: Liber AB.
- Brune, M. (1995). Traumatiserad flyktingar – möte och bemötande i vården. I A. Hjern (Red.), Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar. Lund: Studentlitteratur.
- Brännberg, T. (1991). Stenar i stället för bröd. Överskridandets dilemma i sociala projekt. Floda: Zenon.
- Doctare, C. (2000). *Hjärnstress – kan det drabba mig?* Stockholm: Runa förlag.
- Ekblad, S., Jansson, S. & Svensson, P.G. (1996). *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber Utbildning
- Espelund, G., Hagberg, M. & Karlsson, A. (2005). *Akademikern SSR*. 5:12-15.
- Freire, P. (2002). *Pedagogy of the Oppressed*. Pedagogy of the oppressed 30th Anniversary Edition. New York: Continuum.
- Hjern, A. & Lofvander, M. (1995). Traumatiserade flyktingar i primärvården. I A. Hjern (Red.), Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar. Lund: Studentlitteratur
- Hobfoll, S.E., Spielberger, C.D., Breznitz, S., Figley, C., Folkman, S., Green, B. et al. War related Stress. Addressing the stress of war and other traumatic events. *American Psychology*, 46:848-55.
- Hälso- och sjukvårdsstaben (2002). Möjligheter till rehabilitering av torterade och krigsskadade. Informationsblad 2002-12-10, RS/020272.
- Johansson, V., Lundin, T. & Wälinder, J. (1993). Svårt fall med posttraumatisk stressreaktion. Kulturkrock i svensk sjukvård. *Läkartidningen*, 90(24):2309-2310.
- Kjellin, I., Brandt-Segerström, G., Kjellin, L. & Sörensen, S. (1992). Flyktingkvinnornas hälsa och livsvillkor måste förbättras. *Läkartidningen*, 49:4251-4254.

- Lehti, A. & Mattsson, B. (1997). Utanförekänsla kan ge smärta. *Läkartidningen*. 94(12):1104-8.
- Lundin, T. (1993). Normala och sjukliga stressreaktioner. *Läkartidningen*. 90(28-29):2507-9.
- Läraryförbundet. (1996). Pedagogisk uppslagsbok – Från A till Ö utan pekpinna. Stockholm: Informationsförlaget.
- Region Skåne. (2004). Genomförandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Beslut i HSN 28/9 2004.
- Sammanställning av besöksstatistik från patientjournaler, (2000)
- Sivik, T. (1995). Posttraumatisk stress och krigsupplevelser. I T. Sivik & T. Theorell (Red.). *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Skoglösa, I. (2000). Primärvård i samverkan. PRIS projektet: Dagmarprojekt. Intern utvärdering: Kuratorsdokumentation. Delrapport: Sammanställning av patientdata från verksamhet på Vårdcentraler under 1997-1999. Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt.
- Socialstyrelsen. (2000). *Olika villkor – Olika hälsa*. Rapport 2000:3. [www dokument]. URL <http://www.sos.se/fulltext/0003-003/0003-003.pdf>
- Socialstyrelsen. (1993). *Socialstyrelsens författningssamling*. SOFS 1993:20.
- Springett, J. & Young, A. (2002). Comparing Theories of Change and participatory approaches to the evaluation of projects within Health Action Zones: Two views from the North West on Engaging community level projects in evaluation. I: L. Bauld & K. Judge. *Learning from Health Action Zones*. Chichester: Aeneas Press.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2002). Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika *invandrargrupper i Sverige*. Rapport 2002:29. [www dokument]. URL <http://www.fhi.se/uploead/PDF/2004/rapporter/invinlaga.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2000). *Utbildningsnivå för utrikes födda*. UF 49 SM 0011, Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Swartling, P.G. & Håkansson, A. *Primärvårdens utveckling fram mot år 2010*. (www dokument) [http://www.sfam.nu/Navigationssidor/Om%20SFAM/Primarvardens utveckling fram..](http://www.sfam.nu/Navigationssidor/Om%20SFAM/Primarvardens_utveckling_fram..) (2005-04-26)
- WHO. (1997). New players for a new era: leading health promotion into the 21st century. 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia 1997. Conference Report World Health.

Utvecklingshjulet



Bilaga 2

Minnesanteckningar från genomförandet av 6punktsmodellen 050913

Närvarande:

Metodhandledare: Ingrid Westerberg

HBS projektledare: Christina Knutsson

HBS referensgrupp: Rounak Melanweli integrationskontoret, Lena Willix Solrosen, Ingela Lennartsson Familjehuset, Kristina Kjellander, Monika Jönsson, Cecilia Margell och Christina Hovström Näsby VC.

HBS styrgrupp: Lena Nilsson och Lorna Molin.

