



STRESSFORSKNINGSRAPPORTER

Stress Research Reports

Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktingbarn

Fokusgruppsintervju med skolsköterskor i en av södra Stockholms invandrartäta kommuner

Shervin Shahnavaaz • Solvig Ekblad

Nr 307–2002

INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN – IPM
National Institute for Psychosocial Medicine

Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktingbarn

Shervin Shahnavaz • Solvig Ekblad

Fokusgruppsintervju med skolsköterskor
i en av södra Stockholms invandratäta kommuner

Ansvarig utgivare: Töres Theorell

INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN – IPM

som inrättades 1981, utvecklar, värderar och förmedlar kunskap om psykosociala aspekter på olika hälso- och sjukdomsprocesser. Föreståndare: professor *Töres Theorell*

FORSKNINGSOMRÅDEN

Social miljö och hälsa. Chef: *professor Töres Theorell*

Arbetsmiljö och hälsa. Chef: *professor Torbjörn Åkerstedt*

Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Chef: *professor Danuta Wasserman*

Barn och trauma. Chef: *docent Frank Lindblad*

Stressmottagningen. Chef: *docent Aleksander Perski*

Invandramiljö och hälsa. Chef: *docent Solvig Ekblad*

Stressforskningsrapporterna ges ut i ett samarbete mellan **IPM** och **Avdelningen för stressforskning** vid **Karolinska Institutet (KI)**, som också är WHO:s psykosociala samarbetscentrum och **Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)** vid IPM/Stockholms läns landsting som också är WHO:s samarbetscentrum.

Copyright © 2002 Förlaget och författarna

ISSN 0280-2783

Elanders Gotab, 2002

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	7
Bakgrund och syfte	8
KUNSKAPSÖVERSIKT – RISK- OCH FRISKFAKTORER HOS BARN .	9
Teori	11
Metod	15
Resultat	16
PSYKOSOCIALA PROBLEM/BEHOV OCH BEMÄSTRINGS- STRATEGIER HOS BARNEN	16
<i>Vanliga symtom</i>	16
<i>Vanor och rutiner hemma</i>	16
<i>Barn rör sig inte</i>	16
<i>Avsaknad av psykologiska förklaringsmodeller</i>	16
<i>Anknytning</i>	17
<i>Otrygghet</i>	17
<i>Föräldrar som inte mår bra</i>	17
<i>Traumatiska upplevelser</i>	17
<i>Bemästringsstrategier, Coping</i>	18
SKOLSKÖTERS KORNAS ARBETSUPPGIFTER OCH UPPLEVELSER .	18
<i>Rutiner</i>	18
<i>Utbildning, kompetens</i>	19
SAMVERKAN MED FÖRÄLDRAR	19
SAMVERKAN MED ANDRA YRKESKATEGORIER/ORGANISATIONER	20
ETNICITET OCH GENUSRELATERADE FAKTORER	20
<i>Kulturella skillnader</i>	20
<i>Segregation</i>	21
<i>Genus</i>	22

POLICY OCH ORGANISATION	22
FÖRSLAG PÅ FÖRBÄTTRINGAR	23
Diskussion	25
Referenser	29

Bilagor

1. Information till skolsköterskor angående studien om "hälsosamtal för asylsökande barn"
2. Intervjuguide – Fokusgruppsintervjuer med skolsköterskor Botkyrka

Förord

Forskningsprojektet som genomförts under perioden 2001-09-01–2002-08-31 vid Karolinska Institutet, Stockholm (KI dnr 3341/2001) har finansierats av Europeiska flyktingfonden (ERF 141/2001) och med delfinansiering i form av personalresurser från Migrationsverket och Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), Solna. Aktuell studie har utförts parallellt med en större studie kring hälsorelaterade problem hos vuxna asylsökande som genomförts av artikelförfattarna (Ekblad och Shahnavaz 2002). Projektet har godkänts av Karolinska institutets regionala forskningsetikkommitté (KI dnr 01-499). Denna studie genomförs i samarbete med skolhälsovården i Botkyrka kommun i Stockholm.

I bägge studierna definieras hälsa (Världshälsoorganisationens definition) som: "ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller skada" (WHO 1946).

Vi vill rikta stort tack till de skolsköterskor som medverkade i fokusgruppsintervjun och generöst gjorde sina erfarenheter, upplevelser och förslag till förbättringar tillgängliga för oss.

Vi vill också tacka:

Barbro Lönnkvist, samordnare för skolsköterskor i Botkyrka kommun, en av södra Stockholms invandrantäta kommuner, som hjälpte oss komma i kontakt med skolsköterskorna. Gunnel Hägg, enhetschef på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning som gav oss tillgång till intervjulokal på mottagningen nära skolsköterskornas arbetsplatser. Slutligen vill vi tacka medlemmarna i Forskargruppen för transkulturell psykologi vid Neurotec-institutionen, Karolinska Institutet och Nätverket för tillämpad forskning, *Migration och Hälsa* för värdefulla synpunkter under arbetets gång samt Gunilla Andersson, koordinator och informationsansvarig för enheten Invandramiljö och Hälsa för layout.

Stockholm den 29 oktober 2002

Shervin Shahnavaz

Leg psykolog, forskningsassistent, sektionen för psykiatri, Neurotec-institutionen, Karolinska Institutet, Stockholm

Solvig Ekblad

Projektledare, docent och adjungerad universitetslektor, sektionen för psykiatri, Neurotec-institutionen, Karolinska Institutet, Stockholm, samt enhetschef, Invandramiljö och Hälsa, Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), Solna

Sammanfattning

Studien ger i enlighet med sitt syfte en orientering i problem och resurser hos asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktingbarn utifrån skolsköterskornas perspektiv. Resultaten ger även en bild av skolsköterskornas arbetsituation och deras behov och erfarenheter. Data insamlades med den kvalitativa metoden *fokusgruppsintervju* som genomfördes med fem skolsköterskor verksamma i Botkyrka kommun, en av södra Stockholms invandrantäta kommuner. Engagemanget i gruppen kring de diskuterade frågorna ökade alltmer under intervjun och det fanns många idéer och tankar som deltagarna tog upp till diskussion. Intervjun transkriberades. Texten kodades och organiserades efter olika tema. Sju huvudteman formades. Dessa är: *psykosociala problem/behov och bemästringsstrategier (coping) hos barnen, skolsköterskornas arbetsuppgifter och upplevelser, samverkan med föräldrar, samverkan med andra yrkeskategorier/organisationer, etnicitet – och genusrelaterade faktorer, policy och organisation samt förslag på förändringar*. Några av de sju huvudkategorierna har en eller flera undergrupper. Sömnsvårigheter och psykosomatiska besvär såsom magont uppgavs av skolsköterskorna som två av de vanliga symtomen hos barnen. Två vanliga bemästringsstrategier (coping) identifierades hos asylsökande barn: 1. att barn koncentrerar sig på studierna och presterar bra och 2. att barn uppträder som vuxna bl.a. genom att sluta leka. Det finns stöd för många av fynden i litteratur kring hälsorelaterade problem hos barn i Sverige generellt men också för de mer specifika faktorerna viktiga för flykting- och invandrarbarns hälsa. Skolsköterskorna hade en rad förslag på förbättringar.

Bakgrund och syfte

Behovet av forskning och metodutveckling för kartläggning av hälsorelaterade problem hos asylsökande betingas av att ett betydande antal flyktingar har kommit till vårt land under de senaste åren. Starten i Sverige är oerhört viktig för hur det fortsatta livet kommer att te sig. Socialstyrelsen har i olika dokument och rapporter betonat vikten av hälsosamtal för asylsökande (1995:4) och bristerna vad gäller forskning och systematisering av dessa insatser. Det är viktigt att fånga upp hälsoproblem och vägleda patienten till rätt vårdnivå skriver Socialstyrelsen (2000-77-031). Man uppmanar till forskning kring invandrarernas hälsa vid ankomst till Sverige och deras hälsosituation i hemlandet (2000:3). Ovan gäller såväl asylsökande barn som vuxna. Socialstyrelsen kommer i en utredning bl.a. fram till att det finns ett behov av "...metodutveckling kring tidiga insatser för asylsökande barn med psykosociala problem och riktlinjer för omhändertagande av asylsökande skolbarn inom skolhälsovården..." (2000-77-008).

Aktuell folkhälsorapport visar att den starkast bidragande orsaken till sjukdoms-
bördan i Sverige är psykisk ohälsa och att problem såsom "ängslan, oro, ångest och sömnproblem är vanligare bland invandrare i Sverige än bland födda svenskar" (Sjöstedt 2001 sid. 91). Psykisk ohälsa är även, enligt Statens folkhälsoinstitut, det största enskilda hälsoproblemet under uppväxtåren och enligt Kommittén Valfärdsbokslut lider var tredje 10–18 åring av huvudvärk, magont eller sömnsvårigheter (SOU 2001:55). Psykiska problem är dessutom avsevärt vanligare bland den grupp barn som är socioekonomiskt mindre gynnade (Bremberg 2002). Många nyanlända flyktingbarn och andra invandrarbarn tillhör denna grupp. Internationell migration såväl pre- som postmigrationsstressfaktorer, relevant i detta sammanhang, har betydelse för den psykiska hälsan och välbefinnandet. Såväl traumatiska upplevelser, förlusten av hemlandet, flykten, migrationen som integrationen i det nya samhället kan innebära påfrestningar för både vuxna och barn (Almqvist 1997, Hjern 1990, Ekblad 1993, 2000). En forskningsöversikt visar att många barn i flyktingfamiljer har psykiska och psykosomatiska symtom som kan relateras till de egna och föräldrarnas traumatiska upplevelser i hemlandet (Näreskog 1997). Tidig upptäckt och bemötande av asylsökande och nyanlända barns behov avseende psykosocial hälsa är därför troligtvis av yttersta vikt för deras utveckling, välbefinnande och integration i det svenska samhället. Bristen på evidensbaserad kunskap kring invandrar- och flyktingbarnens psykosociala hälsa har uppmärksammats (Ekblad och Westin 1995, Ekblad m.fl. 1997, Ekblad 2000). Socialstyrelsens utredare skriver i en litteraturöversikt om *Psykisk hälsa hos flykting – invandrarbarn* (2000-51-001): "Bristen på material – forskningsrapporter såväl som dokumentation av de behov som finns och det behandlingsarbete som görs – är ett anmärkningsvärt resultat i sig" (sid. 27). Denna brist har också uppmärksammats av underlagsrapport nr 13

Folkhälsa och integration till Nationella folkhälsokommittén (1999): "Svensk forskning rörande invandrade flyktingbarn är mycket begränsad med få uppföljande studier. Longitudinella studier saknas helt" (sid. 22).

