

Asylprocessen

Hur påverkas den psykiska hälsan
och vilka behov kan tillgodoses av
sjuksköterskan?

FÖRFATTARE

**Liess Chadi
Linn Müller
Anna Olofsson**

PROGRAM/KURS

**Sjuksköterskeprogrammet/
180 högskolepoäng/
Examensarbete i omvårdnad
HT/2014**

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Lars Engen

EXAMINATOR

Maud Lundén

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lars Engen för allt stöd och motivation vi fått under skrivprocessen. Vi hoppas även att vårt examensarbete ska väcka intresse och engagera framtida läsare i ett problem som vi anser vara mycket viktigt då det berör en stor grupp utsatta människor.

Titel (svensk):	Asylprocessen - hur påverkas den psykiska hälsan och vilka behov kan tillgodoses av sjuksköterskan.
Titel (engelsk):	The asylum process – mental health consequences and nursing implications.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Sjuksköterskeprogrammet/180 högskolepoäng/Fristående kurs
Kursbeteckning:	OM5250, Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Liess Chadi Linn Müller Anna Olofsson
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Maud Lundén

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år drivs miljontals människor på flykt runtom i världen. Detta har ställt krav på mottagarländernas omhändertagande av asylsökande, krav som inte alltid uppfylls och som resulterar i ett stort psykiskt lidande hos flyktingar. **Syfte:** Syftet var att beskriva de faktorer som påverkar flyktingars psykiska hälsa under asylprocessen samt undersöka hur vårdbehovet hos asylsökande kan tillgodoses av sjuksköterskan. **Metod:** Litteraturoversikt. Ur databaserna Cinahl och PubMed valdes 15 artiklar ut. Teman arbetades fram genom gemensam granskning av artiklarna och återfinns som rubriker i resultatet. **Resultat:** Samtliga artiklar visade på en rad faktorer som påverkar den psykiska hälsan hos asylsökande. Dessa utmynnade i följande teman; lång asylprocess, förvaringsenheter, diskriminering och rasism, sociala nätverk, nya kulturer och sammanhang. Många författare menade även att sjuksköterskan har en viktig roll att spela i samband med vård och omhändertagande av asylsökande. **Slutsats:** Vi konstaterar att flyktingmottagandet i många länder är undermåligt och bidrar till en ökad psykisk ohälsa bland asylsökande. Vi upptäckte två centrala punkter som enligt oss kräver större uppmärksamhet; dels att asylprocessens tidsåtgång kortas ner, dels att psykisk omvårdnad får ett större fokus.

Sökord: Asylsökande, psykisk hälsa, asylprocess.

Innehållsförteckning

BAKGRUND.....	1
HISTORIK	1
DEFINITIONER	1
Flykting	1
Asyl och asylsökande	2
SVENSK LAGSTIFTNING	2
INTERNATIONELLA ÖVERENSKOMMELSER.....	3
ETIK	3
ICN:s etiska kod för sjuksköterskor	3
Värdegrund för omvårdnad	3
HÄLSA OCH OHÄLSA.....	3
Ångest	4
Posttraumatiskt stressyndrom	5
Depression	5
TEORETISK REFERENSRAM.....	6
Kasam	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
LITTERATURSÖKNING.....	8
ETISKT RESONEMANG	8
DATAANALYS.....	9
RESULTAT	9
Placering i förvar	9
Att komma till en ny kultur och nya sammanhang	9
Rasism och diskriminering	10
Betydelse av sociala nätverk	11
Sysselsättning och ekonomi	11
Oro för framtiden	12
Lång asylprocess	13
Sjuksköterskans roll	13
DISKUSSION.....	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16

Placering i förvar	16
Att komma till en ny kultur och nya sammanhang	17
Rasism och diskriminering	18
Betydelse av sociala nätverk.....	18
Sysselsättning och ekonomi.....	19
Den långa asylprocessens påverkan	20
Sömn	20
Slutsats.....	20
REFERENSER.....	22
BILAGOR.....	
Bilaga 1.....	
Bilaga 2.....	

INLEDNING

Vi lever i en värld med krig, konflikter, epidemier och naturkatastrofer som driver miljontals människor på flykt årligen. Enligt UNHCR befann sig 51,2 miljoner människor på flykt år 2013. Denna alltmer stigande siffra ökar följaktligen trycket på världssamfundet att lägga mer resurser på omhändertagande av flyktingar. Hur man på bästa sätt ska ta emot dessa personer är idag en mycket omdiskuterad fråga som tar stor plats i samhälleliga debatter.

Vi har själva stött på flyktingar under vår verksamhetsförlagda utbildning och intresserat oss för deras situation, framförallt hur asylprocessens olika faktorer påverkar redan utsatta människor. Ansökan om asyl kan upplevas som komplicerad och innefattar många orosmoment för de som söker skydd i ett annat land. Att vara asylsökande innebär även att man ställs utanför samhället och inte har samma tillgång till sjukvård som fullvärdiga medborgare. Vi tror att ett flyktingskap kan innebära ökad risk för psykisk ohälsa. Vi upplever att den vård som erbjuds denna grupp ofta är inriktad på somatiska åkommor och att psykiska besvär inte får samma uppmärksamhet. Vi vill således undersöka hur den psykiska hälsan påverkas av asylprocessen.

BAKGRUND

HISTORIK

Krig, politisk och religiös förföljelse, etniska konflikter, sjukdomar och epidemier är faktorer som kan driva stora folkmassor på flykt. Även själva flykten samt anpassningen i det nya landet kan vara mycket problematisk. Historiskt sett finns många händelser att blicka tillbaka mot för att bättre kunna förstå vart vi står idag. De förödande konsekvenser som andra världskriget hade på stora befolkningar runtom i världen resulterade i att Förenta Nationerna (FN) 1951 skapade "United Nations High Commissioner for Refugees" (UNHCR), ett separat flyktingorgan som skulle tackla problematiken kring detta. Nya konflikter i Afrika, Sydamerika, Asien, på Balkanhalvön och många andra områden avlöste dock varandra och under andra hälften av 1900-talet försattes stora folkmassor på flykt (UNHCR, 2001). De senaste årens våldsamheter i Mellanöstern, Väst- och Östafrika har ytterligare bidragit till att flyktingströmmarna stigit och enligt rapporter från UNHCR ökade dessa siffror i världens i-länder med 28 % 2013 jämfört med 2012. Detta var även den näst högsta mätningen av asylansökningar som registrerats sedan 20 år tillbaka (UNHCR, 2014).

DEFINITIONER

Flykting

Enligt FN:s flyktingkonvention om flyktingars rättsliga ställning definieras en flykting som en person

“ [...] som flytt sitt land i välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller politisk uppfattning, och som befinner sig utanför det land, vari han är medborgare och som på grund av tidigare nämnd fruktan inte kan eller vill återvända till det landet” (UNHCR, 2001)

I Sveriges rikets lag Utlänningslagen (SFS 2005:716) finns en liknande definition som säkerställer flyktingars rättsliga status:

”Med flykting avses i denna lag en utlänning som [...] befinner sig utanför det land som utlänningen är medborgare i, därför att han eller hon känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning eller på grund av kön, sexuell läggning eller annan tillhörighet till en viss samhällsgrupp, och [...] inte kan, eller på grund av sin fruktan inte vill, begagna sig av detta lands skydd.” (Utlänningslagen SFS 2005:716)

Asyl och asylsökande

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna som är överordnad nationella lagar fastställer alla människors rätt att söka asyl i andra länder enligt följande:

“Var och en har rätt att i andra länder söka och åtnjuta asyl från förföljelse. Denna rätt får inte åberopas vid rättsliga åtgärder som genuint grundas på icke-politiska brott eller på gärningar som strider mot Förenta Nationernas ändamål och grundsatser” (Svenska FN-förbundet, 2008)

Utlänningslagen definierar asyl som:

“ [...] ett uppehållstillstånd som beviljas en utlänning därför att han eller hon är flykting eller alternativt skyddsbehövande” (Utlänningslagen 2005:716)

SVENSK LAGSTIFTNING

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) reglerar svenska medborgares rätt till sjukvård. Här står till exempel att

“Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (SFS: 1982:763)

Asylsökande och papperslösa omfattas dock inte av denna lag utan deras rätt till sjukvård regleras bland annat av Lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (SFS 2013:407) samt Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008:344).

Svensk lag gör landstingen skyldiga att erbjuda asylsökande och individer som vistas i Sverige utan tillstånd viss hälso- och sjukvård, även om omfattningen av denna varierar. Med detta menas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort samt preventivmedelsrådgivning (SFS 2008:344, SFS 2013:407). Tolkningsutrymmet, särskilt gällande formuleringen *vård som inte kan anstå*, är dock stort och ansvar läggs på sjukvårdspersonal att göra korrekta bedömningar av varje fall. Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram dokumentet *Vård för papperslösa - vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd* som avser att förtydliga begrepp och underlätta för vårdpersonal som behöver göra dessa bedömningar (Socialstyrelsen, 2014).

INTERNATIONELLA ÖVERENSKOMMELSER

Skyldigheter och rättigheter för asylsökande kan skilja sig stort mellan olika länder och det finns ingen gemensam internationell lagstiftning. Man enades 1999 inom Europeiska Unionen (EU) om att ett gemensamt direktiv om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna bör tas fram för att säkerställa en gemensam asylopolitik mellan medlemsländerna. Direktivet antogs 2003 och fastslår att alla medlemsländer:

“ [...] skall se till att de sökande får nödvändig hälso- och sjukvård som åtminstone skall innefatta akutsjukvård och nödvändig behandling av sjukdomar” (Europeiska Unionen, 2003)

Extra hänsyn ska även tas till personer med särskilda behov, vilket bland annat innefattar barn samt personer som utsatts för tortyr, psykisk, fysiskt eller sexuellt våld. Personer som utsatts för tortyr eller grovt våld ska ges tillgång till vård för detta. För barn specificeras det att psykisk vård, rehabilitering och rådgivning skall erbjudas. För vuxna är däremot lagtexten inte alls lika tydlig och det finns ett stort tolkningsutrymme för vilken vård de har rätt till (Europeiska Unionen, 2003). I industrialiserade länder utanför EU ser asylopolitik och rätt till sjukvård mycket olika ut för flyktingar. Samtidigt har de flesta av dessa nationer förbundet sig till FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheter som skyldiggör dem att erbjuda lika vård för alla.

ETIK

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor

International Council of Nurses (ICN) har tagit fram en etisk kod som ska verka vägledande för yrkesutövande sjuksköterskor. Här tar man bland annat upp sjuksköterskors fyra ansvarsområden; att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt att lindra lidande. Detta ska göras oberoende av vem patienten är och med hänsyn till de mänskliga rättigheterna. Faktorer som ålder, kön, sexuell läggning, tro, politiska åsikter, hudfärg, bakgrund, funktionsnedsättning, sjukdom, nationalitet eller social ställning skall således inte påverka den omvårdnad som ges (*ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*, 2014).

Värdegrund för omvårdnad

I dokument *Värdegrund för omvårdnad* (Svensk sjuksköterskeförening, 2010) skriver man att det faller inom vårdpersonalens ansvar att säkerställa att de mänskliga rättigheterna efterföljs inom vården och att sjuksköterskan har en moralisk skyldighet att ge vård i enlighet med de mänskliga rättigheterna. Allas rätt till hälsa, vård och välbefinnande konstateras i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (Svenska FN-förbundet, 2008).