Övriga: Liz Sandgren enhetschef Migrationsverket, Karin Sandberg SFI lärare, Lotta Olsson socialsekreterare integrationskontoret, Anna Alowan socialsekreterare integrationskontoret, Birgitta Larsson utvecklingsstrateg CSK och Ingrid Fernström kurator psykiatri.

Frånvarande:

HBS projektledare: Jennie Karjalainen.

HBS styrgrupp: Marcus Eriksson chef Integrationskontoret, Agneta Abrahamsson Universitetslektor/HBSHandledare.

HBS referensgrupp: Anders Hartell Näsby VC.

Övriga: Bo-Anders Paradis verksamhetschef Näsby VC, Lena Norén Roth chef socialförvaltningen, Anna-Lena Ehn Hälso- och sjukvårdsstrateg distriktsnämnden, Ingrid Pettersson chefskurator CSK, Kismet Mirhan MedLäkare.

Det fanns olika skäl till frånvaron som semester, sjukdom eller annat arbete. Antalet inbjudna deltagare fick begränsas på grund av att metoden ej kunde genomföras med för många deltagare.

€ Mötet inleddes med att HBS projektledare hälsade alla välkomna.

€ Därefter följde en presentationsrunda av samtliga deltagare.

€ Lorna Molin berättade kort om sin roll i samband med HBS igångsättande samt hur tankarna i arbetet stämmer överens med den målsättning som närsjukvården har.

€Metodhandledaren tog sedan vid och berättade arbetsgången i 6punktsmodellen som är följande:

1. Berättelsen: utförs av berättaren som får göra detta ostört.
2. Frågestunden: efter berättaren är klar ställer deltagarna frågor som ska vara raka utforskande frågor som inte innehåller värderingar eller lösningar.
 - Därefter får gruppen diskutera och berättaren kan inte längre besvara frågor eller gå in i diskussionen.
3. I diskussionen ska vi försöka "Se mönstren" d.v.s. vilka mönster som finns i agerandet runt patienten, hos patienten själv och i systemet.
4. I diskussionen ska vi också försöka "Se valen" d.v.s. vilka val är gjorda i förloppet och vilka värderingar kan ligga bakom dessa, men också vilka alternativa val(och mönster) som vi kan se?
5. Därefter kommer deltagarna fram till förslag till handling som riktas till berättaren, men också till andra berörda aktörer.

6. Sedan kommer berättaren in igen den s.k. Berättarens kvittens äger rum dvs. kommentarer till förslagen och de bakomliggande resonemangen. Slutligen får den del av gruppen som suttit bakom "glasväggen" under hela processen komma in och ställa kompletterande frågor att ombedjas lägga ett strategisk perspektiv på den problem- och möjlighetsbild som har kommit i dagen vi berättelsen och den första gruppens dialog. Vad kan göras på längre sikt?

€ Avidentifierad sammanfattning av fallbeskrivningen efter frågestund.

Berättaren har följt fallet under en fyraårs period som handlar om en gift muslimsk medelålderskvinna från mellanöstern. Kvinnan har tre barn, hennes make dödades under ett krig. Kvinnan har inget arbete eller utbildning och föräldrarna får försörja henne och barnen. Efter överenskommelse gifter sig kvinnan med svågern och blir gravid. Han tvingas fly för att slippa delta i krig och kommer tillbaka då deras barn är 1 1/2 år gammalt. Han tvingas att fly igen efter nya tvång att delta i krig då flyr han till Sverige. Kvinnan och barnen flyr på egen hand och får vistas i två andra länder innan de kommer till Sverige som anknytningsfamilj ett år efter mannen. Kvinnan är psykiskt utmattad vid ankomsten.

Mannen har deltagit i SFI innan familjen kom och hans svenska är mycket bristfällig. Han saknar utbildning från hemlandet men har arbetat inom försäljningsbranschen. Kvinnans hälsotillstånd förvärras och mannen får vara hemma och ta hand om henne och barnen. Matlagningen sköter kvinnan. Mannen eller något av barnen får ibland vara tolk när kvinnan bl.a. besöker sjukvården vilket hon ofta gör på grund av olika åkommor som yrsel, andnöd, oförklarliga svimningsanfall och migrän. Hennes magsmärter togs inte på allvar av sjukvården varpå en extra operation måste utföras. Kvinnan får också felaktig information som sedan bekräftas efter en ny röntgenundersökning. Kvinnan utvecklar diabetes och får olika mediciner för sina åkommor men de ger ingen tillfredställande effekt. Kvinnan är isolerad och till viss del är mannen också det. Han träffar andra män i moskén. De har ingen släkt i Sverige och de barn som kommit upp i vuxen ålder bor i en annan stad. Mannen är aggressiv och har varit våldsam mot sin familj bl.a. i samband med uppfostran av barnen och polisen har blivit inblandad. För övrigt går det bra för barnen i skolan och med kompisar. Kvinnan vill skiljas men vågar inte, hon trivs inte i Kristianstad och vill flytta närmre sitt barn som bor i en annan stad. Hon känner sig inte betrodd och litar inte på sjukvården. Hon vill veta vad för sorts sjukdomar hon lider av.

