



Solvig Ekblad, docent, enhetschef, Institutet för psykosocial medicin; adjungerad universitetslektor, institutionen för klinisk neurovetenskap, psykiatri-HS, Karolinska institutet Solvig.Ekblad@ipm.ki.se



Hans Peter Søndergaard, med dr, chefsöverläkare, Kris- och traumacentrum, Danderyds sjukhus; forskare, Institutet för psykosocial medicin, Stockholm

Flyktingpolitiken behöver reformeras

Snabb tillgång till samma rättigheter som bofasta gynnar flyktingars psykiska hälsa – även på lång sikt

I augusti 2005 publicerade JAMA ett temanummer om våld och mänskliga rättigheter [1-3] inkluderande två artiklar om psykisk ohälsa i flyktingpopulationer och en metaanalys av flyktingars livsvillkor och psykiska hälsa. Ämnet är angeläget, eftersom omkring 1 procent av världens befolkning beräknas – mer eller mindre mot sin vilja – ha förflyttats antingen från sitt hem eller från sitt hemland. Frågan är vad som har betydelse för läkning av de psykiska sjukdomstillstånd som ofta drabbar dessa människor där posttraumatiskt stressyndrom, depression och somatisering är de dominerande diagnoserna.

Flyktingar från Kambodja – efter 20 år i USA

Bakgrund: Kunskap saknas om vilka långtidseffekter traumaexponering har för den psykiska hälsan bland flyktingar efter det att de fått permanent uppehållstillstånd. Därför är Marshalls och medarbetares [1] enkät- och intervjustudie bland kambodjanska flyktingar i USA välkommen. En vuxen per hushåll valdes ut slumpmässigt; denne skulle ha bott i Kambodja under Röda khmer-regimen och sedan 1993 haft uppehållstillstånd och varit bosatt i den största kambodjanska gruppen i Kalifornien (87 procent svarsfrekvens, n=490). Marshall och medarbetare studerade bl a exponering för traumatiska upplevelser före och efter flykten samt förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom, depression och alkoholism.

Huvudresultat och författarnas konklusion: Traumabelastningen bland deltagarna var extrem: 99 procent uppgav att de hade varit nära att dö av svält och 90 procent att de hade förlorat en familjemedlem eller vän på grund av mord. Sju av tio rapporterade att de exponerats för våld efter bosättningen i USA. Så stor andel som 62 procent hade diagnosen posttraumatiskt stressyndrom senaste året, depression fanns hos 51 procent, alkoholmissbruk hos endast 4 procent. Posttraumatiskt stressyndrom och depression förekom oftast samtidigt (42 procent). Faktorer som hade särskilt samband med posttraumatiskt stressyndrom och depression var högre ålder, dåliga språkkunskaper, arbetslöshet, fattigdom och bidragsberoende.

En bra flyktingpolitik handlar inte bara om att flytta sårbara människor från områden som präglas av livshotande krig och våld till skydd och säkerhet, utan även om att ge dessa människor vård och stöd utifrån deras behov och därmed ge



FOTO: FRANK MAY/DPA

»En bra flyktingpolitik handlar inte bara om att flytta sårbara människor från områden som präglas av livshotande krig och våld till skydd och säkerhet, utan även om att ge dessa människor vård och stöd utifrån deras behov och därmed ge förutsättningar för långsiktig hälsa och välbefinnande.«

förutsättningar för långsiktig hälsa och välbefinnande. Marshall och medarbetare drar slutsatsen att studien visar att deras land har misslyckats vad gäller det senare målet.

Metaanalys av internationella flyktingpopulationer

Bakgrund: Det saknas internationella analyser över tid av hur psykosociala faktorer påverkar flyktingpopulationer före och efter ankomsten till mottagarlandet. Porter och Haslam [2] har i en metaanalys sammanställt de studier över fem decennier (1959–2002) som täcker den internationella litteraturen rörande psykisk hälsa hos flyktinggrupper (både barn och vuxna) vare sig de är internflyktingar eller asylsökande, statslösa etc. De studier inkluderades som omfattade dels en kontrollgrupp av icke-flyktingar, dels kontextfaktorer som ansågs kunna påverka hälsan (såsom ekonomiska möjligheter, boende efter flykten) och karakteristika för flyktingarna (kulturell anknytning och huruvida de hade repatrierats eller levde i exil). Ekonomiska möjligheter omfattade rätt till arbete, tillgång till anställning och andra indikatorer på vidmakthållen socioekonomisk status. Boendeformer som studerades var t ex tillgång till egen bostad, flyktingläger eller temporärt boende. Totalt 56 rapporter uppfyllde metastudiens inklusions-

kriterier och omfattade 22 221 flyktingar och 45 073 kontroller.