HÄLSA OCH OHÄLSA

Om man väljer att se på hälsa utifrån generella begrepp som *välbefinnande* och *funktionsnivå* så skulle somatisk och psykisk ohälsa kunna ses som en helhet (Brülde & Tengland, 2003). Dock menar samma författare att man likväl kan förneka en sådan

”totalhälsa” och att det vore vilseledande att ställa dem under samma tak då psykisk och somatisk hälsa är två så vitt skilda företeelser. Samvariationen kan således vara mycket låg. Man kan ha en mycket god psykisk hälsa trots pågående somatiska besvär.

Olika omvårdnadsteoretiker har definierat begreppet *hälsa*. Hälsa kan definieras som att känna sig hel som människa. Hälsa definieras också med autonomi och kraft att handla efter egna värderingar samt att känna sig kapabel att förverkliga sig själv och sina livsprojekt. Människans värdighet finns i dennes förmåga och möjlighet att själv styra sitt liv (Eriksson, 1989). Dessa tankegångar påminner även lite om Antonovskys idéer kring känsla av sammanhang (KASAM); att vara hel som människa och att ha en relation med sin omgivning gör att en hanterbarhet och meningsfullhet kan skapas (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

Psykisk hälsa kan ses som frånvaro av sjukdom men även om ingen diagnos kan ställas kan patienten uppleva stort psykiskt lidande (Hedelin, 2006). World Health Organisation (WHO) definierar psykisk hälsa som ”ett tillstånd av välbefinnande i vilket en individ kan förverkliga sin potential, hantera vardagens stress, arbeta produktivt samt bidra till samhället” (World Health Organization, 2014).

Psykisk ohälsa kan på liknande sätt ses som en generell benämning på närvaro av psykisk sjukdom med specifika medicinska kriterier. Förekomst av psykiska besvär som inte faller under en särskild diagnos kan ändå påverka patientens funktion, upplevelse av hälsa och psykiska välbefinnande (Hedelin, 2006). Ottosson (2009) har sammanfattat de viktigaste medicinska kriterierna för psykisk ohälsa nedan:

- Förändringar i hjärnans struktur eller funktion, som svarar mot medicinens somatiska underlag.
- Svårighetsgraden av psykiska symtom. Hög symtomprofil har högre sjukdomsvalör; särskilt för psykotiska symtom
- Stark sjukdomskänsla. Lidandet kan vara stort trots att ingen diagnos kan ställas.
- Funktionsinskränkning. Betydande nedsättning i förmågan att fungera i samliv och arbete, oberoende av hjärnskador och subjektivt lidande.
- Behov av vårdinsatser som sjukskrivning och sjukpension. Sådana åtgärder vidtas efter en sammanvägning av ovanstående kriterier och det speglar individens oförmåga att klara sin försörjning.
- Alla symtomen skall även orsaka lidande och nedsatt funktionsförmåga av klinisk signifikans.

(Ottosson, 2009)

Ångest

Ångest kan enligt Skärsäter (2014b) vara en normal reaktion när man ställs inför fara men även en sjuklig sådan där ångesten inte står i proportion till den utlösande faktorn. Hon menar även att ångest innefattar symtom så som överdriven rädsla, oro, obehag, olust eller upprördhet (Skärsäter, 2014b). Ångest ger även plötsliga somatiska symtom som svettningar, hjärtklappning, skakningar, svårigheter att andas, kvävningsskänsla, muntorrhet, obehag eller smärta i bröstet, illamående, yrsel, överklighetskänslor, domningar eller klåda (H. Ottosson & Ottosson, 2007). Att ångest ger så tydliga

somatiska symtom medför att många söker vård för just kroppsliga besvär som exempelvis hjärtproblem (Sjöström & Skärsäter, 2014). Många som lever med ångest beskriver även en rädsla för att förlora kontrollen eller förståndet, att de upplever dödsångest eller att det känns som att en katastrof snart kommer att ske. Ångest kan vara något fritt flytande eller bundet till specifika situationer (H. Ottosson & Ottosson, 2007). Skärsäter menar att ångest i sig kan framkalla ångest och kan därigenom bli ett symtom i sig (Skärsäter, 2014b) Ångest kan uttryckas på olika sätt, exempelvis som tvångshandlingar eller fobier. Ångest kan vara så stark och frekvent att livskvaliteten minskar avsevärt och gör det omöjligt för personen att engagera sig i arbete, studier eller medmänskliga kontakter (H. Ottosson & Ottosson, 2007).

Posttraumatiskt stressyndrom

Enligt The diagnostic and statistical manual of mental health disorders ska man för att få diagnosen PTSD ha upplevt ett trauma och i samband med detta känt en intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Ett trauma innebär en händelse i vilken personen utsatt för, blir vittne till eller konfronteras av att andra människor skadas eller dödas eller hotas om att bli skadade eller dödade. Om personens fysiska integritet hotas kan detta också innebära ett trauma. Traumat kan orsakas av andra människor eller externa faktorer som exempelvis naturkatastrofer.

Uppvisande av tre typer av symtom krävs för att diagnostiseras med PTSD:

- Återupplevandesymtom: upprepade och påträngande minnen, bilder eller tankar av händelsen, mardrömmar, flash-backs, intensiv ångest eller obehagskänsla när man påminns om händelsen.
- Undvikandesymtom: Undvikande av stimuli som kan påminna om tidigare trauma t.ex. undvikande av platser, aktiviteter, personer, tankar eller konversationer som påminner om traumat. Förekomst av minnessvårigheter relaterade till traumat. Känslor av likgiltighet gentemot eller främjande från andra människor. Svårigheter att ge uttryck för kärleksfulla känslor. Upplevelse av att sakna framtid.
- Överaktivering: plötsliga vredesutbrott, ökad irritabilitet, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, sömnsvårigheter, lättskrämdhet.
- Patienten ska under minst en månad ha uppvisat minst ett återupplevandesymtom, tre undvikandesymtom och två symtom på överaktivering. Lidande eller funktionsnedsättning av klinisk signifikans ska även kunna påvisas hos patienten.

(Herlofson & Landqvist, 2002)

Depression

WHO definierar depression som en vanlig psykisk sjukdom som karaktäriseras av nedstämdhet, minskat engagemang och förlorat intresse för saker man tidigare tyckte var roliga (World Health Organization, 2012).

Minskat självförtroende och självkänsla är vanligt och kan innebära att den deprimerade känner sig osäker inför människor som man tidigare kunnat närma sig obehindrat. Detta kan även stegras till otillräcklighet och att man känner sig usel och får starka skuld känslor. Den deprimerades samvete kan ta allt större plats och saker som ligger långt tillbaka i tiden kan ägnas mycket tid åt i tanken. Även den trötthet och minskade energi som ofta hör ihop med depression innebär för den drabbade att denne kan känna skuld och skam för att inte kunna prestera eller bidra som tidigare. En känsla av att vara värdelös kan växa sig allt starkare och orimliga argument för egna brister är typiska (Ottosson, 2009).

En känsla av hopplöshet och meningslöshet är ytterligare ett symptom, där den deprimerade inte väntar sig något positivt av framtiden eller tror sig någonsin kunna må bra igen. Författaren lyfter även olika typer av hämningar som vanliga symptom på depression. Det kan yttra sig som kognitiva hämningar då den deprimerade upplever sig inte kunna tänka klart eller att minnet är påverkat. Man kan känna sig dum och svara fåordigt och med latens på frågor. Den emotionella hämningen gör att den deprimerade inte kan känna samhörighet till sina närmaste, vänner och familj. Det är vanligt att saker som man tänkt eller borde ta sig för känns enorma och oöverkomliga, livet är tungt, stort och svårt. Den psykomotoriska hämningen innebär att den deprimerade får minskad mimik, färre gester och vid djupa depressioner kan det innebära en motorisk blockering, där den deprimerade knappt rör någon kroppsdel alls (Ottosson, 2009). Ytterligare symptom kan vara ångest, problem med mag-tarmkanalen, bortfall av sexuell lust, sömnstörningar, minskad aptit, koncentrationssvårigheter samt tankar på döden och självmord (Ottosson, 2009; Skärsäter, 2014a)

En depression kan vara långdragen eller återkommande men oavsett tidsintervall så har sjukdomen en stor inverkan på individens sociala liv. Sömnstörningar och koncentrationssvårigheter påverkar hur man klarar att sköta arbete eller skola, liksom det vardagliga livet. När en depression är som värst kan sjukdomen leda till suicid (Skärsäter, 2014a; World Health Organization, 2012)

Även om yttre faktorer varken är nödvändiga eller tillräckliga har depression oftast ett samband med psykosocial eller somatisk belastning hos personen. Mänsklig erfarenhet visar att nedstämdhet och negativa livshändelser har ett samband (Ottosson, 2009).

TEORETISK REFERENSRAM

Kasam

Antonovsky var professor i medicinsk sociologi och intresserade sig, via en studie om klimakteriet, för kvinnor som upplevt koncentrationsläger och hur de lyckats bibehålla hälsa trots de fruktansvärda upplevelser de genomlevt. Antonovsky kom att påbörja sin forskning kring vad han kom att kalla *den salutogenetiska modellen* och publicerade sin bok "Health, Stress and Coping" 1979. I sin forskning har Antonovsky tagit reda på faktorer som han menar leder till och upprätthåller hälsa. Under en livscykel måste människan genomgå olika kriser, konflikter och ställas inför olika problem som måste lösas. Vissa kan uppleva att de genomgår dessa prövningar i högre grad än andra. Han menar att vi befinner oss mellan två motsatta poler, där den ena är *det friska* och den andra är *det sjuka* och att fokus bör ligga på hur man bibehåller hälsa, inte vad som leder till ohälsa.

Antonovsky anser att även om det salutogena synsättet inte löser alla problem, så leder det till en djupare förståelse och kunskap, vilket är en förutsättning för att man ska kunna skapa en rörelse i riktning mot det friska.

Genom sin forskning myntade Antonovsky begreppet KASAM som står för Känsla Av SAMmanhang där de tre centrala komponenterna är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky har i sin forskning kunnat visa att de individer som i sina upplevelser eller trauman känner begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet klarar av att hantera dessa med större framgång till skillnad från de som inte kan identifiera dessa tre begrepp. Hälsa stiger i takt med högre grad av upplevd KASAM.

Med *begriplighet* menas att det som sker runt och inom individen är förutsägbart och att negativa överraskningar går att ordna och förklara. Död, krig och misslyckanden kan förekomma men en människa med hög begriplighet klarar av att göra sådana händelser gripbara. Med *hanterbarhet* menas att individen inte känner sig hjälplös och att det finns pålitliga resurser runtomkring. Det kan vara familjemedlemmar, vänner, Gud, en läkare eller hemtjänsten som gör att man känner att man kommer kunna klara av situationen. Med *meningsfullhet* menas att individen kan finna motivation att ta sig igenom en svår situation på grund av att det finns andra värden i livet som är engagerande och är värda känslomässig investering (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

PROBLEMFÖRMULERING

Med asylprocessen menas, i det här arbetet, förloppet från att man söker asyl till det att man får ett definitivt beslut om uppehållstillstånd eller utvisning.