Syfte: Att kartlägga problem, resurser och befintliga metoder vid hälsoundersökningar av asylsökande barn utifrån skolsjuksköterskors erfarenheter och dagliga arbete. Målet är att få en orientering i området. Studien används som en förstudie till ett större projekt kring nyanlända flykting- och invandrarbarns hälsa och integration i Sverige med arbetstiteln "En prospektiv kartläggnings- och interventionsstudie av psykosocial hälsa" (Artikelförfattarna har insänt en fullständig ansökan om nya forskningsmedel till Forskningsrådet för arbetsliv och social vetenskap, FAS, men ännu inte erhållit svar).

Kunskapsöversikt – risk- och friskfaktorer hos barn

Det finns all anledning att anta att situationen för asylsökande och nyanlända barn skulle behöva förbättras avsevärt, vilket framgår av underlagsrapport nr 13 "Folkhälsa och integration" till Nationella folkhälsokommittén (1999) som i en översikt visar att utrikes födda barn och ungdomar drabbas oftare av översjuklighet i psykiska sjukdomar och olycksfall. En forskningsöversikt visar att många barn i flyktingfamiljer har psykiska och psykosomatiska symtom som kan relateras till den egna och föräldrarnas traumatiska upplevelser i hemlandet (Näreskog 1997). Almqvist (1997) finner att 21 % av de iranska flyktingbarn som ingick i hennes undersökningsgrupp led av posttraumatiska stressyndrom. Huvudkriterierna för diagnosen Posttraumatiskt stressyndrom definieras enligt DSM IV (1995) på följande sätt: Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse, som involverar faktisk eller hotande död eller allvarlig skada, eller ett hot mot den egna eller andras fysiska integritet. Den drabbades reaktion skall karakteriseras av intensiv rädsla, hjälplöshet eller fasa. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen bl.a. i form av påträngande minnesbilder och mardrömmar, ständigt undvikande av stimuli (aktiviteter, platser, tankar) som associeras med traumat, ihållande symtom på överspändhet såsom sömnsvårigheter, vredesutbrott och koncentrationssvårigheter. För att få diagnosen måste störningarna ha varat i mer än en månad och inneburit signifikant lidande för personen. Exakta siffror om andelen traumatiserade invandrar- och flyktingbarn i Sverige saknas dock. Sömnproblem, inklusive mardrömmar, sömngävtning, föräldraberöende, koncentrationsstörningar, hyperaktivitet, irritabilitet, aptitlöshet, nedstämdhet, ångest och somatiska problem är exempel på symtom och beteenden som har konstaterats i olika studier. Psykisk ohälsa i form av sårbarhet och långsiktiga problem finns hos 40–50% av undersökta invandrarbarn enligt de rapporter Socialstyrelsen (2000) granskat.

Janson, Sundelin och Starrin (2001) menar att den väsentliga förklaringen till ojämlikhet i hälsa hos barn är den ojämlika fördelningen av risk- och skyddsfaktorer

hos befolkningen. Till följd av den otillräckliga forskningen måste man i mångt och mycket dra slutsatser kring barnens levnadsmiljö utifrån vad vi vet om föräldrarnas. Tidigare studier, bland andra Broomé (2000) har visat att många invandrade familjer i Sverige är, på grund av arbetslöshet och minskad sysselsättning, beroende av socialbidrag.

I en kartläggning av Lindencrona, Ekblad och Charry (2000) av bl.a. levnadsomständigheter för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska mottagning 1998–1999 specialstuderades gruppen utlandsfödda som erfarit minst en traumatisk händelse (197 patienter av 700 på mottagningen). De är ofta i en ålder där man utöver att försöka etablera sig i ett nytt samhälle också har att fungera som förälder med små barn. Utifrån kartläggningen kan man anta att många barn har föräldrar som, beroende på tidigare erfarenheter av traumatiska händelser och nuvarande psykiatriska symtom och livssituation, inte orkar på ett psykologiskt, känslomässigt plan vara föräldrar. Det finns anledning att misstänka att föräldrarnas traumatiska erfarenheter kan påverka barn. Flera forskare har studerat transgenerationseffekter hos barn till traumatiserade föräldrar och utvecklat olika modeller för förståelse och behandling av barnen (Weiss och Weiss 2000, Kellerman 2001) samt hur barn hanterar föräldrarnas psykologiska börda från trauman (Keinan, Mikulincer och Rydbnicki 1988). En möjlig förklaring till denna transgenerationseffekt finns hos Hesse och Mains (2000) som utifrån anknytningsteori studerat hur disorganiserade/disorienterade beteenden hos förskräckta föräldrar kan väcka motsatt biologisk reaktion hos barnet d.v.s. flykt istället för närmande och anknytning. Anknytning till föräldrarna anses av vissa psykologiforskare (Perris 1996, Bowlby 1988) vara grunden för barnets tanke- och känsloutveckling. Anknytningspersonen fungerar som en trygg bas och skydd mot faror. Kvalitén i relationen blir grunden för barnets inre arbetsmodell och identitetsutveckling senare i livet. En ekologisk multifaktoriell teoretisk ansats som innefattar olika väsentliga psykologiska behov hos barn för att kunna särskilja på olika typer av stress som flyktingar är utsatta för följer nedan.

Teori

Psykosociala faktorer och kontext: Folkhälsovetenskaplig forskning kring förebyggande arbete har på senare år kommit att argumentera för insatser som inte enbart riktar sig mot individen. Istället har man efterlyst en ekologisk syn som innebär att preventiva insatser riktas mot de strukturer och den kontext som på olika sätt ger målgruppen möjligheter till kontroll över gynnsamma eller ogynnsamma faktorer som har ett inflytande på psykisk hälsa och välbefinnande (Prilleltensky och Nelson 2000). Forskning visar på ett starkt samband mellan psykisk hälsa och individens känsla av kontroll över sitt liv, empowerment och känsla av självbestämmande (Ryan och Deci 2000). Medan forskning har kunnat påvisa dessa samband på ett tydligt och övertygande sätt finns det relativt lite litteratur som utforskar de psykosociala faktorer som i lika hög grad som personlig förmåga påverkar individens eller en grups möjligheter till känsla av kontroll över det egna livet. Makt och kontroll över det egna livet är förmågor som utvecklas och förändras i en ständig interaktion med omgivningen. På så sätt kan dessa begrepp inte enbart sägas referera till förmågor som är situerade "inom individen" utan snarare som möjligheter som föds genom ett framgångsrikt utbyte mellan individen och dennes omgivning (Prilleltensky, Nelson och Peirson 2001).

Figur 1 visar en ekologisk modell (Silove 1999, Ekblad och Silove 1998, Ekblad 1996) som har utvecklats för att identifiera de multifaktoriella risk- och friskfaktorer som kan sägas påverka nyanlända flyktingars och andra invandrades hälsa/ohälsa och välbefinnande. Otillfredsställda behov inom de olika hälsosystemen kan, var för sig och i påverkan på varandra, leda till försämrad psykisk hälsa, depression, ångest och aggressivitet. Modellen har utvecklats vidare med tillägg av flera interventionsnivåer (McLeroy m.fl. 1988). Ett väsentligt användningsområde för modellen är att identifiera skydds- och friskfaktorer på individnivå eller gruppnivå både hos nyanlända vuxna och barn (Lindencrona, Johansson Blight, Ekblad & 2002).

Figur 1. Teoretisk ram för främjandet av psykisk hälsa i introduktionen (Lindencrona, Ekblad och Charry 2001)

Hälsosystem Interventionsnivåer	Anknytning	Säkerhet/ Trygghet	Identitet/ Roller	Mänskliga Rättigheter/ Rättvisa	Existentiellt/ Menings- skapande
Individ nivå					
Interpersonell nivå					
Organisatorisk nivå					
Community nivå "närsamhälle"					
Policy nivå					

Problem i vart och ett av de fem hälsosystemen (figur 1) kan i sig leda till försämrad psykisk hälsa. Ofta går dock hälsosystemen i varandra och flera hälsosystem blir påverkade av samma händelse vilket kan leda till försämrad psykisk hälsa som kan ta sig uttryck som t.ex. depression, posttraumatiskt stressyndrom, passivitet och isolering, en känsla av förlorad kontroll och mållöshet samt utanförskap (hos individen). Hälsosystemen kan beskrivas på följande vis (Silove 1999, Ekblad och Silove 1998):

Anknytning har i stor utsträckning att göra med separationer och förluster (som ofta är multipla) både faktiska som t.ex. relationen mellan barnet och dess föräldrar, en nära anhörigs död och symboliska som t.ex. förlust av en känsla av tillhörighet, eller förlust av kultur och traditioner.

Säkerhet/Trygghet innefattar hot mot den fysiska överlevnaden eller integriteten för individen själv eller någon nära anhörig. I värdlandet kan detta t.ex. handla om rädslan att bli avvisad men även om ekonomisk stress och otrygghet i bostadsområdet.

Identitet/Roller kan handla om våld mot personen som orsakar en förändring i individens syn på sig själv och påverkar känslan av egen identitet. Det är ett av de främsta huvudmålen med tortyr att underminera identiteten, tilliten till andra, framtidshoppet och den egna kontrollen hos individen. Det kan också handla om till exempel förlust av social position, professionell status (arbetsidentitet), kultur och land.

Mänskliga rättigheter/Rättvisa berör erfarenheter av brott mot mänskliga rättigheter, som våld, förföljelse och tortyr, vilka alla är vanligt förekommande hos asylsökande och nyanlända flyktingar. Överträdelser i värdlandet kan vara till exempel

diskriminering på grund av etnicitet, språk, religion och så vidare, eller inskränkt rätt till hälso- och sjukvård.

Existentiellt/Meningsskapande har att göra med känslan av sammanhang. Det handlar om förlusten av tron på att det finns en mening med livet och med mänskligheten. Sådan förlust kan orsakas av t.ex. tortyr. Världandet kan bidra till en förlust av känsla av sammanhang genom att till exempel inte skapa mötesplatser för utövan- det av religion eller att bibehålla personer i långtidsarbetslöshet.

Interventionsnivåer: Interventioner på *individ nivå* riktas mot individen och målet med interventionen blir en förändring för individen. På den *interpersonella nivån* är fokus på relationen mellan personer som till exempel familjemedlemmar, vänner, grannar, arbetskollegor, etc. Interventioner syftar här till att genomföra förändringar i interaktionen mellan individer. Den *organisatoriska nivån* lägger tyngdvikten vid hur organisationen kan verka för individen och betydelsen av organisationen för individens hälsa. Interventionerna riktas till att identifiera processer och förändra i organisationer så att de kan stärka individens hälsosystem. *Community nivån* gäller kvaliteter i närsamhället/kommunen. Interventioner syftar därför till hela närsamhället-/kommunen och dess struktur och inbördes interaktion. *Policy nivån* handlar om till exempel nationella lagar, förordningar, riktlinjer, lokala överenskommelser och dessas direkta eller indirekta återverkningar (via närsamhälle, organisation eller interpersonell nivå) på individens situation. Interventioner syftar till att identifiera och påverka dessa regelverk för att stärka hälsosystemet hos individen. Barnkonventionen (Hammarberg 2000) är exempel på ett viktigt dokument i detta sammanhang.