€ Gruppen diskuterar olika mönster som frågeställningar och berättaren får inte svara.

Frågeställningar som kommer upp är: Har hon aldrig styrt över sitt liv? Är mönstret från hemlandet som hon inte själv valt? Har hon inget mål? Har hon ingen att prata med eller kan/vill hon inte? Känner hon sig fången i sitt hem eller vill hon inte gå ut? Har hon förtroende för någon? Vandrar hon runt i sjukvården för att hon inte förstår samverkan mellan kropp och själ eller är det för att hon synliggörs där till viss mån? Finns det ingen som tar sig tid att se helheten? Hur mycket information går in till henne när mannen oftast tolkar? Hur ser tolkpolicyn ut på arbetsplatserna? Varför tillåts mannen eller barnen att tolka? Finns kontroll och uppföljning av diabetes med tanke på hennes yrsel? Följs lagen om anmälningsplikt?

€ **Därefter** diskuterar gruppen lösningar. Berättaren får inte delta.

Tankar som kommer fram är att kvinnan behöver komma ut i ett meningsfullt sammanhang. Eftersom hon inte kan tillgodogöra sig SFI så behövs det andra alternativ. Hannahgruppen som riktar sig till traumatiserade flyktingkvinnor med gott resultat är ett alternativ. Lättgympa gruppen på Näsby VC där positiva förändringar har noterats är ett annat alternativ. Det är viktigt att anpassa kraven efter förmåga och en kvinna med en historia som den här ska eventuellt lämnas ifred. Samverkan måste komma till stånd så att kvinnan slipper att söka sjukvården så ofta. Hon

måste få svar på vad som fattas henne och hur hon kan aktivt jobba med sina besvär. Genom samtal kan kvinnan komma upp till ytan så att hon kan må bra i något sammanhang. Det bör finnas någon som följer henne t.ex. en kontaktperson som hon har förtroende för, denna person behöver inte vara någon med utbildning. Det hade underlättat om det var samma journalsystem inom sjukvården dels för att kvinnan skulle slippa dra sin historia om och om igen och dels för att undvika dubbelarbete. Mannen som också är ett offer behöver samma omsorg som kvinnan.

€ Berättaren informerar att vissa lösningar vidtagits bl.a. har familjen fått kontakt med PRISMA efter det att ett av barnen gjort anmälan om misshandel. PRISMA lyder under socialförvaltningen, där har både kvinnan och mannen fått samtalskontakt. Mannen upplever att han har större kontroll på sin ilska och verkar ha förstått att hans sätt att uppfostra barn inte är tillåten i Sverige. Kvinnan är lika oviss om sitt hälsotillstånd och berättarens förslag är att samlas kring henne i samverkan och åtgärd. Frågan är om den hjälp hon behöver finns inom sjukvården i Kristianstad? Hon behöver vidare hjälp och stöd angående sina önskemål om skilsmässa och annat boende. På grund av att hon är socialbidragsberoende så är hennes möjligheter att få annat boende mycket begränsat.

€ Alla deltagare får med ett ord uttrycka hur de upplevt dagen är följande.
De ord som beskriver deras tankar om dagen är följande: Berikande, eftertanke, reflektion, givande, stort, samverkan, lärorikt, nytänkande, mod, kraft, perspektiv, svårt, rörande, spännande, frustrerande, tidsbrist, utmaning, svårgreppet, andnöd.

€ Dagens genomlysning avslutas med att understryka vikten av att hitta redskap som underlättar när personal ska lyfta upp viktiga problemställningar i verksamheterna inför chefer och andra personer i beslutsfattande ställning. När de verkliga problemen som ofta samverkar med varandra på individuell och personell nivå synliggörs skapas en förståelse och kraft i alla leden att se till så att en förändring kommer tillstånd. Därför blev saknaden av viktiga personer i ledande position tydlig då punkt 6 i metoden som kan leda till verkställande fick strykas.

€ Innan dagen avslutades berättade projektledaren i stora drag om de grundläggande tankarna i HBS samt informerade och drog paralleller mellan dagens förslag på lösningar och de strategier som tagits fram under ett års utvecklingsarbete med HBS. Dagens frågeställningar och lösningsförslag överensstämmer med de hinder som upplevs samt de behov som framkommit i intervjuundersökningen med flyktingkvinnorna och kan därför rymmas in under de förslag på strategier som framkommer i den kommande rapporten. Deltagarna fick vars en kopia med sig på dessa strategiförslag.