När man kommer till ett nytt land börjar asylprocessen, För flyktingar som ofta bär med sig svåra erfarenheter innebär denna process ytterligare prövningar och osäkerhet. Inte minst påverkas den psykiska hälsan hos individer som utsätts för stora påfrestningar under asylprocessen.

Flyktingskapet innebär att man befinner sig i "ingenmansland" då man ofta inte har tillgång till samhällets alla resurser så som exempelvis sjukvård (Ascher, 2009). Detta tillsammans med tidigare traumatiska upplevelser och osäkerhet tror vi gör denna grupp människor särskilt sårbara för psykisk ohälsa. Att ta reda på vilka vårdbehov som finns hos dessa utsatta människor känns särskilt angeläget för vår framtida profession som sjuksköterskor.

SYFTE

Syftet är att beskriva de faktorer som påverkar flyktingars psykiska hälsa under asylprocessen samt undersöka hur vårdbehovet hos asylsökande kan tillgodoses av sjuksköterskan.

METOD

Till grund för den här litteraturöversikten ligger en artikelgranskning. Genom att göra en litteraturöversikt skapas en överblick inom det valda ämnet samtidigt som en fördjupad kunskap nås (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

En inledande sökning genomfördes för att se om det fanns ett tillräckligt kunskapsunderlag för att kunna beskriva det valda ämnet. Sökord valdes ut gemensamt i gruppen för att påbörja en systematisk sökning av litteratur. Genom ämnesordlistor (MeSH, Cinahl Headings) säkerställdes att de sökord vi använt även tillämpades i våra valda databaser. Sökorden REFUGEE, ASYLUM, MENTAL HEALTH, HEALTH NEED, IMMIGRANT och NURSING har använts. Anledningen till att många sökord har använts beror på att det gav ett större utbud av artiklar att välja mellan och för att inte förbise väsentlig litteratur. Trunkering har använts för att få största möjliga inkludering av artiklar under sökningarna. De databaser som använts för sökning av artiklar är Cinahl och Pubmed. För att få att artiklar med omvårdnadsfokus användes databasen Cinahl, medan PubMed genererade fler artiklar med en medicinsk inriktning. I Cinahl användes begränsningen "peer reviewed" i syfte att finna artiklar som var kvalitetsgranskade av sakkunniga innan publicering samt begränsningarna "research article" och "english language". I PubMed användes begränsningarna "free full text" och "English". För att få träffar där det huvudsakliga temat berörde flyktingar valde vi att begränsa ordet "refugee" till titel/abstract. I de inledande sökningarna i Cinahl användes begränsningen "any author is a nurse" i syfte att finna artiklar skrivna från ett sjuksköterskeperspektiv. Detta gav dock inga träffar varför begränsningen inte användes framöver. I vår inledande sökning upplevde vi att sökorden *health* och *health need* gav artiklar som passade vårt syfte och täckte in området omvårdnad. *Nursing* inkluderades i den sista sökningen då vi ville säkerställa att vi inte gått miste om omvårdnadsperspektivet. Denna sökning genererade dock inte några nya artiklar som var relevanta för syftet. Vi återfann flertalet artiklar som vi redan granskat i tidigare sökning. Något som tyder på att vi har täckt in området i våra tidigare sökning. Inga begränsningar gjordes gällande publiceringsår. De artiklar som slutligen valdes ut är publicerade 2002-2014

Urvalet av artiklar skedde inledningsvis med gemensam genomgång av titlar och abstrakt, varefter 47 artiklar valdes ut för mer ingående granskning. Av dessa 47 artiklar valdes 14 ut som bedömdes ha relevans och tillräckligt god kvalitet. Flertalet av de granskade artiklarna refererade till en artikel skriven av Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel, och De Jong (2005) varför även denna artikel togs med i slutgranskningen och sedan inkluderades i litteraturstudien.

ETISKT RESONEMANG

De flesta artiklar som valts ut för denna litteraturstudie har blivit etiskt godkända. Två artiklar från Danmark skriver dock att det enligt dansk lag inte krävs etiskt godkännande för dessa typer av studier varför man inte ansökt om detta. I ett fåtal artiklar framgår det inte om man erhållit etiskt godkännande. Man har dock i de fall etiskt godkännande saknas säkerställt deltagarnas anonymitet, gett utförlig information om studiens syfte och frivillighet samt förklarat att deltagande inte kommer påverka asylansökan. I en av studierna erbjöd man även samtalsstöd i samband med intervjun.

DATAANALYS

Analys av samtliga artiklar skedde till en början genom individuell granskning för att sedan övergå i en gemensam kvalitetsgranskning enligt Willman, Stoltz, och Bahtsevani (2011). Vi har strävat efter att förhålla oss kritiskt till artiklarna. Artiklarna lästes först i sin helhet för att få en bred förståelse för materialet. Därefter identifierades likheter och skillnader i de olika studierna och utifrån granskningen framträdde ett antal återkommande teman vilka presenteras i resultatet.

RESULTAT

Placering i förvar

I flertalet artiklar framkom det att asylsökande sattes i förvarsenheter under tiden ärendet prövades (Steel et al., 2004; Steel et al., 2006; Coffey et al., 2010; Mares & Jureidini, 2004). Olika länder utövade denna tvångsåtgärd olika strikt och rättigheterna för intagna kunde skilja sig åt. I Australien sattes alla asylsökande med obehandlade ansökningar i förvar tills det att beslut har tagits. Även barn placerades på dessa förvar (Mares & Jureidini, 2004; Steel et al., 2004).

Många asylsökande talade om hur de utsatts för både psykiska och fysiska trauman. Det handlade ofta om övergrepp av vakter, diskriminering, bevitnande av självmord, upplopp eller nekad tillgång till hälso- och sjukvård. Vidare uppgav många föräldrar en förlorad kontroll över sina barn till följd av upprepade psykiska påfrestningar som skedde under placering i förvar (Steel et al., 2004). Barn som utsattes för och bevitnade sådana typer av övergrepp riskerade i stor grad att drabbas personlighetsstörningar och andra beteendeproblem (Mares & Jureidini, 2004). Den vanligaste typen av psykisk ohälsa som påvisades i dessa studier var allvarliga depressioner, PTSD, psykotisk sjukdom och hopplöshet (Mares & Jureidini, 2004; Steel et al., 2004; Steel et al., 2006). Självmord och självmordsförsök förekom i stor utbredning i många grupper som tvångsplacerades i förvaringsenheter. Coffey et al. (2010) förklarar i sin studie att många tvångsplacerade flyktingar upplevde förvaret som ett fängelse och de uppgav känslor av att man som flykting behandlades som kriminell. Rasistiska tillmälen samt fysisk och psykisk misshandel från vakter var också vanligt förekommande på många förvar, vilket resulterade i att man kände sig avhumaniserad. Mares och Jureidini (2004) visade att det fanns en väldigt liten förståelse för hur behovet av psykiatrisk vård såg ut på förvaringsenheterna, samt för hur stor inverkan föräldrars psykiska ohälsa hade på barnen.

Att komma till en ny kultur och nya sammanhang

Många deltagare associerade psykisk ohälsa med ett stort stigma (Strijk et al., 2011). Flyktingar visade sig vara utsatta för dubbelt eller multipelt stigma då de redan stigmatiseras på grund av etnicitet eller sin status som flyktingar (Quinn, 2014). Enligt Strijk et al. (2011) var deltagarna rädda för att bli betraktade som galna av andra. Man hade även svårt att se eventuella samband mellan egna symtom och psykisk ohälsa. Vidare uppgav flera respondenter att psykisk sjukdom och psykiatrisk vård var tabubelagt i deras hemländer, något som medförde att man ogärna berättade om sin sjukdom samt att man höll sig från att söka vård för psykisk ohälsa. I en annan studie

uppgav vårdpersonal att de asylsökande hade svårt att prata om tidigare trauman som de utsatts för på grund skam och tabu (Ramin & Nora, 2011).

Oro över skvaller och ryktesspridning var ytterligare ett hinder till att uppsöka vård för psykiska besvär. Vissa uppgav att lindriga problem kunde anförtros åt en god vän. Andra sa att man på grund av skam aldrig skulle kunna berätta om sin psykiska ohälsa för familj eller någon i ens sociala kretsar. Det fanns även en uppfattning bland deltagare att personer som led av psykisk ohälsa kunde vara våldsamma eller aggressiva varför man valde att undvika dem (Quinn, 2014).

Asylsökande och vårdpersonal har i en studie beskrivit de faktorer som gör att man inte söker vård. En orsak var att deltagarna inte kunde identifiera psykisk ohälsa som något man kan få hjälp med från sjukvården. Den generella inställningen bland de asylsökande grundade sig i fatalism och många av dem kände att deras liv var förstört och att det inte spelade någon roll hur de än agerade. I samma studie framkom en misstro gentemot hälso- och sjukvården och vissa upplevde att deras journaler och patientinformation inte hanterades med sekretess. Vidare pekar både asylsökande och vårdgivare på flyktingars rädsla att bli tillbakaskickade till ursprungslandet. Flyktingar undvek generellt alla sorts myndigheter, inklusive sjukhus då man var orolig över att debiteras höga sjukvårdskostnader. Många beskrev att de var rädda att asylprövningen skulle påverkas negativt om man inte klarade av att betala för vården (Ramin & Nora, 2011).

Ytterligare en faktor som påvisats, i studien som genomförts av Ramin och Nora (2011), var okunskap kring sjukvårdssystemet och de rättigheter som fanns. Många av de asylsökande kände inte till sina rättigheter eller att de hade möjlighet att påverka sin vård. Språkbarriärer gjorde det svårare att ta reda på vilken typ av sjukvård som fanns tillgänglig. Samma studie lyfte problemet med att det inte fanns tillräckligt med tolkar, framförallt om man talade ett minoritetsspråk. Samma problem påvisades i en svensk studie (Hultsjö & Hjelm, 2005). Enligt Samarasinghe och Arvidsson (2002) var den obligatoriska språkundervisningen i Sverige mycket betydelsefull, inte bara för att lära sig språket utan även för att man fått en bättre kulturell och samhällelig förståelse.

Rasism och diskriminering

Enligt Omeri, Lennings och Raymond (2006) upplevde deltagare att man blev diskriminerad när man sökte vård på grund av nedsättande och rasistiska kränkningar. Man ansåg inte heller att vården var helt tillgänglig eftersom det inte alltid fanns någon språklig hjälp att tillgå. Man kände sig diskriminerad på grund av sin religion då önskemål om kvinnlig vårdpersonal vid gynekologiska undersökningar inte kunde tillgodoses.

Deltagare i studien av Ramin och Nora (2011) att man inte erbjöds samma vård som medborgare och att vårdpersonal inte brydde sig om hur de mädde. Tidigare upplevd diskriminering visade sig även leda till att man var mindre benägen att uppsöka vård (Quinn, 2014; Ramin & Nora, 2011). Diskriminering förekom även på arbetsmarknaden samt ute i samhället (Coffey et al., 2010; Omeri et al., 2006; Samarasinghe & Arvidsson 2002). I Steel et al. (2004) undersökte man erfarenheter hos familjer som suttit i förvar i Australien. Alla vuxna och nästan hälften av barnen uppgav att rasistiska kommentarer från personal varit ett stort problem under tiden i förvaret. Förekomsten av psykisk ohälsa hos studiepopulationen visade sig vara mycket hög och i vissa fall kunde symtom på ohälsa kopplas till upplevelser från tiden i förvar där rasism varit framträdande.