Etnicitet, kultur, genus och identitet: Begreppen är svårdefinierbara och samspelet mellan de och andra betydelsefulla faktorer för hälsan är komplex. Den ekologiska modellen ovan kan användas som verktyg för analys och förståelse av den roll dessa faktorer spelar. Modellen kan dessutom förebygga risken av förenklade förklaringsmodeller som t.ex. gärna kopplar hälsoproblem direkt till kön, etnicitet eller kultur. Ett exempel är när invandrare definieras som problem i sig p.g.a. deras annorlunda kulturella bakgrund och när sociala orättvisor bortförklaras i termer av kulturella olikheter (Ålund 2001). Ett vedertaget antagande inom dagens samhällsvetenskapliga forskning är att begreppen etnicitet, kultur, kön och identitet kan definieras och bäst förstås som sociala konstruktioner. Allwood och Franzén (2000) menar: *Precis som annan kulturell förståelse så uppkommer etniska identiteter i historiska sammanhang där förståelseskapandet kring den egna (och andras) identiteten kan användas som ett förhandlingsargument för att fylla personliga och politiska syften (sid. 44).* Ålund (1997) beskriver hur en icke flexibel syn på etnicitet i termer av oföränderliga, traditionstyngda och främmande invandrarkulturer kan upplevas som ett hot och leda till rasism. Hon menar att gränserna mellan vi (svenskar) och andra

(invandrare) är både symboliska och faktiska. Faktiska gränser gäller diskriminering, boende segregation och politisk marginalisering. Symboliska gränser handlar om förvisning av den andre till ett etniskt utanförskap. Enligt henne är detta utanförskap ett viktigt element i invandrarungdomars identitetsarbete där upplevelsen av utanförskap kan vara en källa till socialt igenkännande av och dialog med olika sorters främlingar i den *moderna multietniska staden*. Det är en dialog som har det positiva med sig att den leder till kulturell närhet och kulturellt överskridande.

Ett liknande resonemang förs om genus eller kön. Kategorier som "pojkar" och "flickor" ifrågasätts alltmera. Kön betraktas istället som resultatet av komplexa, kontinuerliga konstruktionsprocesser (Johansson 2002).

Forskning tyder på att det är rimligt att utgå från att könstillhörigheten påverkar individens möjligheter men också att könstillhörigheten får betydelse och konsekvenser i relation till en mängd andra faktorer som t.ex. utbildning, personlighet samt inte minst i relation till individens etniska tillhörighet (Ekblad 2002, Östlin, Danielsson, Diderichsen, Härenstam och Lindberg 1996). Forskning har också visat hur olika sätt att förstå manligt och kvinnligt, kan få stora konsekvenser vad det gäller synen på individers hälsa på så sätt att vi tenderar att se vissa livsstilar och riskbeteenden som mer eller mindre "manliga" respektive "kvinnliga" (ibid).

Integrationsverket (2000:6) bekräftar den komplexa bilden ovan i en undersökning kring betydelsen av generations- och kulturkonflikter för de invandrarflickor som befinner sig i utsatta situationer bl.a. drabbas av psykisk ohälsa. Rapporten sammanfattas med att: *problematiken inte är »flickornas« eller deras »kulturers« utan en problematik som berör hela samhället. Det handlar främst om generella välfärdsfrågor och levnadsförhållanden och om hur kommunikationen mellan samhället och människor med olika bakgrund fungerar samt olika människor emellan överhuvudtaget (sid.1).*

Helhetssynen och det faktum att faktorer som kön, kultur och etnicitet var för sig har ett begränsat förklaringsvärde bör dock inte leda till att man bortser ifrån och underskattar deras betydelse. Kunskaper om och förståelse för olika kulturella uppfattningar om hälsa kan t.ex. vara avgörande för ett möte och en lyckad kommunikation mellan vårdpersonal och patienter (Ekblad, Janson och Svensson 1996).

Metod

Urval

Alla de 15 närvarande vid ett nätverksmöte under lunchtid den 18 oktober 2001 för verksamma skolsköterskor i Botkyrka kommun, en av södra Stockholms invandrantäta kommuner, informerades om projektet. De skolsköterskor som arbetade med asylsökande barn och familjer och som var intresserade att delta fick även skriftlig information om projektet (bilaga 1). Fem skolsköterskor verksamma i invandrantäta områden i kommunen anmälde sig och deltog i fokusgruppintervjun.

Metod

Forskningsmetoden är gruppintervju enligt s.k. *fokusgruppsmetoden* (Krueger och Casey 2000) vid ett tillfälle. Fokusgruppintervju är en kvalitativ forskningsmetod för insamling av data. Metoden används för kartläggning och förståelse av befintliga metoder och arbetssätt samt förslag till nya arbetsmetoder genom gruppdiskussioner (Ekblad och Bäärnhielm 2002). Intervjun skedde med hjälp av en intervjuguide (bilaga 2) som bestod av 14 frågor kring problem, resurser och befintliga metoder vid hälsoundersökningar av asylsökande barn utifrån skolsjuksköterskors erfarenheter och dagliga arbete. Metoden kräver en moderator vars ansvar är att leda gruppen och ställa frågor och en observatör som registrerar samspelet i gruppen och ställer kompletterade frågor vid slutet av intervjun samt sammanfattar det som har sagts. Det är viktigt att såväl moderatoren som observatören har träning och erfarenhet av gruppdynamik. Vid denna studie var andre författaren moderator och förste författaren observatör.

Analys

Intervjun spelades in på ljudband och transkriberades. Därefter började bearbetning av texten som lästes igenom flera gånger. Texten kodades efter olika tema som namngavs. Namnen är antingen hämtade från den teoretiska referensramen eller ur intervjuerna. Textavsnitt som hörde till dessa olika tema placerades med hjälp av dataprogrammet Nvivo under respektive tema; meningsbärande enheter (nods i Nvivo). Därefter konstruerades både sub- och överordnade tema för att tydligare belysa och visa det som skiljer och förenar de olika meningsbärande enheterna. Analysarbetet och rapportskrivningen har gjorts av förste författaren under handledning av andre författaren.

Resultat

Analys och kodning av intervjutexten resulterade i sju teman. Dessa är: psykosociala problem/behov och bemästringsstrategier (coping) hos barnen, skolsköterskornas arbetsuppgifter och upplevelser, samverkan med föräldrar, samverkan med andra yrkeskategorier/organisationer, etnicitet- och genusrelaterade faktorer, policy och organisation samt förslag på förändringar. Några av de sju huvudkategorierna har en eller flera undergrupper. Dessa undergrupper visar olika aspekter och egenskaper av teman eller de meningsbärande enheterna (noder).

Psykosociala problem/behov och bemästringsstrategier hos barnen

Detta tema består av nio underordnade meningsbärande enheter. Den första är vanliga symtom som barn enligt skolsköterskor ofta lider av. De andra enheterna som följer efter, dvs. vanor och rutiner hemma, barn rör sig inte, avsaknad av psykologiska förklaringsmodeller, anknytning, otrygghet, föräldrar som inte mår bra och traumatiska upplevelser, är olika förklaringar och orsaker till barnens symtom. Det sista temat bemästringsstrategier, coping handlar om barnens strategier att hantera de angivna problemen.

Vanliga symtom

De symtom som är vanligt förekommande är sömnproblem, oro, psykosomatiska problem såsom huvudvärk och ont i magen, dålig aptit, svårighet att hantera ilskan, isolering och svårighet att hitta vänner samt oförmåga att leka.

Vanor och rutiner hemma

Skolsköterskorna upplevde att det är vanligt att barn är vakna sent på kvällen och spelar dataspel eller tittar på TV. Barn vänder på dygnet i helgerna och sedan är det svårt för dem komma till rätt rytm.

Barn rör sig inte

Barn rör sig litet och motionerar inte på fritiden. Det sistnämnda gäller särskilt flickor menade de flesta i gruppen. I vissa fall är flickorna rädda att gå ut, särskilt när det är mörkt och i vissa andra fall får flickor inte vara ute för sina föräldrar.

Avsaknad av psykologiska förklaringsmodeller

Barnen har svårt att förstå och acceptera att de är ledsna eller oroliga eller missnöjda. De hittar mycket fysiska fel på sig själva, enligt skolsköterskorna. Dessa barn

är ofta i behov av försäkringar som handlar om att det inte är något kroppsligt fel på dem. De söker sig till skolsköterskorna för att få en sådan bekräftelse.

Anknytning

Oro för separation eller en faktisk separation från emotionellt viktiga personer i ens omgivning refererades som en annan orsak till hälsoproblem hos barnen. Ett exempel på detta var barn som besökte skolsköterskorna och ville ringa hem för att höra var mamma fanns. Ett annat exempel handlade om en 11-årig flicka från Irak som ensam hade flytt till Sverige efter Gulfkriget. Modern och lillebror hade omkommit under kriget och fadern var kvar i hemlandet. Hon bodde hos en släkting och en av intervjudeltagarna menade att:

S: Hon skötte sig exemplariskt i skolan.

I samband med terrorattacken mot USA den 11 september 2001 drabbades hon av kraftiga psykiska och somatiska symtom. Hennes traumatiska minnen från bombningarna av Bagdad väcktes till liv. Bland annat fick hon yrsel och svimningsanfall flera gånger om dagen och hade ont i magen. Hon *utreddes från topp till tå* på vårdcentralen utan att man hittade några somatiska problem enligt skolsköterskan. Efter en tid när hon fick besked om att fadern snart skulle komma till Sverige försvann hennes symtom.

Otrygghet

Ovissheten kring och väntetiden för att få uppehållstillstånd framhölls som en av de viktigaste orsakerna till ohälsa hos grupperna asylsökande- och "gömnda" barn. Vissa barn som har fått vänta över ett år vågar inte sova eller sover med kläderna på trots att de har varit här så länge. Det kanske knacker på dörren och jag ska iväg, har barnen berättat. En annan otrygghetsfaktor är osäkerhet kring bostadssituationen. Skolsköterskorna menade att asylsökande barn lever i ett kaos och ofta byter bostad. Skolan blir för en del barn den enda fasta punkten i tillvaron.

Föräldrar som inte mår bra

Skolsköterskorna menade att många föräldrar, särskilt asylsökande som de kommer i kontakt med är under stark psykosocial press. De är oroliga och mår dåligt vilket påverkar barnens hälsa.

S: Jag kan känna så här att hjälp, att det inte är barnen utan föräldrarna man får ta hand om.