€ Lorna berättade om hur Utvecklingshjulet (Plan-Do-Check-Act) kan användas som ett redskap i den fortsatta arbetsgången för att hålla utvecklingsarbetet vid liv.

€ Avlustningsvis tackade Lena, Lorna och Christina alla deltagare för visat engagemang som bådar gott inför fortsatt samverkan. Initiativtagandet till HBS kommer ifrån en stolt Näsby Vårdcentral och därför kommer initiativtagandet till ett nytt möte för att initiera det fortsatta arbetet också komma därifrån i samband med HBS-rapportens har blivit klar.

Vid tangentbordet
Christina Knutsson

Justerare
Lorna Molin

Justerare
Jennie Karjalainen

Bilaga 3

INTERVJUGUIDE

Födelseår:

Nationalitet:

Modersmål:

FAS 1: HEMLANDET

- Berätta om hur ditt liv var i hemlandet

- Bostad, bostadsområde, grannar, vänner
- Familj/släkt + hur ser du på familjen och dess sammansättning och uppgifter
- Dagis och skola - på vilket sätt fungerade den
- Kultur/traditioner -vilka finns - vad betyder de för dig
- Utbildning, sysselsättning
- Intressen - träffpunkter
- Framtidsplaner

FAS 2: FLYKTEN

- Berätta om flykten och upplevelserna kring den

- Anledning till flykten
- Resan: vart gick den, på vilket sätt, upplevelser kring denna
- Tankar om Sverige/bilden av Sverige - förväntningar

FAS 3: SVERIGE och FRAMTIDEN

- Berätta om hur ditt liv gestaltar sig i Sverige

- Vad har du för tankar om framtiden?

- Tid i Sverige
- Hur länge dröjde det innan du fick PUT
- Tänkt att stanna - planer på att återvända

- Bemötande allmänt i samhället och bemötande av vård, myndigheter etc.
- Vilken information fick du när du anlände/fanns det någon information som saknades

- Bostad, bostadsområde, grannar, vänner
- Familj - släkt

- Dagens och skola - hur fungerar kontakten
 - Utbildningar som du har gått i Sverige
 - SFI - tankar kring denna
 - Möjligheter till arbete/försörjning/sysselsättning
 - Vilken nytta har du haft av dina kunskaper och yrkeserfarenheter ifrån hemlandet
-
- Intressen, träffpunkter
 - Kultur och traditioner, hur har det förändrats?
 - Uppfyllande av förväntningar som fanns på Sverige
-
- Framtidsplaner
 - Hur kunde Sverige bäst hjälpt dig - Hur kan Sverige bäst hjälpa de som kommer hit

Hälsa och vård

- Hälsotillstånd i hemlandet
- Om man hade problem med sin hälsa vart sökte man i hemlandet och tankar om hur det fungerade
- Talade man om kroppens och själens samverkan
 - i allmänhet
 - inom vården
- Hälsotillstånd idag
- Vården i Sverige
 - vårdcentral
 - sjukhus
 - annat?

Kan du se att det finns hinder som kan överbryggas med samhällets hjälp?

Vad kan du/familjen göra?

Utopisk fråga.

Bilaga 4

Kristianstad mars 2005

Inbjudan till att delta i en intervju

För att personalen på vårdcentralen på ett bättre sätt ska kunna ge den hjälp och stöd du och andra flyktingkvinnor behöver skulle vi vilja veta mer om din livssituation i Sverige och dina erfarenheter från ditt hemland och flykten hit.

Vi skulle därför vilja göra en intervju med dig som tar ca två timmar. Den genomförs på ditt eget språk av en kvinnlig intervjuare som kommer från din kultur. Ditt deltagande i intervjun är helt frivilligt och du kan välja att avbryta ditt deltagande när som helst.

Intervjun kommer att spelas in på band och vissa delar kommer att översättas och skrivas ut. Inget av det du säger under intervjun kommer att kunna kännas igen av andra som läser det som skrivs.

Projektet kallas Humana Basala Strategier och genomförs i samarbete mellan Vårdcentralen Näsby och Högskolan Kristianstad.

Hälsningar

Jennie Karjalainen
Projektledare HBS
0762526454

Christina Knutsson
Projektledare HBS
0704799995

Agneta Abrahamsson
Lektor och handledare, Högskolan Kristianstad
044-204050

Jag samtycker till att delta i intervjun; Humana Basala Strategier som genomförs i samarbete mellan Vårdcentralen Näsby och Högskolan Kristianstad.

Ort och datum: _____ Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Intervjuare namn: _____