Hälften av barnen i studien hade diagnostiserats med PTSD och många hade återkommande mardrömmar i vilka de misshandlades av vakter. I Samarasinghe och Arvidsson (2002) beskrivs rasism och hot om våld relaterat till rasism som lika påfrestande för informanterna som tidigare krigsupplevelser. Rasism och diskriminering beskrevs som ytterligare ett krig man tvingades utkämpa. Att utsättas för rasism kan enligt Quinn (2014) göra att känslan av isolering och ensamhet förstärks. Även oro för rasism eller diskriminering kan vara en källa till ohälsa hos asylsökande (Strijk et al., 2011). En familj som däremot känt sig välkomna och väl bemötta i landet där de sökt asyl uppgav att ett bra bemötande varit positivt för hälsan (Samarasinghe & Arvidsson, 2002).

Betydelse av sociala nätverk

I en studie av Quinn (2014) förklarar somaliska flyktingar att samhällets bristande stöd gör att många känner sig lämnade åt sitt öde. I vissa fall isoleras man även från grannar eller vänner som är oförmögna eller ovilliga att ta sig an någon annans problem. Asylsökande uppgav att man saknar det sociala nätverk man hade i hemlandet och att stöd från landsmän är viktigt för att minska känslan av ensamhet och för att integrera sig i samhället (Coffey et al., 2010; Ramin & Nora, 2011; Samarasinghe, 2002). Coffey et al. (2010) har genomfört en studie i Australien där deltagarna, som förvarats på förvaringsenhet i över två år, rapporterat om en genomgripande känsla av isolering och ensamhet. Det var framförallt förlust av familj och vänner som orsakade dessa känslor. Majoriteten av de 17 deltagarna var gifta och hade barn och uttryckte en stor sorg kring att behöva leva separerade från sina familjer. Detta beskrivs även av andra studier som gjort liknande undersökningar bland flyktingar (Quinn, 2014; Samarasinghe, 2012; Steel et al., 2004; Steel et al., 2006). Laban et al. (2005) fann ett samband mellan att skiljas från sina barn (<18 år) och förekomsten av en eller flera psykiska sjukdomar. Även familjer som inte lever på förvaringsenheter, utan som kommit ut i samhället beskriver hur de upplever att familjen glider isär (Samarasinghe & Arvidsson, 2002). Steel et al. (2006) har funnit att risken för psykisk ohälsa är mindre hos de asylsökande som har stora delar av sin familj runt sig, medan de som lever mer isolerat och inte har sina familjemedlemmar närvarande i högre grad riskerar att drabbas av PTSD eller depression. Även Laban et al. (2005) visar på familjerelaterade problem som en av de största riskfaktorerna för psykisk ohälsa.

Depression och PTSD har visat sig vara vanligt bland asylsökande. Detta kan påverka förmågan att bibehålla nära relationer och sociala nätverk då dessa diagnoser leder till isolering och att man drar sig undan (Laban et al., 2004; Ramin & Nora, 2011; Steel et al., 2004; Steel et al., 2006).

Sysselsättning och ekonomi

I studien av Strijk et al. (2011) uttryckte asylsökande en önskan om att få delta i aktiviteter eller sporter, att få jobba eller få en chans att lära sig språket i ankomstlandet. Även andra studier belyste bristen på aktiviteter som ett problem. Det handlar till exempel om lagstiftning i vissa länder som förbjuder asylsökande från att arbeta samt brist på utbud av dagliga aktiviteter på asylboenden och förvaringsenheter (Laban et al., 2005; Steel et al., 2004; Strijk et al., 2011). Alla barn och 64 % av de vuxna uppgav i en studie av Steel et al. (2004) att tristess varit ett stort problem i när de hållits i förvaringsenheter. Alla vuxna och 84 % av barnen uppgav att brist på aktiviteter var ett

allvarligt problem. Laban et al. (2005) fann man att en av de största riskfaktorerna för psykisk ohälsa hos studiepopulationen var brist på arbete. Familjer som uppgett att man haft någon form av sysselsättning menar att detta varit positivt för hälsan (Samarasinghe & Arvidsson, 2002). Denna sysselsättning innebar att man fick något annat än asylprocessen eller tidigare upplevelser från sitt hemland att tänka på (Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Strijk et al., 2011). Bristen på sysselsättning medförde att man inte kände sig behövd och uppskattad och många män upplevde även att de förlorat sin roll som familjens försörjare, något som i sin tur resulterade i en negativ självbild (Samarasinghe & Arvidsson, 2002). I Strijk et al. (2011) uttryckte informanter en önskan om att få leva ett normalt liv och kunna göra sådant som andra gör. Coffey et al. (2010) beskriver även hur psykisk ohälsa påverkar förmågan att arbeta/studera negativt. Asylsökande i studien led av psykisk ohälsa i form av ångest, depression och PTSD vilket i förlängningen medförde att de hade svårt att få och/eller behålla ett arbete. Man hade även koncentrationssvårigheter vilket försvårade studier. Efter 3,7 år hade endast runt en tredjedel av deltagarna hade någon form av sysselsättning.

I de länder där det är tillåtet för asylsökande att arbeta var det ofta, på grund av språkbarriärer eller diskriminering, svårt att få ett jobb som motsvarade ens kompetens (Samarasinghe & Arvidsson, 2002). Ekonomiska svårigheter visade sig påverka den psykiska hälsan hos asylsökande. I Samarasinghe och Arvidsson (2002) beskrivs hur en familj upplevde stress av att försöka bibehålla den levnadsstandard man hade innan flykten till Sverige. Man ville bland annat att ens barn skulle ha samma ekonomiska möjligheter som andra barn (Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Strijk et al., 2011). Hur stort det ekonomiska stödet till asylsökande är skiljer sig mellan länder men studier visar att det ofta ligger på en nivå som är svår att försörja sig på (Coffey et al., 2010; Strijk et al., 2011). Att leva på bidrag kan både vara en källa till tacksamhet över att erbjudas hjälp men kan leda till skamkänslor när man har svårt att få pengarna att räcka till (Strijk et al., 2011). Att inte själv kunna påverka sin ekonomiska situation kan också innebära en risk för psykisk ohälsa menar Laban et al. (2005) som i sin studie har deltagare från länder där sociala skyddsnät och bidragssystem inte är utbredda. Man menar att det kan vara extra svårt att acceptera att man inte själv kan förbättra sin ekonomiska situation och att denna hjälplöshet delvis kan förklara förekomsten av psykisk ohälsa.

Oro för framtiden

Oro över asylprocessen har visat sig vara en av de största riskfaktorerna för psykisk ohälsa (Laban et al., 2005). Enligt Quinn (2014) uppger informanter att man tidigare upplevt stress på grund av krig och fattigdom, men att man under asylprocessen fortfarande var utsatt för stor stress som nu istället var relaterad till osäkerhet över huruvida man skulle få uppehållstillstånd eller inte. En informant i studien uppgav att situationen under asylprocessen till och med var värre än situationen innan flykten på grund av denna osäkerhet. Ett negativt besked kunde medföra att ens redan bräckliga tillstånd förvärrades ytterligare (Quinn, 2014; Samarasinghe & Arvidsson 2002). Bland familjer som suttit i förvar fann Steel et al. (2004) bland annat att oro för utvisning upplevdes som ett stort problem hos 93 % av de vuxna och 84 % av barnen.

De tillfälliga uppehållstillstånden innebar ett stort mått av osäkerhet. Man fann att nästan alla av de asylsökande som fått tillfälliga uppehållstillstånd upplevde fortsatt oro över att utvisas. Permanenta uppehållstillstånd innebär att man kan planera sin framtid

och har visat sig vara positivt för den psykiska hälsan. Osäkerheten i de tillfälliga uppehållstillstånden kan liknas med en förlängd asylprocess som bidrar till att psykisk ohälsa består. Tryggheter blir väsentligt för att flyktingar ska kunna återhämta sig från tidigare trauman (Steel et al., 2011).

Lång asylprocess

I en dansk studie som genomförts av Nielsen et al. (2008) har man undersökt sambandet mellan asylsökande barn och organisatoriska faktorer som antal omplaceringar och vistelsetid. Studien visade ett existerande samband mellan vistelsetid och psykiska svårigheter som hyperaktivitet och bristande social förmåga. De äldre barnen i studien tenderade att oftare ha emotionella problem ju längre de vistats på centrumet för asylsökande. En studie har jämfört två grupper av flyktingar i Holland. Grupp 1 hade vistats mindre än sex månader i landet medan grupp 2 levde i landet i minst två år i väntan på asyl. Studien visade att de som befunnit sig i asylprocessen i mer än två år skattade sig själva signifikant högre på skalan för hur stora de upplevde sina problem kring familj, diskriminering, asylprocess, språk, arbetstillstånd och socioekonomiska faktorer. Studien visade också hur ångest, depression och somatoforma störningar kunde kopplas samman med oro kring asylprocessen (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders och De Jong, 2004). Behovet av psykiatrisk omvårdnad, främst för PTSD och depression, visade sig öka i relation till vistelsetiden i en studie som genomfördes i Danmark (Hallas, Hansen, Staehr, Munk-Andersen, & Jorgensen, 2007). Både psykiska och somatiska symtom ökade i takt med vistelsetiden i asylboendet och utdragna asylprocesser ansågs vara en direkt risk för den psykiska hälsan.

I Australien har man studerat vilka konsekvenser ett permanent eller temporärt uppehållstillstånd kunde få för den psykiska hälsan hos flyktingar. Ett temporärt uppehållstillstånd innebar en ny prövning av uppehållstillståndet var tredje till femte år. Det visade sig att de flyktingar som hade fått ett permanent uppehållstillstånd förbättrades i sina rådande symtom för psykisk ohälsa, till skillnad från gruppen som fått temporära. De som fått ett temporärt uppehållstillstånd rapporterade betydligt högre grad av stress på grund av ovissheten. Permanenta uppehållstillstånd innebar förbättrade språkkunskaper och ökat engagemang i sociala aktiviteter. Den andra gruppen hade emellertid inte utvecklat sina språkkunskaper och det var vanligare att man blev avskärad och isolerad (Steel et al., 2011)

I ett antal studier påvisades att väntan under perioden då asylansökan behandlades var fylld av stor stress (Coffey, Kaplan, Sampson, & Tucci, 2010; Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Strijk, van Meijel, & Gamel, 2011) samt att ett avslag efter en sådan fas kunde leda till utveckling av depression (Samarasinghe & Arvidsson, 2002). Strijk et al. (2011) fann även i sin studie att mentala påfrestningar på grund av utdragna asylprocesser påverkade deras förmåga att hantera motgångar negativt.

Sjuksköterskans roll

En viktig faktor och något som kom upp i de valda studierna var bristen på information. Ramin och Nora (2011) beskriver hur asylsökande ofta blandade ihop sjukvården med asylsökningens process. För att komma runt problem med okunskap och misstro gentemot sjukvården, skriver författarna att sjuksköterskan exempelvis bör bli bättre på att informera om sekretess för att flyktingar ska känna sig trygga med att söka vård.