Traumatiska upplevelser

Traumatiska upplevelser som vissa barn har varit utsatta för pekades ut som en orsak till en rad psykiska problem hos vissa barn. Man berättade t.ex. om två tonåriga syskon som sett sina släktingar bli torterade och avrättade. Barnen har magrat

och är ofta oroliga. Dessa barn uppträder som vuxna. De varken leker eller skojar med andra barn.

Bemästringsstrategier, Coping

Två copingstrategier verkar vara vanligt förekommande bland de asylsökande barn som skolsköterskorna möter. Det ena är att koncentrera sig på studierna och prestera bra vilket enligt skolsköterskorna användes även hos de mest psykiskt pressade barnen. Den andra strategin är att uppträda som vuxna och sluta leka och vara barn.

Skolsköterskornas arbetsuppgifter och upplevelser

Skolsköterskornas arbetsuppgifter är mångfacetterade, något som framgick av deras beskrivningar. De arbetar som en av skolsköterskorna formulerade det med allt från *ont i tummen till psykosociala problem*. Arbetsuppgifterna består av vaccineringshälsosamtal, arbete mot mobbning, förebyggande hälsovård t.ex. informationsarbete om motion, kost, etc. Man upplevde sig som en viktig person i skolan, *som en spindel i nätet*, enligt en av intervjudeltagarna. Skolsköterskorna samverkar med all skolpersonal och många gånger tar de emot lärarnas frustration och låter dem *prata av sig* menade en av intervjudeltagarna.

Skolsköterskorna upplevde det väldigt svårt att planera en dag.

S: Jag har kanske tänkt ha 6 hälsosamtal men det slutar med att vi bara har två. Det kommer så mycket emellan hela tiden... man blir hela tiden avbruten.

Ett annat problem är bristande handledning och stöd. Ibland får skolsköterskorna höra och bära svåra och traumatiska upplevelser utan möjlighet att diskutera och bearbeta dessa i handledning. Skolsköterskorna menade att man i den mån det är möjligt vände sig till kuratorer och andra arbetskamrater för att få stöd. De miss-tänkte dock att många skolsköterskor inte har någon att dela och diskutera dessa svåra känslor med.

S: Skolsköterskorna i Botkyrka har önskat handledning i 15 år. Det finns inte några pengar för oss.

Rutiner

Rutinerna kan variera något mellan skolorna. Skolsköterskorna brukar ha ett tidsinbokat inskrivningssamtal tillsammans med barnet, föräldrar, eventuell tolk, ansvarig lärare och skolsköterska innan barnet börjar i skolan. Familjen får information om skolan, får berätta lite om sig själva, vad barnet är intresserad av o.s.v. Vi bestämmer sedan tillsammans vilken dag barnet ska börja i skolan.

Hälsoinformation sker oftast muntligt vid första samtalet ibland med tolk och ibland via släktingar. Vissa tema som kallades för *känsliga frågor* av en skolsköter-

ska t.ex. sexualupplysning väntar man oftast med tills barnen behärskar svenska. Utredning av psykosociala svårigheter kräver att man avsätter en längre tid. Skolsköterskorna menade dessutom att man inte brukar ta upp dessa frågor vid första besöket utan när en kontakt med barnet har etablerats. Skolsköterskorna i gruppen var överens om att det bästa sättet att utreda eventuella psykosociala problem är att låta barnen berätta om sig själva. Man kan t.ex. fråga:

S: hur kom ni hit, var de borta om de kommer från landet. Vem de borta med, med en annan pappa eller släktingar. Då kommer man automatiskt in på psykosociala biten.

Man kan också fråga hur familjen mår. Deltagarna i intervjugruppen tog vid flera tillfällen upp behovet av klarare riktlinjer. Man efterfrågade skriftlig information på flera språk där olika steg vid hälsokontroll och hälsoinformation är redovisade på ett enkelt sätt. Man efterfrågade dessutom specifik information om de sjukdomar och vaccinationer som är vanliga i olika länder och regioner i världen. En information som många gånger är svårt att få från föräldrarna. Tydligare och enklare rutiner kan frigöra tid för att utreda och erbjuda stöd vid de psykosociala problem barn lider av, menade skolsköterskorna.

Utbildning, kompetens

Ingen av deltagarna i intervjun hade haft möjlighet att delta i några kurser/ utbildningar kring asylsökande barns hälsa och behov. De hade skaffat kompetensen genom sitt dagliga arbete med nyanlända och asylsökande barn. En i gruppen hade på fritid studerat religionshistoria vilket hon hade haft nytta av i sitt arbete. Vissa i gruppen upplevde att det generellt är svårt för skolsköterskor att delta i utbildningar. Man arbetar självständigt och ensamt med begränsade kontakter till kollegor och få gemensamma utbildningar vilket innebär risken att man stannar av i sin utveckling, menade en i gruppen. Arbetsgivarens begränsade ekonomiska resurser angavs som ytterligare en orsak till svårigheten att delta i utbildningar. Det fanns dock gott om idéer om hur kompetenshöjande utbildningar kan läggas upp.

Samverkan med föräldrar

Skolsköterskorna upplevde att de flesta föräldrar har en positiv attityd till skolhälsovården. De är intresserade och kommer ofta till de möten som skolsköterskorna kallar dem till. De intervjuade upplevde att skolan många gånger blir en fast- och trygghetsskapande punkt även i föräldrarnas osäkra tillvaro. Familjerna får ibland stöd av skolhälsovården att söka hjälp för egna problem. Skolsköterskorna menade dock att de har upptäckt att många föräldrar uteblir från andra kontakter i och utanför skolan. Det kan gälla möte med lärarna, vårdcentralens asylmottagning för t.ex. provtagning eller barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Intervjudeltagare menade att samverkan med vissa föräldrar som inte vill inse och acceptera att

deras barn inte mår bra är svår. Det kan handla om psykiska problem som barnen behöver psykologisk hjälp med eller någon form av intellektuell svårighet som gör barnen särskolemässiga.

S: Många gånger upplever jag det och jag vet inte om det är speciellt med människor med andra kulturer eller men just det här att barn som är särskolemässiga. Man vill inte se att barnen har handikapp och sådana saker eller man vill inte se att barnen har psykiska sjukdomar för att det är fult och då man på något sätt låtsas att det inte är något fel på mitt barn...

Det fanns dock även exempel på föräldrar som insisterar att deras barn ska få gå i särskolan. Vikten av mycket information till föräldrarna betonades i detta sammanhang.

Samverkan med andra yrkeskategorier/organisationer

Intervjudeltagarna uppgav att de har en tät kontakt med lärarna. Lärarna vänder sig ofta till skolsköterskorna för att diskutera elevers olika problem. Man samarbetar även med psykologer och kuratorer på skolan. För vissa intervjudeltagare hade dessa yrkeskategorier en stödjande funktion vid hantering av svåra känslomässiga och traumatiska upplevelser hos barnen. Erfarenheterna av samverkan med vårdcentralens asylmottagning, Migrationsverket och BUP var positiva, men långa väntetider för besök vid Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken upplevdes som ett stort problem:

S: Om man lyckas få någon att gå dit så får man inte tid.... Det funkar inte.

Etnicitet och genusrelaterade faktorer

Detta tema består av tre undergrupper. Dessa är kulturella skillnader, segregation och genus.

Kulturella skillnader:

De flesta i gruppen ville inte tillskriva frågan om kulturella skillnader någon större betydelse. Några skolsköterskor uttryckte sig på följande sätt:

S: Roligt och skoj att möta människor från olika kulturer.

S: Jag pratar med alla barn likadant oavsett kulturell bakgrund.

Denna synpunkt gällde även betydelsen av personalens kulturella bakgrund.

S: Jag tror inte heller att man ska behöva vara invandrare själv för att man ska förstå hur de har det.

En skillnad som dock togs upp var att vissa invandrarbarn kan få större krav från föräldrarna både vad gäller studier och ansvar hemma, t.ex. att ta hand om sina små syskon. Följdfrågor ställdes bl.a. om hur gruppdeltagarna förstår och hanterar i vissa fall kulturbetingade beteenden såsom aga och kvinnlig könsstypning. Skolsköterskorna hade sällan mött dessa problem. Vid aga kallas först föräldrarna för samtal och om beteendet inte förändras anmäler man detta till sociala myndigheter. Detta gäller även när barn blir misshandlade av sina syskon. En intervjudeltagare nämnde att det har hänt att föräldrar försökt förklara aga med att det är kulturellt. Vid sådana tillfällen har hon svarat att det *inte är kulturellt betingat utan familjebetingat*. Vad gäller kvinnlig könsstypning hade en intervjudeltagare erfarenhet av en flicka som inte var könsstympad men där enligt skolsköterskan:

S:.. det fanns önskemål om omskärelse. Eleven hade diskuterat frågan med skolsköterskan och sagt att ingen får röra mig i så fall kommer jag till dig.

S: Sedan har jag inte hört något mer. Vi har daglig kontakt. Så jag vet inte, tillade intervjudeltagaren.

En annan skolsköterska hade erfarenhet av en pojke som hade genomgått manlig omskärelse. Hon berättade:

S: Det var en årskurs 1 pojke som kom till skolläkaren då berättade han att han var omskuren och var mycket ångerfull men det är inget man kan ångra efterhand. Men man upplevde att han var ledsen över det.

Ett exempel på kulturella skillnader som togs upp handlade om olika syn på nakenhet. En intervjudeltagare berättade om en iransk pojke som blev orolig vid gymnastiktimmarna. Det visade sig att han inte ville visa sig naken för andra elever när man duschade efter gymnastiken. Hans fröken i Iran hade sagt till honom att man inte ens kan visa sig naken för sin mamma. Lösningen blev att han duschade ensam i lärarnas dusch efter gymnastiktimmarna. En annan kulturellrelaterad fråga som intervjudeltagarna hade mött var fördomar som en del invandrarbarn har om den svenska kulturen, samhället och svenskar. En av intervjudeltagarna berättade:

S: Ett exempel är när unga flickor kommer och säger att svenska tjejer hoppar i säng med andra redan i 12-årsåldern huller om buller. Det är väldigt mycket hur svenskor är och då brukar jag tala om för dem att det finns undersökningar som visar att svenska tjejer i 16–17 årsåldern är det 50 % som haft sex. Så det är inte alla.

Segregation

Oron för den kraftiga segregationen och dess konsekvenser var stark bland de intervjuade skolsköterskorna. Man menade att segregationen försämrar barnens förutsättningar att lära sig svenska, utveckla sin identitet och få en bild av Sverige och svenskar som är baserade på verkligheten. På vissa av de skolor där skolsköterskorna

arbetade var personalen nästan de enda svenskar invandrarbarnen hade kontakt med. Tänkandet i termer av 'vi-invandrare' och 'de-svenska' är väletablerade bland eleverna.

S: *Det är svenskar och vi.*

S: *Men de här svenskarna finns inte i skolan, man vet inte vad man pratar om.*

En fördel för vissa grupper barn i dessa områden är att man träffar många landsmän. Men detta får ibland oönskade effekter när det uppstår grupperingar på basis av etnicitet som förhindrar kulturella möten och samspelet med andra elever.

S: *Mina ungdomar ser jag också att de håller ihop mycket. Är man turk så är man turk, är man Syrian så är man Syrian. Man blandar sig inte jättegärna.*

Ännu en negativ konsekvens av gruppbildningarna är rasistiskt tänkande och handlande som olika grupperingar utsätter varandra för. En intervjudeltagare menade att det ofta är barn från Afrika som blir utsatta för rasistiska handlingar av andra invandrarbarn.

Genus

Få synpunkter presenterades i detta sammanhang. Generellt tyckte de flesta att skillnaderna inte är så stora mellan olika kön särskilt i de lägre skolåldrarna. En viktig genusrelaterad aspekt gällde killarnas större frihet.

S: *De får göra vad de vill. De är fortfarande fina män. Men flickor får absolut inte. Då blir killarna ännu starkare och uppför sig som de vill. Säger vad de vill. Det är jätte tråkigt.*

Vissa flickors begränsade frihet hade enligt skolsköterskorna ibland direkta konsekvenser på deras hälsa genom att de inte fick röra sig och motionera på fritiden. Skolsköterskorna hade även den erfarenheten att i vissa fall fick killar över femton ta stort ansvar för familjen och betraktades som vuxna män trots sin låga ålder.

Policy och organisation

Skolsköterskorna upplevde en rad oklarheter kring den allmänna policyn för skolhälsovård men också osäkerhet kring hälso- och sjukvårdslagar för asylsökande samt anhöriga till asylsökande och andra grupper utan uppehållstillstånd. Osäkerheten och oklarheten finns kring:

- Sjukvårdslagar för asylsökande och anhöriga.

S: *Då förstod jag att de inte hade fått uppehållstillstånd. Skolläkaren har ni rätt till att träffa sa jag, det var min uppfattning men sedan var jag osäker om de hade rätt till det. Vi gjorde så i alla fall. Vi satte upp en tid för flickan hos skoldoktorn.*

- Riktlinjer, olika praktiska rutiner vid utredning och behandling av asylsökande samt ansvarsuppdelening mellan olika inblandade organisationer.

S: Det har vi dryftat om i 15 år att vi skulle vilja ha klara besked. Det är inte så enkelt för att det handlar om vem som ska betala vad.

- Skolhälsovården och skolsköterskornas framtid. Det har t.ex. funnits förslag att vårdcentraler ska ta över skolsköterskans arbete. En områdesansvarig skolsköterska ska ha hand om övergripande hälsofrågor. Ambitionen är att spara pengar för att kunna satsa på specialpedagoger istället för skolsköterskor. De flesta intervjudeltagare kände stark oro vad gäller dessa förslag.

S: Jag blir mörkrädd. Då drar man in skolsköterskor och i förlängningen även kuratorer. Då vet jag inte hur våra barn kommer att må.

S: Politikerna sparar pengar överallt...ena handlar om barns hälsa och det andra är skola och hälsa och trivsel och trygghet. Men det skapar också en osäkerhet och en massa frågetecken. Det går en massa energi åt att fundera på det här.

S: Man blir förbaskad över hur barnen kommer att må. Vem man ska då gå till?

En annan viktig faktor på policynivån som har en destruktiv verkan på hälsa och trygghet, enligt skolsköterskorna är den långa väntan på besked om sin framtid i Sverige för vissa asylsökande – och andra barn utan uppehållstillstånd.

Förslag på förbättringar

Sköterskorna hade en rad förslag på förbättringar. Förslagen som presenterades av de olika intervjudeltagarna följer nedan. Förslagen är inte hierarkiskt ordnade:

- Fler vuxna i skolan.
- Prioritering och bättre satsning på utredning och behandling av psykosociala problem.

S: De psykosociala bitarna. Jag tycker att det ska gå före den fysiska biten så att säga. Det betyder mer för dem (barnen).

- Klarare enhetliga riktlinjer i hela landet. Skolsköterskorna efterfrågade skriftlig information på flera språk där olika steg vid hälsokontroll och hälsoinformation är redovisade på ett enkelt sätt. Man önskade få specifik information om de sjukdomar och vaccinationer som är vanliga i olika länder och regioner i världen, en information som många gånger är svårt att få från föräldrarna. Tydligare och enklare rutiner kan frigöra tid för att utreda och erbjuda stöd vid de psykosociala problem barn lider av.

S: Det åtgår så mycket tid och energi åt det här. Så gör vi med alla, det skulle vara bra. Vet jag att det här barnet gick i Malmö i ett år också har de gjort likadant där?

- Bättre samordning. Sekretess upplevdes som ett hinder i vissa fall.

S: Jag tycker att man jobbar med samma familj flera personer. Man måste kunna ha en bättre samordning än man har nu. Jag skickar remiss till sjukvården och märker att en annan har redan skickat en remiss. Sedan pratar jag med BUP och märker att kontakt dit är också redan taget. Jag tycker att jag gör samma jobb som flera andra när det gäller samma familj. Jag tycker att man ska kunna se över sekretessen som för en del är jätte tungt.

- Utbildning och information för föräldrarna både när det gäller hälsofrågor men också mer allmänt om deras delaktighet i skolarbetet.

S: Att någon tar tag i föräldrarna och berättar hur skolan fungerar. Här i Sverige vill vi att föräldrarna kommer till skolan det är ingen maktinstans. Det är mera att ha dialog med föräldrarna. Jag tror att många ser skolan och lärarna som maktinsats. Läraren har makten och säger att så är det.

- Utbildning för lärarna kring hälsorelaterade frågor.

Diskussion

Studien ger i enlighet med sitt syfte en orientering i problem och resurser hos asylsökande barn utifrån skolsköterskornas perspektiv. Resultaten ger även en bild av skolsköterskornas arbetssituation och deras behov och erfarenheter. Data samlades med den kvalitativa metoden *fokusgruppsintervju* som genomfördes med fem skolsköterskor verksamma i Botkyrka kommun. Engagemanget i gruppen kring de diskuterade frågorna ökade alltmer under intervjun och det fanns många idéer och tankar som deltagarna tog upp till diskussion. Det finns stöd för många av fynden i litteraturen kring hälsorelaterade problem hos barn i Sverige generellt men också för de mer specifika faktorerna viktiga för flykting- och invandrarbarrens hälsa.

Sömnsvårigheter och psykosomatiska besvär såsom magont uppgavs av skolsköterskorna som två av de *vanliga symptomen* hos barnen. Detta stöds bl.a. av kommittén välfärdsbokslut (SOU 2001) som kommer fram till att var tredje 10–18 åring har huvudvärk, magont eller sömnsvårigheter. En av förklaringarna till dessa symtom som under intervjun togs upp var brist på fysisk rörlighet (*barn rör sig inte*) hos barnen, särskilt flickor. Riksidrottsförbundets rapport (2002) om att en stor del av skolflickorna sällan eller aldrig deltar i skolgymnastik och inte heller motionerar på fritiden bekräftar skolsköterskornas observation. Oro för eller en faktisk separation från föräldrar och/eller andra betydelsefulla personer i ens omgivning refererades som ytterligare en orsak till ohälsa hos asylsökande barn.

Anknytning till föräldrarna anses av vissa psykologiforskare (Perris 1996, Main 2000) vara grunden för barnets tanke och känsloutveckling. Anknytningspersonen fungerar som en trygg bas och skydd mot faror (Bowlby 1989). Socialstyrelsen slår i en litteraturoversikt (2000-51-001) fast att en av de viktiga faktorerna som är associerade till god prognos efter en traumatisk erfarenhet för barn är goda relationer till föräldrar och syskon från starten i livet. I samma rapport påpekar man den stora påfrestning som asylfasen innebär för barn. Man syftar på de destruktiva följderna av en lång väntan på besked, upprepade uppbrott och pendlingen mellan hopp och förtvivlan. Dessa faktorer kategoriserades under temat *otrygghet*. Skolsköterskorna identifierade dessa faktorer, specifika för asylsökande och gömda barn, som viktiga för barnens hälsa. Socialstyrelsen har i en undersökning funnit (2000-03-003) att otrygghet samvarierar starkt med ohälsa hos vuxna. Den som är otrygg har mellan dubbelt så stor och drygt tre gånger så stor risk att också ha de typer av ohälsa som mäts jämfört med den som är trygg. Det gäller för alla de fyra undersökta invandrargrupperna (Chile, Iran, Polen och Turkiet) men också den svenska. För invandrare från Iran är exempelvis risken att ha psykisk ohälsa eller långvarig sjukdom med svåra besvär tre gånger så stor om de är otrygga. Otryggheten hos vissa barn ökar och förstärks p.g.a. *föräldrar som inte mår bra* vilket är ytterligare en av de erfa-

renheter skolsköterskor berättar om. Denna erfarenhet bekräftas av Lindencrona, Ekblad och Charry (2000) studie av levnadsomständigheter för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska mottagning. De drar slutsatsen att många barn har föräldrar som, beroende på deras tidigare erfarenheter av traumatiska händelser och deras nuvarande psykiatriska symtom och livssituation, inte orkar på ett psykologiskt, känslomässigt plan vara föräldrar. Liknande resultat framkom vid en studie på asylsökande barn från det forna Jugoslavien (Ekblad 1993). Näreskogs (1997) litteraturöversikt stödjer denna slutsats. Hon menar att många barn i flyktingfamiljer har psykiska och psykosomatiska symtom som kan relateras till den egna och föräldrarnas traumatiska upplevelser i hemlandet. Skolsköterskorna i denna studie hade erfarenhet av barn med egna *traumatiska erfarenheter*. Av intervjun framgick det dock inte hur ofta man möter dessa barn och vilka strategier skolhälsovården har för att bemöta dem. Det är oklart hur stor andel av dagens asylsökande barn som bär med sig egna traumatiska erfarenheter. Almqvist (1997) finner att 21 % av de iranska flyktingbarn som ingick i hennes undersökningsgrupp led av post-traumatiska stressyndrom. Andelen traumatiserade barn varierar säkert i de olika invandrargrupperna. För att utveckla strategier och nödvändiga resurser i syfte att bättre bemöta dess barn och deras behov bör frågan studeras närmare.