Strijk et al. (2011) skriver i sin artikel att en av sjuksköterskornas uppgift blir att hjälpa patienten känna tillit och hoppfullhet inför framtiden, samt att bidra med att hitta konkreta åtgärder som kan lindra psykisk ohälsa.

Något annat som tas upp i flera artiklar är kulturell kompetens och vikten av att sjukvårdspersonal besitter denna kompetens (Hultsjö & Hjelm., 2005; Omeri et al. 2006 Samarasinghe och Arvidsson, 2002). I till exempel Omeri et al. (2006) uppgav en respondent att man som Afghan fått lära sig att man har sig själv och Gud att lita på för att lösa eventuella problem. Man var följaktligen inte benägen att söka hjälp för psykiska problem utan försökte lösa dem på egen hand istället. Deltagare menar vidare att vårdpersonalen måste bli bättre på att förstå olika kulturer och anpassa vården på bästa sätt. Detta poängteras också av Samarasinghe och Arvidsson (2002) som yrkar på att sjuksköterskeutbildningar bör innehålla undervisning som utvecklar studenters kulturella kompetens i samband med vård av utlandsfödda. I Hultsjö and Hjelm (2005) uppgav sjukvårdspersonal att det ofta uppstod missförstånd mellan personal och asylsökande patienter trots att man talade samma språk och att det var viktigt att som sjukvårdspersonal ha kunskap om olika kulturer för att undvika eventuella missförstånd. Man poängterar samtidigt att det är viktigt att undvika att bilda förutfattade meningar om patienter utifrån härkomst.

Ramin & Nora (2011) uppgav även asylsökande att sjukvårdspersonal saknade kunskaper om specifika symtom och tecken på exempelvis tortyr, som kunde vara vanligt förekommande hos flyktingar från konfliktdrabbade länder. Man föreslår likaså att samtalsgrupper för flyktingar ger en möjlighet att utveckla copingstrategier, samtidigt som seminarier kring hälso- och sjukvård tillåter nyanlända flyktingar att bättre förstå hur systemet i mottagarlandet fungerar.

Strijk et al. (2011) menar att sjuksköterskor inte bara bör fokusera på patientens tidigare traumatiska upplevelser utan även titta på dennes nuvarande situation och exempelvis hjälpa till att finna copingstrategier för att bearbeta det som har hänt. Att möjliggöra för en ökad sysselsättning och aktivitet hos dessa grupper tas upp som exempel på åtgärder som kan minska isolering och ensamhet. Ett gott bemötande nämns som viktigt för upplevelsen av välbefinnande samt att sjuksköterskan lyssnade och bekräftade de asylsökandes svåra situation (Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Strijk et al., 2011)

Sömnstörningar var ett problem för asylsökande, då mardrömmar och flash-backs störde sömnen samt gjorde att många var rädda för att somna (Coffey et al., 2010; Strijk et al., 2011). Funderingar över asylansökan, familjen, trauman, m.m. kunde också medföra att man hade svårt att somna. Sömnbristen beskrivs av Strijk et al. (2011) som en ond spiral där oförmåga att somna leder till ökad håglöshet och trötthet under dagen. Denna trötthet orsakar slutligen i sig en inaktivitet, ökad nedstämdhet och ytterligare sömnsvårigheter. Många uppgav även att de föredrog att sova en stund på dagen eftersom denna tid inte ansågs lika skrämmande som natten. Författarna menar på att det ligger inom sjuksköterskans område att informera och stödja kring sömnrutiner för att lindra dessa problem (Strijk et al., 2011).

Kvinnor som utsatts för våld och framför allt sexuellt våld bör i möjligaste mån ges tillgång till kvinnliga vårdare (Ramin & Nora, 2011). Asylsökande efterfrågade även kvinnliga vårdare på grund av religiösa skäl (Omeri et al., 2006). Samarasinghe och Arvidsson (2002) nämner att det är sjukvårdspersonal inom primärvården samt kommunen som oftast träffar denna patientgrupp och att man därför har bäst förutsättningar för att hjälpa dem. Genom en fördjupad kunskap kring de svårigheter asylsökande ställs inför kan vårdgivare lättare hitta eventuella lösningar på problem.

Strijk et al. (2011) menar att det ligger på sjuksköterskans ansvar att informera andra vårdgivare om hur flyktinghjälp ter sig i praktiken för att på så sätt möjliggöra för en framtida bättre vård.

Via samtal och dialog med familjen, kan sjuksköterskan stärka sammanhållningen genom att ta tillvara på familjens resurser och styrkor (Samarasinghe & Arvidsson, 2002). Vidare förklarar författarna vikten av samtal inleds tidigt för att på så sätt främja familjens hälsa och underlätta anpassning.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi upplevde under vår sökning att det fanns tillräckligt med relevanta studier som passade vårt syfte. Efter ett antal granskningar kände vi emellertid att en mättnad hade uppnåtts eftersom inget nytt material framkom och vi valde slutligen 15 artiklar från 6 olika länder. En del av de artiklar vi valt var skrivna av sjuksköterskor, men vi hade önskat att fler studier handlade om omvårdnad eller var skrivna av sjuksköterskor för att koppla arbetet mer till vår egen profession. De övriga artiklarna var skrivna av bland annat psykologer eller läkare. Trots detta upplevde vi att tillräckligt många artiklar tog upp implikationer för sjuksköterskeprofessionen och hur vård av asylsökande kan förbättras.

Longitudinella studier är en bra metod för att se utveckling av hälsa över tid samt orsakssamband. Vi har endast en sådan studie i resultatet vilket kan förklaras av att asylsökande som grupp är svåra att följa över tid (exempelvis på grund av frekventa omförflyttningar/utvisningar) och man ofta väljer att göra tvärsnitts- eller retrospektiva studier istället. De studier som vi har tittat på har undersökt både vuxna och barn och är genomförda i olika länder. Vi valde att inte begränsa oss till något kön, land eller ålder eftersom vi ville få en bred bild över hur asylprocessen påverkar den mentala hälsan. Om vi hade haft mer tid att utveckla denna litteraturstudie hade det varit intressant att jämföra olika länders asylpolitik och dess påverkan på individen eller titta närmare på olika gruppers upplevelser av asylprocessen.

De artiklar som vi har valt är publicerade mellan 2002-2014. Vi är medvetna om att upplevelsen av asylprocessen skulle kunna skilja mellan dessa studier då flyktingströmmar och lagstiftningar kan ha ändrats mellan dessa år, men vi upplever ändå att tydliga teman har framträtt som sammankopplat flera artiklar och inte varit årtalsspecifika.

Att vi har läst alla artiklarna var och en och det faktum att vi är tre stycken som granskar känner vi är en fördel i det här arbetet. Med tre granskare av vardera studie upplever vi att risker för eventuella misstolkningar minskat. Vi medger att vi inte har någon större erfarenhet av artikelgranskning och analys. Möjligtvis har detta varit en nackdel, då vissa av våra valda artiklar innehöll en del komplicerade tabeller och ekvationer som vi ej var vana vid att analysera. Vi har använt oss av kurslitteratur för att underlätta analys av tabeller (Olsson & Sörensen, 2011).

Ingen av oss hade tidigare arbetat med asylfrågor eller psykisk ohälsa kring flyktingkap. Därför har vi arbetat utan någon specifik förförståelse. Vi ställer oss dock frågan om våra egna värderingar kring asylpolitik och flyktingfrågor kan ha påverkat vår tolkning av texterna.

RESULTATDISKUSSION

Under litteraturstudien framkom många faktorer som påverkar den psykiska hälsan hos asylsökande. Artiklarna tog upp en rad olika problem och svårigheter som flyktingar utsätts för och vi chockades stundtals själva av det som presenterades i studierna. Dock tyckte vi oss hitta mycket som man kan göra i förbättringsarbetet. En del åtgärder är snarare politiska än omvårdnadsrelaterade, men som framtida sjuksköterskor spelar vi en stor roll i hur flyktingvård och omhändertagande kommer te sig i praktiken.

Något som kan ha minskat artiklarnas tillförlitlighet var problemen kring urval och stora bortfall. Man hävdar att en dålig tillgång till register och kontaktuppgifter har försvårat processen för att hitta deltagare till studier. Osäkerhet och rädsla bland asylsökande kan ha gjort att de tillfrågade i större utsträckning tackat nej till att delta då man varit rädd att medverkan ska påverka ens asylansökan negativt. I vissa artiklar diskuterar man risken av att respondenterna överdrivit sina besvär för att förbättra sina chanser att få asyl. De framgår dock att man försökt minimera denna påverkan genom att förklara att studien varit helt skild från asylsökningprocessen och därför inte kan påverka utfallet av asylansökan (Steel et al., 2004; Steel et al. 2011; Mares & Jureidini, 2004). Man har även sett att det inte skiljer sig avsevärt i hur flyktingar mår, när man jämfört olika grupper och skattningsskalor (Laban et al. 2004; Hallas et al. 2007). Detta ökar reliabiliteten och tanken om att asylsökande inte överdrivit sina symtom. Vi anser emellertid själva att det inte går att bortse helt från denna faktor och att det till viss del kan ha påverkat artiklarnas resultat. Vi inser även att våra retrospektiva studier innehåller ett visst mått av osäkerhet eftersom det ställs höga krav på respondenternas förmåga att minnas och återberätta händelser. Eftersom många asylsökande lider av PTSD kan det bli särskilt komplicerat då de ofta drabbas av minnessvårigheter. En del forskare skriver även att många flyktingar avböjt att delta i studier då de inte haft ork att prata om sitt förflutna eller sin situation idag (Steel et al., 2011; Strijk et al., 2011; Coffey et al. 2010). Vi ställer oss därför frågan om det kan föreligga ett stort mörkertal eftersom man går miste om de grupper som kanske mår mycket dåligt. Vidare har även andelen män i många av våra artiklar varit mycket högre jämfört med kvinnor, vilket kan ge en snedvriden bild av hur psykisk ohälsa ter sig bland kön.

Placering i förvar

Artiklar som undersökte hur olika förvaringsenheter påverkat den mentala hälsan var mycket oroväckande då resultaten påvisade att förvar hade en väldigt negativ effekt på välmåendet (Mares & Jureidini, 2004; Steel et al., 2004; Steel et al., 2006). Vi upplevde att tvångsplaceringar på olika förvaringsenheter kunde likställas med att hamna i fängelse. Detta bekräftades i artiklarna där deltagare berättade att de kände sig behandlade som kriminella när de hamnat i förvaringsenheter (Coffey et al., 2010). Vi tror att detta blir en grogrund för psykisk ohälsa som endast kommer förvärra de symtom som man kanske redan haft sedan tidigare. Lyckligtvis tillämpar inte alla länder dessa tvångsåtgärder lika strängt, men vi anser ändå av både etiska och hälsomässiga skäl att dessa typer av förläggningar borde förbjudas. Att låsa in asylsökande som ej har begått några brott tycker vi är en mycket grov kränkning av varje individs rätt till frihet. Det handlar om en grupp människor som redan är i ett väldigt utsatt läge och som måste välkomnas på ett sätt som främjar en god anpassning till det nya landet.