I Socialstyrelsens litteraturöversikt (00-51-001) delar man upp de olika bemästringsstrategier som finns till förfogande för vuxna i tre grupper. *Coping*; strategier för att uthärda svårigheter, *empowerment*; en kraftmobilisering för att förändra det som stressar och *emigration*; att bryta upp när de andra strategierna inte funkar. Man menar att för barn och ungdomar är coping ofta det enda alternativ som finns till förfogande. I aktuell studie, utifrån skolsköterskornas upplevelser, identifierades två vanliga *copingsstrategier* hos asylsökande barn:

(1) att barn koncentrerar sig på studierna och presterar bra och

(2) att barn uppträder som vuxna bl.a. genom att sluta leka.

Psykosociala stressfaktorer brukar ha en negativ inverkan på koncentrationen och studieförmågan. Det skulle vara intressant att studera om denna erfarenhet som skolsköterskor berättar om är generaliserbar och i så fall hur barn kompenserar de negativa effekter som psykosocial stress innebär för dem.

Av studien framgår att de intervjuade skolsköterskorna upplevde att de har en central roll i skolverksamheten och att de trivs med sina mångfasetterade arbetsuppgifter. De kände dock ett behov av att i större utsträckning kunna planera sina dagar och koncentrera sig på vissa uppgifter såsom hälsosamtal och hälsoinformation. Skolsköterskorna hade en del gemensamma rutiner och instrument för hälsoarbetet. Men de saknade klara nationella riktlinjer och rutiner. Man önskade även specifikt utformad hälsorelaterad information för både personal och elever och deras föräldrar (på olika språk) i mångkulturella områden. En enkätstudie som Socialstyrelsen (2000-77-008) har genomfört bekräftar detta behov. Sju skolhäl-

sovårdöverläkare som besvarat enkäten uttrycker ett önskemål om centralt utformade rutiner och program för bemötande av asylsökande barn i skolhälsovården.

Skolsköterskorna uttryckte ett starkt behov av handledning och utbildning. Ingen av deltagarna i intervjun hade haft möjligheten att delta i några kurser/utbildningar kring asylsökande barns hälsa och behov eller transkulturella frågor. Det fanns en frustration, särskilt över bristen på handledning som man i många år krävt och inte fått. Bristen på utbildning och kontinuerlig handledning kan vara en orsak till att få reflektioner kring betydelsen av genus och kulturella skillnader framkom under intervjun. Skolsköterskorna upplevde få problem i sin samverkan med föräldrarna som ofta hade en positiv attityd till skolhälsovården. Intervjudeltagarna hade dock upptäckt att föräldrarnas samverkan med andra, t.ex. lärarna i skolan och andra organisationer utanför skolan som Barn- och ungdomspsykiatri, inte fungerar lika bra. Skolsköterskorna var nöjda med sin samverkan med andra yrkesgrupper och organisationer. Man önskade dock bättre målstyrning och konkreta rutiner för samarbete, informationsutbyte och uppföljning av barnen. Den allmänna *policy*, lagar kring omvårdnad av asylsökande barn och andra barn utan uppehållstillstånd samt skolhälsovårdens framtid var en källa till osäkerhet hos skolsköterskorna. Oron för den kraftiga *segregationen* och dess konsekvenser var utbredd bland de intervjuade skolsköterskorna. Tänkandet i termer av '*vi och svennar*' d.v.s. vi invandrare och de svenska föreföll väletablerat bland barnen. Många barn har utvecklat fördomar om svenskar och Sverige. Skolsköterskorna upplevde dessutom en intolerans hos vissa barn för den kulturella mångfald som präglar barnens tillvaro i invandratäta områden. Barnen utsatte ibland varandra för diskriminerande och rasistiskt beteende. Skolsköterskorna beskrev de negativa konsekvenserna av kulturella möten mellan barnen i förortsmiljön och skolan. Denna miljö kan dock för vissa ungdomar innebära positiva utvecklingsmöjligheter. Som det nämndes i teoridelen kan t.ex. upplevelsen av utanförskap enligt Ålund (1997) vara en källa till socialt igenkännande av och dialog med olika sorters främlingar. En dialog som kan leda till kulturell närhet och kulturellt överskridanden.

Den metod för insamling av data som användes vid denna studie visade sig vara lämplig för vårt syfte. Fördelarna var flera. Vi fick en bred orientering i vårt forskningsområde. Många av de fynd som bland andra Socialstyrelsen rapporterat genom sina stora undersökningar kunde fångas med en liten avgränsad studie. Genom studien kunde vi komma i direkt kontakt med verksamma i området. Deltagarna fick direkt feedback i gruppen och upplevde intervjun som meningsfull. Den kreativa stämningen som skapades i gruppen gjorde att många *förslag på förbättringar presenterades*. Dessa var bl.a. prioritering av psykosociala frågor, tydligare målstyrning av nationella riktlinjer och praktiska rutiner för skolhälsovård och dess samarbete med andra myndigheter, samt utbildning och kontinuerlig handledning för lärare och föräldrar kring hälsofrågor.

Studien och den använda metoden har sina begränsningar. Metoden tillåter inte en generalisering av resultatet. En annan begränsning av studien är att den grupp

vars situation denna studie intresserar sig för själva inte ingår som informatörer. Detta är en viktig aspekt utifrån barnkonventionen där vikten av forskning utifrån ett barnperspektiv betonas. En orsak till att barn inte kunde intervjuas var projektets begränsade tidsutrymme som inte tillät organisering och planering av dessa intervjuer där både skolor och föräldrar ska informeras i god tid och samtycka till genomförandet av projektet. Denna studie fungerade som en förstudie till ett större forskningsprojekt kring nyanlända flykting – och invandrabarnens hälsa och integration i Sverige "En prospektiv kartlägnings- och interventionsstudie av psykosocial hälsa". Artikelförfattarna har sökt medel (2002) för detta projekt på *Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap*.

Det finns stort behov av forskning kring flykting- och invandrabarns hälsa och situation.

På grund av komplexiteten i området är det dessutom viktigt att forskningen har en multifaktoriell ansats (Socialstyrelsen, 00-51-001). I den teoretiska delen (Kunskapsöversikt –risk- och friskfaktorer hos barn) av denna rapport presenterades en multifaktoriell, ekologisk modell som kan användas i det aktuella sammanhanget. Utifrån föreliggande studie kan förslag på en rad forskningsämnen kring asylsökande barns hälsa föreslås. Några exempel är:

- Forskning kring asylsökande barns bemästringsstrategier (coping). Ett förslag är undersökning kring de copingstrategier som framkommer i denna studie.
- Forskning kring stressfaktorer före, under och efter migrationen, bl.a. under asyltiden och undersöka hur dessa påverkar hälsan, specifikt den psykiska hälsan.
- Genomförande och uppföljning av effekten av de interventioner som skolsköterskorna föreslår i denna studie.
- Forskning kring betydelsen av anknytning, den aktuella och den tidigare för hälsa hos asylsökande barn.
- Forskning på policynivå, hur kan policyn vid mottagandet förändras för att öka barnens trygghet och bättre tillgodose deras behov (i enlighet med barnkonventionen)?
- Forskning på organisationsnivå kring erbjudande av hälsosamtal och hälsoinformation till asylsökande barn och andra barn utan uppehållstillstånd, med olika former av boende (förläggning, eget boende) på ett tidigt stadium efter ankomst till Sverige.

Referenser

- Allwood, M., Franzén, E.C. (red) (2000) *Tvärkulturella möten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Almqvist, K. (1997) *Refugee Children. Effect of organized violence and forced migration on young children's psychological health and development*. Akademisk doktorsavhandling (Ph.D). Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen.
- American Psychiatric Association (1995) *MINI-DSM-IV* Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press.
- Bowlby, J. (1988) *A Secure Base*. London: Tavistock/Routledge.
- Bremberg, S. (2002) Plånbok avgör barns hälsa. *Utblick*, 1:24–25.
- Broomé, P. (2000) Varför blir organisationer etniskt homogena? *Socialmedicinsk tidskrift*, 1:14–22.
- Ekblad, S. (1993) Psychosocial adaptation of children while housed in a Swedish refugee camp. *Stress Medicine*, 9:159–166.
- Ekblad, S. (1996) Ecological Psychology in Chinese Societies – With Special Emphasis on Dwelling Environment and Health (s. 379–392). I: M. Bond (red) *A Handbook of Chinese Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Ekblad, S. (2000) Integration och folkhälsa är en fråga för oss alla. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1:2–7.
- Ekblad, S. (2002) Gender and mental health in a multicultural society (s.233–264). I: S. P. Wamala och J. Lynch (red) *Gender and Social Inequities in Health*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Bäärnhielm, S. (2002) Focus group interview research in transcultural psychiatry – Research reflection of experiences. *Transcultural Psychiatry* 39(4): 485–501.
- Ekblad, S., Eriksson, N-G., Klefbeck, E-L., Flygare, K., Basgül, Y., Sunnman, S., Ljungman, P., Karimi, M., Guici, T., Yildirim, S. (1997) Ett hälsoblad som screening instrument för nyanlända flyktingar. Del 1-3 (rapport, handbok, frågeformulär Hälsobladet). Institutet för psykosocial medicin, Avd för stressforskning, Karolinska Institutet, WHO:s psykosociala center, Stockholm: *Stressforskningsrapport nr 273*.
- Ekblad, S., Janson, S., Svensson, P. G. (1996) *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Falköping: Liber Utbildning AB.
- Ekblad, S., Shahnava, S. (2002) Hälsosamtal för vuxna asylsökande. Opublicerat manus.
- Ekblad, S., Silove, D. (1998) *Proposal for the development of mental health and psychosocial services in refugee camps: 18 august*. Report. Geneva: UNHCR.
- Ekblad, S., Westin, M. (1995) Sjukvårds- och psykosociala insatser för flyktingar och invandrare. En inventering av projekt utöver ordinarie verksamhet hos sjukvårdshuvudmännen samt resurser 1990-95. Del 1–2. Institutet för psykosocial medicin, Avd för stressforskning, Karolinska Institutet, WHO:s psykosociala center, Stockholm: *Stressforskningsrapport nr 260*.
- Hammarberg, T. (2000) *Konventionen om barnets rättigheter*. UD info: Regeringskansliet.
- Hesse, E., Main, M. (2000) Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioural and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4):1097–1127.
- Hjern, A. (1990) *The Health of Newly Resettled Refugee Children from Chile and Middle East*. Akademisk doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Huddinge University Hospital, Department of Paediatrics.