Att komma till en ny kultur och nya sammanhang

Studier har visat att det kan finnas en stor okunskap bland flyktingar kring hur sjukvården i ankomstlandet fungerar och vilka rättigheter man har (Ramin & Nora, 2011). Asylsökande upplever myndigheter generellt som en övervakande makt som kan komma att påverka din asylansökan och möjlighet till uppehållstillstånd. Misstron gentemot vården är något vi som sjuksköterskor kan arbeta med i syfte att öka förtroendet. Vi anser att vårdpersonal har en stor chans att motverka okunskap hos denna grupp som ofta hamnar utanför sjukvårdssystemet. Det krävs följaktligen att man informerar på ett sätt som värnar om flyktingars rätt till hälso- och sjukvård. Det är viktigt att exempelvis förklara att sekretess även tillämpas för flyktingar för att på så sätt öka tryggheten. Att påminna att man inte står i samarbete med polis eller gränsmyndigheter kan också stärka förtroendet hos asylsökande personer. Vi förstår självfallet att rätten till vård kan se väldigt olika ut beroende på vilket land man sökt asyl inom, men att vi måste försöka få bort bilden av kliniker och sjukhus som något farligt som ska skicka tillbaka en till det land man flytt ifrån. Vi anser därför att det första mötet med sjukvården blir mycket viktigt för att man ska vilja komma tillbaka. Vi tror att asylsökande som fått ett gott omhändertagande kan förmedla vidare detta till andra flyktingar som tidigare undvikit sjukvården. Vi tror även att ett samarbete med de myndigheter och organisationer som möter asylsökande kan bidra till ökad informations spridning. Exempelvis kan Migrationsverket bjuda in sjuksköterskor till att hålla informationsmöten för flyktingar. Genom en god information kring rättigheter och resurser anser vi att man kan möjliggöra för en känsla av sammanhang och ökad hanterbarhet.

Vidare krävs det att kompetenta tolkar deltar i detta arbete för att minska risker för missförstånd och feltolkningar. Vi har av egen erfarenhet upplevt att samtal mellan vårdpersonal och patienter undergrävs på grund av språkliga barriärer. Som flykting kanske man endast kommer i kontakt med sjukvård vid ett fåtal tillfällen och då är det av stor vikt att detta möte blir så bra som möjligt för att inte avskräcka någon från att söka i framtiden.

Ett annat problem som ett par artiklar diskuterade var hur synen på psykisk sjukdom blev ett hinder för flyktingar med andra kulturella bakgrunder att söka vård. Flera forskare beskrev detta i sina studier där deltagarna talar om hur psykisk ohälsa ofta resulterar i ett stigma (Quinn, 2014; Strijk et al., 2011). Madeleine Leininger berör i sina omvårdnadsteorier transkulturell omvårdnad och hon menar att hälsa är som något som är kulturspecifikt definierat, värderat och praktiserat (Leininger, 1995). Kulturella grupper har följaktligen olika syn på vad hälsa innebär och vad som orsakar ohälsa. Att sjuksköterskor besitter en grundläggande kunskap inom detta område känns angeläget för att kunna ge god vård samt för att få en bredare förståelse för patienten och dennes upplevelse av hälsa. Det är dock viktigt att inte strikt fokusera på kultur som enskild faktor för att förklara beteende och exkludera faktorer som exempelvis kön, ålder och klass samt att undvika att generalisera baserat på ursprung (Jirwe, Momenti, & Emami, 2014)

Att erbjudas språkundervisning har visat sig leda till ökad integrering, minskad isolering samt bättre kunskaper om samhället (Samarasinghe, 2012; Strijk et al., 2011). Med detta i åtanke tycker vi att det vore fördelaktigt om alla asylsökande erbjöds språkundervisning. Detta skulle också kunna innebära en meningsfull sysselsättning i väntan på besked på asyl. Att känna att samhället investerar i en kan också innebära ökad självkänsla och mening.

Rasism och diskriminering

Något som framkommit är att olika former av diskriminering och rasism är sådant som asylsökande ofta möter och att detta har en negativ inverkan på deras psykiska hälsa. Tidigare upplevelser av rasism och diskriminering har också visat sig leda till att man väljer att inte uppsöka vård (Quinn, 2014; Ramin & Nora, 2011). Vi tror därför att det är viktigt för sjuksköterskan att i första mötet inge ett förtroende.

FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter (Svenska FN-förbundet, 2008), *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (2014) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är bara några av de skrifter som fastställer alla människors lika värde och allas rätt till vård. Detta innebär också att inga former av rasism eller diskriminering får förekomma. Häri ligger dock en motsägelse i att asylsökande ofta inte har samma lagliga skydd och rättigheter som fullvärdiga medborgare. Ett exempel är den svenska lagstiftningen som säger att asylsökande har rätt till *vård som inte kan anstå* och därigenom kan nekas vård som inte anses ingå i denna formulering. Vi tror att känslan av diskriminering kan öka när man inte har samma rätt till vård. Vi anser att det stora tolkningsutrymmet i formuleringen kan leda till en osäkerhet kring vilken vård man som sjuksköterska har rätt att erbjuda. Det kan även innebära att våra vårdinrättningar handlar på olika sätt. Tydliga PM för vårdpersonal som klargör rättigheter och skyldigheter kan vara en stor hjälp för att minska osäkerheten hos personalen. Vi känner också att öppna samtal kring rasism och diskriminering på arbetsplatsen kan vara bra för att minska förekomsten inom vården. I Strijk et al. (2011) framkom att vårdpersonal hade svårt att identifiera rasism och diskriminering som något som hindrade asylsökande från att kontakta vården. Genom en ökad medvetenhet kan eventuellt detta hinder minimeras.

Upplevelsen av hanterbarhet och meningsfullhet är två viktiga faktorer för känslan av sammanhang (Antonovsky & Elfstadius, 2005). Vi tror att diskriminering och rasism skulle kunna ha en negativ påverkan på detta. Rasism och diskriminering kan leda till att man känner sig motarbetad i samhället eftersom man inte har samma rättigheter och möjligheter som andra. Man kan uppleva att det inte tjänar något till att försöka göra sitt liv bättre eftersom man lever i en såpass ogästvänlig omgivning.

Betydelse av sociala nätverk

I studierna har det framkommit att många tyckte att känslan av ensamhet och isolering försvårade livet under asylprocessen (Coffey et al., 2010; Quinn, 2014; Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Steel et al., 2006). Oavsett om informanterna har suttit i förvar eller kunnat röra sig fritt under asylprocessens gång så har majoriteten känt ett bristande stöd.

Både PTSD och depression, som är två återkommande psykiska besvär leder ofta till att man drar sig undan och isolerar sig. I Laban et al. (2005) fanns det direkta samband mellan att skiljas från sina barn och en eller flera psykiska diagnoser. Det går därmed att se familjen som en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa.

I Antonovsky och Elfstadius (2005) har hanterbarheten en central roll för hur välbefinnandet påverkas. Med hanterbarhet menar Antonovsky att individens

omgivande resurser har en stor betydelse för hur individen upplever att det går att ta sig igenom krisen. Som exempel på omgivande resurser föreslår Antonovsky: familj, släkt, vänner eller en stark religiös övertygelse.

Det stämmer väl överens med studiernas resultat om att familj och närstående spelar en viktig roll i den situation som man som asylsökande befinner sig i och att de som inte hade kontakt med familj eller vänner upplever att livet försvårats (Coffey et al., 2010; Quinn, 2014; Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Steel et al., 2004; Steel et al., 2006).

Som sjuksköterska kan man arbeta med att stärka och stötta familjen. Vården får en viktig roll att förklara för och motivera de som lider av ex. depression eller PTSD att undvika isolering då det snarare förvärrar deras situation. Samarasinghe (2012) beskriver vikten av att sjuksköterskan bjuder in familjer till reflekterande samtal för att stärka familjefunktionen och stimulera familjens egna resurser. Med ett sådant holistiskt synsätt kan sjuksköterskan stödja familjen i sin anpassning till det nya samhället. Familjecentrerade samtal anses även vara en viktig omvårdnadsåtgärd vid förekomst av psykisk ohälsa inom familjen (Samarasinghe, 2012). Syrèn menar att samtal kring psykisk ohälsa ger familjemedlemmar en möjlighet att sätta ord på sina upplevelser samt ökar förståelsen. Det kan underlätta att dessa samtal får äga rum i en neutral miljö, en arena där tiden är tillägnad just detta då det kan framstå som mycket svårt att ta upp inom hemmets fyra väggar (Syrèn, 2012). Vi anser även att sjuksköterskan har en viktig roll att spela och kan i dessa samtal agera som gruppledare för att diskussionen ska vara så givande som möjligt. Vi tror dessutom att samtalsgrupper kan bidra till att öppna upp för förståelse, samt ta bort den skam som många ofta känner i samband med psykisk ohälsa.

Sysselsättning och ekonomi

Då många av våra artiklar belyste hur bristen på aktivitet och sysselsättning påverkade mental hälsa och känsla av sammanhang förstod vi direkt att detta var väsentliga faktorer att ta hänsyn till. Steel et al. (2004), Laban et al. (2005), Strijk et al. (2011) och Samarasinghe och Arvidsson (2002) tar alla upp asylsökandes upplevelser av att inte ha tillgång till arbete, utbildning, språklig undervisning eller andra aktiviteter och dess konsekvenser det ger. Utifrån våra egna reflektioner och tidigare utbildning är vi väl införstådda i hur viktigt det blir med olika typer av sysselsättningar för att kunna uppleva en känsla av sammanhang. Att förneka personer rätten till detta anser vi vara direkt skadligt för det psykiska välmåendet. Detta går även att koppla till de idéer Antonovsky och Elfstadius (2005) hade kring KASAM och den betydelse *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* har för en salutogen livshållning. Vi tycker att det blir oerhört viktigt för oss som vårdgivare att möjliggöra för att asylsökande och flyktingar ska få en kontakt med sin omgivning och känna gemenskap. Gustafsson (2014) nämner att vårdande relationer kan skapas genom att bygga broar för att förhindra den avskurenhet många kan uppleva när man känner sig sakna ett sammanhang med den yttre världen. Följaktligen måste vi som sjuksköterskor engagera oss på ett genuint sätt och använda oss av ett brett perspektiv för att inte bara se till hur vi kan lindra de psykiska besvären utan även hjälpa patienten finna copingstrategier. Genom att se till tidigare erfarenheter så väl som patientens nuvarande situation och behov kan god vård säkerställas (Strijk et al. 2011).

De ekonomiska svårigheterna och bristen på arbete var ofta en källa till psykisk ohälsa och negativa självbilder (Laban et al., 2005; Samarasinghe & Arvidsson, 2002; Strijk et

al., 2011). Många asylsökande upplevde det som skamfullt att leva på bidrag och var vana vid att försörja sin familj. Man hade även svårt att acceptera att inte kunna påverka sin ekonomi vilket kan kopplas till begreppet hanterbarhet, då det ledde till ökad känsla av hopplöshet. Även om arbete och ekonomiska problem normalt sätt inte faller inom sjuksköterskans område, tycker vi ändå att man kan bidra med information och motivation. I många aspekter går möjligheter till bättre ekonomi och graden av sysselsättning hand i hand. Vi menar på att genom ökade aktiviteter och högre känsla av gemenskap förbättrar man chanser för asylsökande att komma i kontakt med arbete. Vi hade gärna sett att alla mottagarländer tillåter flyktingar att erhålla arbetstillstånd under asylprocessen.