- Integrationsverkets rapport (2000:6) *Låt oss tala om flickor*. Norrköping: Integrationsverket. <http://www.integrationsverket.se/rapporter/flickorsam.html>
- Janson, S., Sundelin, C., Starrin, B. (2001) Fattiga barns hälsa i det rika Europa. *Läkartidningen*, 24:2915–2917.
- Johansson, A. (2002) Med könsglasögon på skolans värld. *Genus* 2:24–26.
- Keinan, G., Mikulincer, M., Rybnicki, A. (1988) Perception of self and parents by second-generation Holocaust survivors. *Behavioural Medicine*, 14:6–12.
- Kellermann, N.P.F. (2001) Transmission of Holocaust Trauma – an integrative view. *Psychiatry: Interpersonal and Biological processes*, 64(3):256–267.
- Krueger, R. A., Casey, M.A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publication.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., Charry, J. (2001) Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998–1999. Institutet för psykosocial medicin, Avd för stressforskning, Karolinska Institutet, WHO:s psykosociala center, Stockholm: *Stressforskningsrapport nr 296*.
- Lindencrona, F., Johansson Blight, K., Ekblad, S. (2002) Teori och val av metod för att studera hälsofrämjande insatser ur ett transkulturellt perspektiv. *Nordisk Psykologi*, 54(1): 7–26.
- McLeroy, K.R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1998) An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4) (Winter): 351–377.
- Näreskog, M. (1997) Flyktningbarn, psykisk ohälsa och mottagande. En kunskapsöversikt och ett planeringsunderlag för hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdsnämnden och Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Barn och ungdomspsykiatriska enheten. Stockholm: *Research Report 12*.
- Perris, C. (1996) *Ett band för livet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Prilleltensky, I., Nelson, G., Pierson, L. (2001) The Role of Power and Control in Children's Lives: An Ecological Analysis of Pathways toward Wellness, Resilience and Problems. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, II: 143–158.
- Prilleltensky, I., Nelson, G. (2000) Promoting Child and Family Wellness: Priorities for Psychological and Social Interventions. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10: 85–105.
- Riksidrottsförbundet (2002) Ungdomars inställning till idrotten i skolan. (Internetkälla: www.rf.se. 020713).
- Ryan, M., Deci, E. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55: 68–78.
- Silove, D. (1999) The psychosocial Effects of Torture, mass Human Rights Violations, and refugee Trauma- Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4):200–207.
- Sjöstedt, L. (red.) (2001) *Folkhälsorapport*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000-51-001) *Psykisk hälsa hos flyktning- och invandrarbarn. En litteraturoversikt*.
- Socialstyrelsen (1995:4) *Allmänna råd från Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*.
- Socialstyrelsen. *Innehåll i och omfattning av den vård landstingen åtagit sig att ge till asylsökande m.fl.* Rapport av regeringsuppdrag 2000-04-27 III:15 (internetkälla <http://www.sos.se> , artikelnr:2000-77-031).
- Socialstyrelsen (2000) *Medicinskt omhändertagande av asylsökande barn i hälso- och sjukvården*, (internetkälla <http://www.ses.se> , Artikel nr:2000-77-008).

- Socialstyrelsen (2000:3) *Olika villkor olika hälsa, en studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*, (artikel nr. 2000-03-003).
- SOU (2001:55) Betänkandet: *Barn och Ungdomars välfärd*.
- Underlagsrapport *Folkhälsa och integration*. (1999) Rapport från arbetsgruppen Folkhälsa och integration till Nationella Folkhälsokommittén. Nr 13.
- Weiss, M., Weiss, S. (2000) Second generation to Holocaust survivors: enhanced differentiation of trauma transmission. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3):372–385.
- World Health Organization Constitution* (1946) Geneva: WHO.
- Ålund, A. (1997). *Multikultungiendom*. Lund: Studentlitteratur.
- Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., Lindberg, G. (1996) *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Information till skolsjuksköterskor angående studien om ”hälsosamtal för asylsökande barn”

Du har muntligen informerats om studien tidigare. Fokusgruppsintervju görs för att belysa de uppfattningar, erfarenheter, önskemål eller svårigheter som finns i en målgrupp och intervjudata samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bemötande.

Syftet med studien är att öka kunskaperna om ert arbete med asylsökande barn och deras hälsoproblem samt genom diskussion i gruppen och analys av intervjun av forskarna generera nya tankar och arbetsmetoder som gynnar er och de barn som ni arbetar med.

Din medverkan i studien kommer att innebära att Du och forskare träffas för en fokusgruppsintervju där mellan 6–8 av dina kollegor deltar i en grupp. Intervjun leds av en moderator som är en ansvarig intervjuare och en observatör som gör anteckningar om stämning i gruppen. Intervjun börjar med att fråga runt för att låta alla deltagarna komma till tals. Den tar cirka 90 minuter per grupp och efter gruppens medgivande kommer den att spelas in på band.

Eventuellt kommer vi att återkomma till Dig via telefon för att be Dig förtydliga eller berätta mer utförligt om vad som sagts vid intervjun.

Studiematerialet kommer att behandlas konfidentiellt och i det färdiga arbetet kommer man inte att kunna identifiera Dig som person. Insamlade data bevaras säkert så att inte obehöriga kan komma åt dem. Deltagandet i studien är frivilligt och Du har full rätt att avbryta Din medverkan när som helst, utan att ange närmare skäl.

Om det är något Du undrar över är Du alltid välkommen att ringa forskningsassistent eller projektledare under kontorstid:

Docent, Solvig Ekblad Adj.univ.lektor, projektledare, Neurotec.
Tel arb. 08-728 69 65. Fax: 08-33 06 52. E-mail: Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

Shervin Shahnavaz
Leg. psykolog, forskningsassistent
Neurotec, sektionen för psykiatri, KI
Tel: 08-728 69 67 (ons,tors,fre)

Intervjuguide

Fokusgruppsintervjuer med skolsköterskor Botkyrka

- Gör en kort presentation av Dig själv
 - dina arbetsuppgifter
 - hur lång yrkeserfarenhet du har
 - hur länge du har arbetat i skolan o.s.v.
 - Berätta om ert arbete och erfarenheter från asylsökande och nyanlända barn och deras föräldrars attityder till skolsköterskemottagningen (ge exempel)?
 - Hur ser rutinerna kring hälsosamtal ut hos er? Vilka instrument för kartläggning och screening av hälsa använder ni?
 - Vilka svårigheter hos barn är vanligast?
 - Hur hanterar barnen sin situation under asyltiden, vilka resurser möter ni hos barnen?
 - Vilka frågeområden bör prioriteras från skolhälsovården för att tidigt upptäcka de nyanländas primära behov? Förekommer könsskillnader, skillnader mellan barn i olika åldrar? (Ge exempel)
 - Hur samverka med föräldrarna till de nyanlända barnen för att tidigt upptäcka signaler på psykosocial ohälsa hos dessa barn? (ge exempel)
 - Hur upplever Du Din arbetssituation och psykosociala arbetsmiljö?
 - Vilka kunskaper har Du om asylsökande barns behov? (ge exempel)
 - Berätta om hur barn får hälsoinformation och vilka behandlingsmöjligheter det finns?
 - Hur ser er samverkan med andra organisationer som sjukvård och Migrationsverket ut ?
 - Hur påverkas ert arbete av barnens kulturella bakgrund (ge exempel)? Hur upplever Du kulturskillnader?
 - Vilka kompetensutvecklingsmöjligheter har Du på Ditt arbete? (ge exempel) Upplever Du att Du har behov av vidareutbildning i kulturmötesfrågor i Ditt arbete? (ge exempel på inom vilka områden)
 - Vilka förändringar och förbättringar föreslår ni för att skapa bättre förutsättningar för ert arbete och erbjuda bättre omhändertagande till barnen?
-

Stressforskningsrapporter 1992 –

Nr

- 307 **Shahnavaz S, Ekblad S**
Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktingbarn. Fokusgruppsintervju med skolsköterskor i en av Stockholms invandrantäta kommuner. 2002
- 306 **Ingre M, Kecklund G, Åkerstedt T, Lindqvist A, Johansson R**
Effekter av ändrad skiftordning i pappersindustri. 2002
- 305 **Kecklund G, Dahlgren A, Åkerstedt T**
Undersökning av förtroendearbetstid: Vad betyder inflytande över arbetstiden för stress, hälsa och välmående? 2002
- 304 **Ekblad S, Wasserman D**
Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. 2002
- 303 **Åkerstedt T, Theorell T**
Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12–13/2 2002. Sammanfattning. 2002
- 302 **Åkerstedt T, Theorell T**
Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12–13/2 2002. 2002
- 301 **Ekstedt M, Kecklund G, Dahlgren A, Åkerstedt T, Samuelson B**
Kan dubbelskift vara en acceptabel arbetstidslösning? – effekt på återhämtning, stress och hälsa. 2001
- 300 **Torbjörn Åkerstedt**
Arbetstider, hälsa och säkerhet – En sammanfattning av en översikt av aktuell forskning. 2001
- 299 **Torbjörn Åkerstedt**
Arbetstider, hälsa och säkerhet – Sammanställning av aktuell forskning. 2001
- 298 **Kecklund G, Ingre M, Söderström M, Åkerstedt T**
Tågtrafik och säkerhet: hur kan lokförarens arbetsmiljö förbättras. 2001
- 297 Society for Light Treatment and Biological Rhythms. Book of abstracts. 13th Annual Meeting, June 24.27, 2001, Stockholm, Sweden. 2001
- 296 **Lindencrona F, Ekblad S, Charry J**
Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998–1999. 2001
- 295 **Matell G, Theorell T**
Musikens roll i barns utveckling. 2001
- 294 **Svensson I, Westerlund H**
Kvinnors erfarenheter av 90-talets uppsägningar och arbetslöshet. En intervjustudie med korttidsutbildade kvinnor i ett landsbygds-län. 2001
-

- 293 **Ekblad**
A survey of somatic, psychological and social needs of mass displaced refugees from the Kosova province while in Sweden. 2000
- 292 **Ingre M, Söderström M, Kecklund G, Åkerstedt T, Kecklund L**
Lokförarens arbetssituation med fokus på arbetstider, sömn, stress och säkerhet. 2000
- 291 **Åkerstedt T, Folkard S, Gillberg M, Kecklund G (Eds.)**
The 24h Society and the New Millennium: book of abstracts. 2000
- 290 **Åkerstedt T, Haraldsson P-O (Eds.)**
The Sleepy Driver and Pilot: book of abstracts. 2000
- 289 **Hasselhorn H-M, Theorell T, Vingård E and the MUSIC-Norrtälje Study Group**
Acute Musculoskeletal Disease and Psychophysiological Parameters – A Swedish Case Control Study. 1999
- 288 **Kecklund G, Åkerstedt T, Ingre M, Söderström M**
Lokförarens arbetssituation och konsekvenser för säkerhet, stress och sömnhet: litteraturöversikt, olycksanalys och turlisteanalys. 1999
- 287 **Nilsson J, Gillberg M, Göranson B, Kecklund G, Åkerstedt T**
Felhandlingar vid hög- respektive lågprioriterade uppgifter – samband med sömnhet i simulerat kontrollrumsarbete. 1999
- 286 **Göranson B, Gillberg M, Kecklund G, Åkerstedt T, Lundin S, Nilsson J**
Nattarbete, tänkande och processtyrning: en simulatorstudie av kontrollrumsoperatörer. 1999
- 285 **Göranson B, Åkerstedt T, Kecklund G, Gillberg M**
Utvärdering av införande av 12 timmars helgskift vid Birka Service AB. 1999
- 284 **Lindblad F, Holm M, Kaldal A**
Sexuella övergrepp på daghemmet Glädjen i Karlstad – myndigheternas och föräldrarnas perspektiv. 1999
- 283 **Liljeholm Johansson Y, Theorell T**
Orkestrarnas psykosociala arbetsmiljö. 1999
- 282 **Lowden A, Åkerstedt T**
Självvalda arbetstider inom Handels – psykosociala effekter. 1999
- 281 **Olsson B, Åkerstedt T, Ingre M, Holmgren M, Kecklund K**
Kortare arbetsdag, hälsa och välbefinnande. 1999
- 280 **Ekblad S, Känsälä R, Al-Falahe N, Cirgic Z, Wennström C, Larsson-Ericsson S**
Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. Metodutveckling under det fjärde projektåret. 1998
- 279 **Kecklund G, Axelsson J, Lowden A, Åkerstedt T**
8 och 12 timmars skift inom samma skiftschema: effekter på sömn och vakenhet. 1998
-