Den långa asylprocessens påverkan

Efter att ha läst samtliga studier fick vi fram relativt många faktorer som kunde påverka den psykiska hälsan hos asylsökande. En del artiklar visade även på den negativa inverkan utdragna asylprocesser hade på välmåendet och hur pass mycket psykisk ohälsa förvärrades ju längre tid man fick vänta på besked om uppehållstillstånd (Laban et al., 2004; Nielsen et al., 2008). Vi anser således att det är viktigt att dessa ärenden kortas ner så mycket som möjligt för att inte flyktingar med förhöjd risk för mental ohälsa ska drabbas ännu mer. Förekomsten av psykisk ohälsa i början av asylprocessen har dessutom i många studier påvisats vara mycket hög. Vi tror därför att det är en av sjuksköterskans uppgifter att hjälpa flyktingar som utsatts för tidigare trauman och att identifiera psykisk ohälsa.

Sömn

I resultatet framkom att sömnsvårigheter var vanliga bland asylsökande och exempel ges även på hur vi som sjuksköterskor kan arbeta med detta genom exempelvis rådgivning kring dag och natrutiner (Coffey et al., 2010; Strijk et al., 2011). Vi anser vidare att det är viktigt att förstå mekanismerna bakom sömnproblemen för att kunna ge adekvata råd. Det var exempelvis vanligt att man sov på dagen på grund av att denna tid var mindre skrämmande än natten. Då räcker det kanske inte att ge råd kring hur man bibehåller en god dygnsrytm utan fokus bör istället ligga på att stärka patientens upplevelse av trygghet samt behandla t.ex. bakomliggande PTSD för att komma åt eventuella mardrömmar.

Slutsats

Vi har valt att fokusera på händelser/faktorer under asylprocessen men många studier har visat att redan innan denna börjat har många flyktingar varit med om händelser som påverkat hälsan negativt. Efter granskade artiklar och genomförd analys kan vi konstatera att det flyktingmottagande som förekommer i många industrialiserade Västländer är långt ifrån optimalt.

Vi ser två viktiga punkter som skulle kunna förbättra situationen för flyktingar och så att omhändertagandet förbättras. Detta kan göras genom att asylprocessens tidsåtgång kortas ned, men också att man ger psykisk omvårdnad ett större fokus då det verkar föreligga ett stort behov.

Tid är som sagt väldigt avgörande när det kommer till asylprocessen och ju tidigare man lär sig språket, kommer ut i arbete, bearbetar psykiska och fysiska trauman, desto snabbare kan man integreras i samhället och uppleva en starkare känsla av sammanhang. Med tanke på alla konflikter och naturkatastrofer runtom i världen är vi övertygade om att ökade flyktingströmmar är något som vi även kommer se en lång tid framöver.

REFERENSER

Antonovsky, A., & Elfstadius, M. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Ascher, H. (2009). Barn och vuxna i asylprocessen. I P. Johnsson & C. M. Allwood (Red.), *Mänskliga möten över gränser: vård och social omsorg i det mångkulturella samhället* (s. 28-60). Stockholm: Liber.

Brülde, B., & Tengland, P.-A. (2003). *Hälsa och sjukdom: en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Coffey, G. J., Kaplan, I., Sampson, R. C., & Tucci, M. M. (2010). The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum. *Social Science & Medicine*, 70(12), 2070-2079. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.042

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Europeiska Unionen. (2003). RÅDETS DIREKTIV 2003/9/EG av den 27 januari 2003 om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna. Hämtad 2014-09-26, 2014, från <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003L0009&from=EN>

Friberg, F (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, L.-K. (2014). Avskurenhet och gemenskap. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: på avancerad nivå* (s. 211-215). Lund: Studentlitteratur.

Hallas, P., Hansen, A. R., Staehr, M. A., Munk-Andersen, E., & Jorgensen, H. L. (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*, 7(1), 288-288. doi: 10.1186/1471-2458-7-288

Hedelin, B. (2006). Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa - Psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatrins arena. I I. Skärsäter & B. Arvidsson (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer* (s.63-83). Lund: Studentlitteratur.

Herlofson, J., & Landqvist, M. (2002). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press.

Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International nursing review*, 52(4), 276-285. doi: 10.1111/j.1466-7657.2005.00418.x

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. (2014). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jirwe, M., Momenti, P., & Emami, A. (2014). Kulturell mångfald. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (s. 341-357). Lund: Studentlitteratur.

- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843-851. doi: 10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(12), 825-832. doi: 10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d
- Leininger, M. M. (1995). Teorins grundläggande antaganden. I T. Grundberg, L. Rooke, K. Larsson-Wentz, L. R. J. Lutjens, C. L. Reynolds, M. M. Leininger & K. S. Reed (Red.), *Anteckningar om omvårdnadsteorier: 3* (s. 75-90). Lund: Studentlitteratur.
- Mares, S., & Jureidini, J. (2004). Psychiatric assessment of children and families in immigration detention--clinical, administrative and ethical issues. *Australian and New Zealand journal of public health*, 28(6), 520-526. doi: 10.1111/j.1467-842X.2004.tb00041.x
- Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark--the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8(1), 293-293. doi: 10.1186/1471-2458-8-293.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Omeri, A., Lennings, C., & Raymond, L. (2006). Beyond asylum: implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 17(1), 30-39. doi: 10.1177/1043659605281973
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.
- Quinn, N. (2014). Participatory action research with asylum seekers and refugees experiencing stigma and discrimination: the experience from Scotland. *DISABILITY & SOCIETY*, 29(1), 58-70. doi: 10.1080/09687599.2013.769863
- Ramin, A., & Nora, S. (2011). Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 506-522. doi: 10.1353/hpu.2011.0047
- Samarasinghe, K. (2012). Att leva i kulturell transition - ofrivilligt invandrade familjers välbefinnande. I E. Benzein, M. Hagberg & B.-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 115-127). Lund: Studentlitteratur.
- Samarasinghe, K., & Arvidsson, B. (2002). 'It is a different war to fight here in Sweden' -- the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 292-301.

SFS 2013:407. *Lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2008:344. *Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2005:716. *Utlänningslagen*. Stockholm: Justitiedepartementet

Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 77-97). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014a). Förstämmningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 99-127). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014b). Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa* (s. 611-642). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2014). Vård för papperslösa -Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. Hämtad 2014-09-23, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19381/2014-2-28.pdf>

Steel, Z., Blick, B., Mares, S., Momartin, S., Bateman, C., Hafshejani, A., . . . Newman, L. (2004). Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia. *Australian and New Zealand journal of public health*, 28(6), 527-536. doi: 10.1111/j.1467-842X.2004.tb00042.x

Steel, Z., Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J., & Tay, K. W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*, 72(7), 1149-1156. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.007

Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry*, 188, 58-64. doi: 10.1192/bjp.bp.104.007864

Strijk, P. J. M., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1), 48-55. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Syrén, S. (2012). Psykossjukdom i familjen - Ett existentiellt inbördeskrig. I E. Benzein, M. Hagberg & B.-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 167-178). Lund: Studentlitteratur.

Svenska FN-förbundet. (2008). FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Hämtad 2014-10-13, 2014, från <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor->

fn/manska-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manska-rattigheterna-/

UNHCR. (2001). 1951 års konvention om flyktingars rättsliga ställning. Hämtad 2014-09-15, 2014, från <http://www.unhcr.se/se/om-oss/1951-aars-flyktingkonvention.html>

UNHCR. (2014). Asylum Trends 2013 - Levels and Trends in Industrialized Countries. Hämtad 2014-09-15, 2014, från <http://www.unhcr.org/5329b15a9.html>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2012). Depression. Hämtad 2014-10-07, 2014, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (2014). Mental health: strengthening our response. Hämtad 2014-10-06, 2014, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

BILAGOR

Bilaga 1

Söktabell:

<i>Datum</i>	<i>Databas</i>	<i>Sökord</i>	<i>Begränsningar</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Antal lästa abstrakt</i>	<i>Granskade artiklar</i>	<i>Antal valda artiklar</i>
10/9	CINAHL	refugee* AND asylum	Peer reviewed, Research article & English Language	156	-	-	-
10/9	CINAHL	refugee* AND asylum AND health need*	Peer reviewed, Research article & English Language	24	-	-	-
11/9	CINAHL	refugee* AND asylum AND health	Peer reviewed, Research article & English Language	111	44	30	9
11/9	CINAHL	immigra* AND health AND asylum	Peer reviewed, Research article & English Language	53	10	4	2
12/9	PUBMED	immigra* AND health AND asylum	English & Free full text	50	9	7	3
12/9	PUBMED	refugee* AND health AND asylum	English & Free full text	125	-	-	-
12/9	PUBMED	refugee* AND health AND asylum	Refugee* in (title/abstract), English & Free full text	71	16	4	0
17/9	CINAHL	nurs* AND asylum	Peer reviewed, Research article, & English Language	43	11	2	0

Bilaga 2

Tabell över valda artiklar i bokstavsordning efter titel:

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum</p> <p>Författare: Coffey, G. J., Kaplan, I., Sampson, R. C., & Tucci, M. M.</p> <p>Tidskrift: Social Science & Medicine</p> <p>Årtal: 2010</p>	<p>Att undersöka erfarenheter av långtidsförvar, samt hur det yttrar sig i symtom efter man har blivit frisläppt.</p>	<p>Mixad kvalitativ och kvantitativ metod. Intervjuer och enkäter</p> <p>Deltagare: 17 Tillfrågade:34 Bortfall: 17 Etiskt godkännande.</p>	<p>Visar på hög förekomst av psykisk ohälsa och låg livskvalitet hos deltagare samt svårigheter som kan kopplas till erfarenheter från tid i förvar.</p>	<p>Hög</p> <p>Nästan bara män och stort bortfall liten studiepopulation, dock väl beskrivet varför.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark</p> <p>Författare: Hallas, P., Hansen, A. R., Staehr, M. A., Munk-Andersen, E., & Jorgensen, H. L</p> <p>Tidskrift: BMC Public Health</p> <p>Årtal: 2007</p>	<p>Att undersöka om incidensen av psykisk ohälsa ökade med vistelsetid på asylboende.</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Analys av läkarjournaler för boende på asylboende och remitterats till läkare för psykiska eller fysiska besvär >3 respektive >5ggr.</p> <p>Inget etiskt godkännande behövdes enl. författare.</p>	<p>Antal remitteringar för psykiska besvär ökade med vistelsetid i asylboenden. Detta gällde för alla kategorier av psykisk ohälsa som studerades.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Saknas demografisk information kring deltagare.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences</p> <p>Författare: Hultsjö, S., Hjelm, K</p> <p>Tidskrift: . International nursing review</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Beskriva problemen sjukvårdspersonal upplever under vård av invandrare (inkl. flyktingar), samt att jämföra upplevelser mellan yrkesgrupper.</p>	<p>Explorativ kvalitativ studie.</p> <p>Semi-strukturerade fokusgruppintervjuer.</p> <p>Tillfrågade: Alla ssk med >2 års värderfarenhet från 3 avdelningar Deltagare: 35</p> <p>Bortfall specificeras ej.</p> <p>Etiskt godkännande</p>	<p>Akutvårdspersonal upplever ofta problem med att vårda flyktingar pga kulturella och språkliga skillnader.</p>	<p>Hög</p> <p>En fokusgrupp hade missförstått syftet. Detta uppmärksammades och åtgärdades, oklart hur det påverkat resultatet.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands.</p> <p>Författare: Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M.</p> <p>Tidskrift: The Journal of nervous and mental disease</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Att undersöka förekomsten av psykisk sjukdom hos asylsökande och hur längden på asylprocessen påverkar förekomst av mental ohälsa hos samma grupp. Detta genom att jämföra personer som varit asylsökande >2år och <2 år i Nederländerna.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie. Enkäter Randomiserat urval.</p> <p>Grupp 1: 143 kontaktade:175 Bortfall:32</p> <p>Grupp 2: 151 kontaktade:190 Bortfall:39</p>	<p>Visar på högre förekomst av psykiska symtom hos asylsökande som vistats >2år i landet, detta kan dock delvis förklaras av att denna grupp upplevt fler trauman innan ankomst.</p>	<p>Hög</p> <p>Etiskt godkännande saknas. Anonymitet garanterad.</p> <p>Stort bortfall men väl beskrivet.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands</p> <p>Författare: Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M.</p> <p>Tidskrift: The Journal of nervous and mental disease</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>Undersöka hur post-migrations faktorer kan påverka psykisk ohälsa.</p>	<p>Enkätbaserade intervjuer.</p> <p>Randomiserat urval. Samma deltagare som i en tidigare studie (laban et al, 2004)</p> <p>Grupp 1: 143 kontaktade:175 Bortfall:32</p> <p>Grupp2: 151 kontaktade:190 Bortfall:39</p>	<p>Identifierar postmigrationsfaktorer och visar på samband mellan dessa och psykisk sjukdom. Längd på asylprocessen, sysselsättning och familjesammanhållning hade starkast påverkan på psykiska hälsan.</p>	<p>Hög</p> <p>Etiskt godkännande saknas. Anonymitet garanterad.</p> <p>Stort bortfall men väl beskrivet.</p> <p>Använder självutvecklad enkät som ej testats tidigare. Vi bedömer dock validitet som god. Reliabilitet god.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Psychiatric assessment of children and families in immigration detention--clinical, administrative and ethical issues.</p> <p>Författare: Mares, S., & Jureidini, J</p> <p>Tidskrift: Australian and New Zealand journal of public health</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Att undersöka kliniska, etiska och legala konsekvenser för flyktingar i förvarningsenheter.</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Intervjuer med familjer som remitterats till läkare</p> <p>Deltagare: 10 familjer varav 16 vuxna, 20 barn.</p> <p>Etiskt godkännande</p>	<p>Psykisk ohälsa ökar vid långvarigt förvar, samtidigt som vården är otillräcklig.</p>	<p>Medel</p> <p>Datansamling och analys bristfälligt beskriven.</p> <p>Deltagare har undersökts av läkare men framgår ej hur.</p> <p>Svårt att applicera resultat på annan population.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Mental health among children seeking asylum in Denmark-the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study</p> <p>Författare: Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A</p> <p>Tidskrift: BMC Public Health</p> <p>Årtal: 2008</p>	<p>Undersöka psykiska hälsan hos asylsökande barn i relation till organisatoriska faktorer i asylsökningssprocessen så som antal förflyttningar inom samt vistelsetid i asylboende.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie. Enkäter.</p> <p>Tillfrågade:260</p> <p>Enkäter fylldes i för 246 deltagare.</p> <p>Bortfall: 14</p> <p>Etiskt godkännande</p>	<p>Vistelsetid samt antal flyttar kunde associeras med ökad risk för psykisk ohälsa även om orsakssambandet däremellan är oklart.</p>	<p>Medel</p> <p>Säger inget om kausaliteten mellan antal flyttar och tid i asylboende.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Beyond asylum: implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia.</p> <p>Författare: Omeri, A., Lennings, C., & Raymond, L.</p> <p>Tidskrift: Journal of transcultural nursing</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Att undersöka afghanska flyktingars tillgång till sjukvård, samt hur denna kan förbättras av yrkesutövare.</p>	<p>Kvalitativ metod. Fokusgrupper och semistrukturerade intervjuer</p> <p>38 deltagare varav 25 ej deltog i intervjuer. Bortfall och urval ej specificerat.</p> <p>Etiskt godkännande</p>	<p>Teman som hämmar och förbättrar integration och mental hälsa framkommer.</p>	<p>Medel</p> <p>Demografisk information om "General informants" saknas.</p> <p>Urval/bortfall ottydligt beskrivet.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Participatory action research with asylum seekers and refugees experiencing stigma and discrimination: the experience from Scotland</p> <p>Författare: Quinn, N</p> <p>Tidskrift: Disability and Society</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Undersöka uppfattningar och attityder till psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar i Glasgow samt att utforska mönster av stigma och diskriminering identifiera barriärer för att söka hjälp och hur man kommer runt dem.</p>	<p>Fokusgrupper ledda av asylsökande utbildade av forskarna.</p> <p>Opportunistiskt urval</p> <p>101 deltagare.</p> <p>Etiskt godkännande.</p>	<p>Studien visar på orsaker till psykisk ohälsa, attityder mot personer med psykisk ohälsa, hjälp-sökande samt källor till stöd.</p>	<p>Medel</p> <p>Urvalsförfarande och datainsamlingsmetod bristfälligt beskrivet.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Barriers to Health Care Access among Refugee Asylum Seekers</p> <p>Författare: Ramin, A., & Nora, S</p> <p>Tidskrift: Journal of Health Care for the Poor and Underserved</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Att bredda den kvantitativa forskningen kring asylsökandes erfarenheter av vård genom att undersöka asylsökandes, vårdpersonals sakkunnigas perspektiv i syfte att karaktärisera barriärer för asylsökande att söka vård.</p>	<p>Blandad kvantitativ metod. Fokusgrupper med 14 deltagare, bytte därefter metod till semistrukturerade intervjuer (21st).</p> <p>15 intervjuer med läkare samt representanter från organisationer som arbetar med asylsökande.</p> <p>35 deltagare. Bortfall ej specificerat.</p>	<p>Interna och strukturella hinder framträder. Exempelvis olika synsätt på psykisk sjukdom, höga kostnader och språkbarriärer. Förslag på hur tillgången kan förbättras ges.</p>	<p>Medel</p> <p>Saknar etiskt godkännande, samt resonemang kring bortfall/urval</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: 'It is a different war to fight here in Sweden' -- the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition</p> <p>Författare: Samarasinghe, K., & Arvidsson, B</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2002</p>	<p>Undersöka effekten av ofrivillig immigration på familjers hälsa i syfte att identifiera vårdbehovet hos familjer i kulturell transition i Sverige.</p>	<p>Kvalitativa intervjuer vilka analyserades genom kontextuell metod.</p> <p>Strategiskt urval via "gate openers" och personliga kontakter.</p> <p>16 personer från 10 familjer deltog. Bortfall okänt.</p> <p>Etiskt godkännande.</p>	<p>4 kategorier som beskriver familjer hälsa framkommer. Faktorer som påverkar hälsan negativt eller positivt identifierades även.</p>	<p>Hög</p> <p>Något oklar urvalsmetod.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Psychiatric status of asylum seeker families held for a protracted period in a remote detention centre in Australia</p> <p>Författare: Steel, Z., Blick, B., Mares, S., Momartin, S., Bateman, C., Hafshejani, A., Newman, L</p> <p>Tidskrift: Australian and New Zealand journal of public health</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Att undersöka psykisk status hos familjer som hållits i avlägsna försvarsheter under >2 år.</p>	<p>Kvalitativ metod. Strukturerade intervjuer med enkäter.</p> <p>Deltagare: 10 familjer (14 vuxna, 20 barn)</p> <p>Bortfall: 1 familj.</p> <p>Etiskt godkännande</p>	<p>Visar på stor psykisk ohälsa hos både barn och vuxna. Redovisar många olika symtom på ohälsa samt upplevelser av förvar som kan påverka hälsan.</p>	<p>Hög</p> <p>Tre av fem enkäter var självutvecklade, bedöms dock valida och reliabla av forskare.</p> <p>Samtidigt som enkäter genomfördes fördes en laglig process för att få deltagare frisläppta, kan ha fått deltagare att överdriva sina svårigheter för att påverka processen.</p> <p>Eventuellt minnesbias, r/t retrospektiv skattning.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies</p> <p>Författare: Steel, Z., Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J., & Tay, K. W</p> <p>Tidskrift: Social Science & medicine</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Att jämföra långtidseffekten på flyktingars mentala hälsa som fått tillfälliga respektive permanenta tillstånd.</p>	<p>Kvantitativ kohortstudie. Enkäter vid baseline samt efter två år.</p> <p>Deltagare vid baseline: 116 deltagare vid uppföljning: 104</p> <p>Bortfall 12</p> <p>Etiskt godkännande.</p>	<p>Visar på att psykiska hälsan samt integrering försämrats vid tillfälliga tillstånd</p> <p>Permanent tillstånd ger förbättrad psykiska hälsa och ökad integrering.</p> <p>PTSD var oförändrat hög oavsett typ av uppehållstillstånd.</p>	<p>Hög</p> <p>Deltagare har tagits från ett program för tortyr och traumaöverlevare, oklart hur detta påverkat. Fler TVP än PPV valde att delta i programmet men TPV uppvisar trots detta sämre hälsa.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees</p> <p>Författare: Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I</p> <p>Tidskrift: The British Journal of Psychiatry</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>Att undersöka långtids effekter av obligatoriskt förvar och efterföljande tillfälliga uppehållstillstånd på psykiska hälsan hos flyktingar</p>	<p>Kvantitativ metod, enkäter.</p> <p>Sökningar i register samt "Snöbolls urval"</p> <p>241 personer deltog i studien vilket omfattar 90% av de tillfrågade.</p> <p>Saknar etiskt godkännande.</p>	<p>Tidigare erfarenheter av förvar samt nuvarande tillfälligt uppehållstillstånd bidrar till risk för PTSD, depression samt nedsatt funktion. Längre tid i förvar associerades med svårare psykisk ohälsa.</p>	<p>Medelhög</p> <p>Har fokuserat på en specifik grupp, kan påverka resultatets Generaliserbarhet.</p>

	Problem & syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsgrad
<p>Titel: Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study</p> <p>Författare: Strijk, P. J. M., van Meijel, B., & Gamel, C. J.</p> <p>Tidskrift: Perspectives in Psychiatric Care</p> <p>Årtal: 2011</p>	<p>Beskriva vårdbehovet hos traumatiserade flyktingar och asylsökande.</p>	<p>Blandad kvantitativ och kvalitativ metod. Enkäter och efterföljande intervjuer.</p> <p>Deltagare enkät: 30st</p> <p>Deltagare intervju: 8st</p> <p>Bortfall: 35st</p>	<p>Huvudteman som framkommer är ensamhet och sorg hos flyktingar. Även en rad praktiska problem påverkar livskvaliteten. Utöver detta är de under stor psykisk påfrestning och många lider av psykisk ohälsa.</p>	<p>Medel</p> <p>Lågt deltagande i intervjuer.</p> <p>Etiskt godkännande saknas.</p> <p>Bristfällig datainsamlingsmetod, ej anpassad till studiepopulation.</p>