- 278 **Ekblad S, Marttila A**
Att möta människor från andra kulturer i livets slutskede. Rapport från en uppföljning med fokusgruppsintervjuer av kompetensutvecklingsinsatser på tre hospiceenheter. 1998
- 277 **Mårtensson F**
Leva eller bara överleva. Det finns bruk för alla ur ett deltagarperspektiv – en stödjande miljö utanför den ordinarie arbetsmarknaden. 1997
- 276 **Westerlund H, Bergström A**
Det finns bruk för alla – en metod i utveckling. Empowerment, aktivering, rehabilitering och försök att skapa nya arbetstillfällen genom underifrånstyrda verksamheter för arbetslösa, långtidssjukskrivna och andra utanför den ordinarie arbetsmarknaden i Södra Skaraborg. 1997
- 275 **Åkerstedt T, Arnetz B, Ficca G, Paulsson L-E, Kallner A**
Effekter av låg-frekventa elektromagnetiska fält på sömn och vissa hormoner. 1997
- 274 **Åkerstedt T**
Arbetstid, hälsa och säkerhet – en sammanfattning. 1997
- 273 **Ekblad S; Eriksson N-G; Klefbeck E-L; Flygare K; Basgül Y; Sunnman S; Ljungman P; Karimi M; Guici T; Yildirim S**
Ett hälsoblad som screeninginstrument för nyanlända flyktingar. Del 1. Rapport; Del 2. Handbok; Del 3. Frågeformulär, Hälsobladet. 1997
- 272 **Ekblad S; Eklundh T; Wennström C; Al-Falahe N; Känsälä R; Westin M**
Posttraumatiskt stressyndrom bland patienter med invandrarbakgrund. En utveckling av ett pågående tvåårigt rehabiliteringsprojekt på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning. 1997
- 271 **Åkerstedt T; Westerlund M; Andersson G**
Mot bättre tider. En utvärdering av några av vårdens arbetstidsmodeller med avseende på välbefinnande och hälsa. 1996
- 270 **Åkerstedt T**
Arbetstider, hälsa och säkerhet. 1996
- 269 **Lowden A; Kecklund G; Axelsson J; Åkerstedt T**
Övergång från 8 till 12-timmars skift. 1996
- 268 **Moser V; Blom M; Eriksson I; Högbom M; Wamala S P; Schenck-Gustafsson K; Orth-Gomér K**
Psykosocial stress hos kvinnor med hjärtsjukdom – en inventering och metodutveckling. 1996
- 267 **Ekblad S; Belkic K; Eriksson N-G**
Health and Disease Among Refugees and Immigrants. A Quantitative Review Approaching Meta-Analysis, Implications for Clinical Practice and Perspectives for Further Research, Part 1: Mental Health Outcomes. 1996
- 266 **Hansen E**
Stress, Stream of Affect, and Emotions. Exploratory Experiment with Poetry Reading. 1996
-

- 265 **Åkerstedt T**
Tidzoner och oregelbundna arbetstider – en handbok om sömn och trötthet. 1996
- 264 **Åkerstedt T; Ficca G; Gillberg M; Kecklund G**
Fatigue and irregular duty patterns – A review of causes and countermeasures. 1995
- 263 **Ekblad S; Lindblad F; Ahlin M; Hogg B; Lidberg-Brante K**
Gravida bosniska kvinnor – en studie om trauma och hälsa. Litteraturoversikt och test av metoder. 1995
- 262 **Ekblad S**
Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. En ettårsuppföljning på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. 1996
- 261 **Brunnberg H; Blomkvist V**
Arbetsätt och kontorsmiljö. Utvärdering av en ny kontorsmiljö på ett företag i Stockholm. 1995
- 260 **Ekblad S; Westin M**
Sjukvård- och psykosociala insatser för flyktingar och invandrare. Del I: En inventering av projekt utöver ordinarie verksamhet hos sjukvårdshuvudmännen samt resurser 1990–95. Del II: Bilaga 1–7. 1995
- 259 **Theorell T m fl**
Konstpsykoterapi vid långvariga psykosomatiska tillstånd. 1995
- 258 **Petterson I-L; Levi L**
Att mäta psykosocial arbetsmiljö och hälsa: Utveckling av en Metoddatabas. 1995
- 257 **Petterson I-L**
Psykosocial arbetsmiljö och hälsa: En sammanställning av instrument från databasen Metod. 1995
- 256 **Belkic K; Savic C; Theorell T; Cizinsky S**
Work Stressors & Cardiovascular Risk: Assessment for Clinical Practice. Part I. 1995
- 255 **Orth-Gomér K m fl**
Psykosociala riskfaktorer för kranskärlssjukdom hos kvinnor. 1995
- 254 **Åkerstedt T; Lowden A; Kecklund G; Gillberg M**
Tidsomställning (jet lag) och oregelbundna tider hos flygbesättningar. 1995
- 252 **Kecklund G**
Sleep and Alertness: Effects of Shift Work, Early Rising, and the Sleep Environment. 1996
- 251 **Kecklund G; Åkerstedt T; Gillberg M**
Sömnighet, arbetsmiljö och olyckor. Slutrapport. 1994
- 250/
249 **Arnetz BB; Petterson IL; Arnetz JE; Hörte LG; Magnusson A**
Sjuksköterskors arbetsmiljö. Om arbetsmiljö, hälsa och verksamhetsutveckling inom vården. 1994
- 248 **Åkerstedt T; Kecklund G (eds.)**
Work hours, sleepiness and accidents – Sept 8-10 1994. Proceedings and abstracts. 1994
-

- 247 **Namukasa PS; Orth-Gomér K**
Multiple roles, living conditions and health of urban working women in Uganda. Comparison of samples from 3 work environments. 1994.
- 246 **Arnetz B; Anderzén I; Ekekrantz K; Backman L; Edeborg G**
Produktions- och arbetsmiljöfaktorer i relation till fysiologiska och psykologiska stressmarkörer. 1994
- 245 **Orth-Gomér K (ed.)**
Behavioral and psychosocial aspects of prevention. 1:st international teaching seminar in behavioral medicine, May 1993. Summary and abstracts. 1994
- 244 **Blomkvist V; Theorell T**
Socialhistorisk dokumentation om HIV-smitta hos blödarsjuka i Sverige. 1994
- 243 **Göranson B; Kecklund G; Söderberg K; Åkerstedt T**
Rapport om projekt Skift vid Västerås Stads Kraftvärmeverk. 1993
- 242 **Kecklund G; Åkerstedt T; Göranson B; Söderberg K**
Omläggning av skiftschema: Konsekvenser för välbefinnande, hälsa, sömn/vakenhet och arbetstrivsel. 1994
- 241 **Lowden A; Åkerstedt T**
Jet lag in air crew – a 9 day fields study. 1994
- 240 **Wallin B-M**
Kollektiva copingstrategier inom olika yrken. 1994
- 239 **Arnetz B; Anderzén I; Petterson IL; Edeborg G**
Mätningar av effekterna av genomförda förändringar i arbetsmiljön. 1993
- 238 **Kecklund G; Åkerstedt T**
Säsongbundet skiftarbete under avställningsperioden vid ett svenskt kärnkraftverk: effekter på sömn och vakenhet. 1993
- 237 **Lowden A; Åkerstedt T**
Jet lag in air crew – a questionnaire study. 1993
- 236 **Grahn M; Undén AL; Orth-Gomér K**
Socialt stöd i småstad och storstad, glesbygd och tätbefolkat område. 1993
- 235 **Ahlberg-Hultén G**
Infektionsvård möter narkomanvård. Effekter för personalen. Den psykosociala arbetsmiljön på en specialavdelning för infektionssjuka missbrukare vid Roslagstulls sjukhus. 1992
- 234 **Kecklund G; Åkerstedt T; Göranson B; Söderberg K**
Omläggning av skiftschema: konsekvenser för välbefinnande, hälsa och arbetstrivsel. 1992
-

Människans miljö är rik på psykosociala situationer som befördrar hälsa, men som också kan innebära en risk för ohälsa. Den psykosociala livssituationen har starka effekter på människans såväl psykiska som fysiska hälsa.

Psykosocial medicin är den samlande benämningen på den tvärvetenskapliga forskning som rör olika sociala och psykologiska livsmiljöer; hur de upplevs och hur de påverkar människokroppen, negativt och positivt. I den psykosociala forskningen står gruppens effekt på den enskilda människans hälsa i centrum.

Den psykosociala medicinska forskningens syfte är att studera samband mellan miljöbetingande faktorer och människors känslreaktioner, beteenden, fysiologiska reaktioner och kroppslig eller psykisk ohälsa. Forskningen är därför tvärvetenskaplig och innefattar både experimentella studier i laboratoriemiljö och studier under fältförhållanden samt epidemiologiska kartläggningar.

IPM – Institutet för Psykosocial Medicin – är en forskningsmyndighet under Socialdepartementet. Verksamheten omfattar målinriktad forskning kring sjukvård, förebyggande av ohälsa samt hälsoarbete. Teoribildning och metoder för vetenskaplig forskning samt praktiska tillämpningar utvecklas inom dessa områden. Utöver forskning ingår också dokumentation, utbildning, rådgivning och information till kommuner och landsting, arbetsmarknadens parter, olika myndigheter, företag och massmedia.

ISSN 0280-2783



IPM
Box 230, 171 77 Stockholm



KI

Tfn 08-728 64 00
Fax 08-34 41 43
E-post: registrator@ipm.ki.se
Internet: www.psykosocialmedicin.se



WHO