Huvudresultat och författarnas konklusion: Studien visar att flyktingsskap hade effekt på psykiska hälsoindikatorer med en måttlig effektstorlek (0,41). Förhållanden efter flykten påverkade den psykiska hälsan. Alla de som levde i läger, hade dåliga ekonomiska möjligheter, var internflyktingar eller hade återsänts till hemlandet hade sämre psykisk hälsa, liksom i de fall där den ursprungliga konflikten kvarstod. Efter bosättningen i det nya landet hade de med högre ålder, högre utbildningsnivå, kvinnligt kön och förlust av status sämre psykisk hälsa. Porters och Haslams slutsatser var att sociala faktorer i hög grad påverkar den psykiska hälsan hos flyktingar och att humanitära insatser riktade mot dessa faktorer rimligtvis bör ha effekt. De pekade även på att det inte fanns stöd för det numera ganska vanliga antagandet att det är lämpligt att återvända till hemlandet även om det är politiskt och ekonomiskt instabilt.

Betydelsen av upprättelse

Bakgrund: Efter andra världskriget har sanningskommissioner etablerats (Nürnberg, Sydafrika, forna Jugoslavien och Rwanda) för att pröva brott mot mänskliga rättigheter efter konflikter och politiskt våld. Dessa kommissioner har tillkommit efter insikten om att det finns en tung börda för de överlevande som måste leva med kvarstående orättvisor. Metin Basoglu från King's College i London intresserade sig tidigt för upprättelsens betydelse för psykisk hälsa, t ex har han studerat vad det innebär för tortyröverlevande i Turkiet att torturerna är ostraffade och att offret kan möta dem på gatan. I samarbete med Maria Livanou och kolleger från forna Jugoslavien [3] har han genomfört en studie med följande frågeställning: Hur påverkas psykisk hälsa och tänkande på krigstrauman och vilken betydelse har individens uppfattning om upprättelse samt föreställningar om rättvisa, säkerhet, andra människor och religiös övertygelse för belastningen av posttraumatiskt stressyndrom? Deltagarna i studien var ett populationsbaserat tvärsnitt som kom att omfatta 1 358 överlevande med minst ett av följande trauman: strid, tortyr, internflyktingsskap, flyktingsskap, belägring eller bombardemang.

Huvudresultat och författarnas konklusion: Deltagarna hade i genomsnitt upplevt 12,6 olika krigsrelaterade händelser, 22 procent hade pågående posttraumatiskt stressyndrom, 10 procent depression. Totalt 79 procent ansåg att de upplevde orättvisa på grund av utebliven upprättelse, t ex att krigsförbrytare var ostraffade. De överlevande rapporterade starkare emotionella reaktioner riktade mot orättvisa, större rädsla, sämre kontroll över sina liv, mindre tilltro till människor och större gudstro än kontrollerna. Rädsla och bristande kontroll över sitt liv hade starkt samband med posttraumatiskt stressyndrom och depression. Det förväntade sambandet mellan posttraumatiskt stressyndrom och emotionella reaktioner på utebliven rättsföljelse av förövare kunde dock inte påvisas. Basoglus och medarbetares slutsatser var att posttraumatiskt stressyndrom och depression är oberoende av upprättelse. Det som har betydelse är individens känsla av trygghet och kontroll över sitt liv. Dessa resultat har viktiga implikationer för effektiva interventioner för traumatiserade krigsöverlevande.

Svenskt lagförslag gynnar inte flyktingars psykiska hälsa

Det är alltid svårt att dra rättvisande slutsatser utifrån tvärsnittsstudier och metaanalyser som genomförts över tid och i olika kontexter. Varje flykting är unik vad gäller kultur, traumabelastning och socioekonomiska faktorer [4]. Att t ex sammanväga studier av vitt skilda grupper, och inte minst skilda jämförelsegrupper, ger effekter som är svårkontrollerade.

Våra konklusioner av ovannämnda tre studier utgår från att bra flyktingpolitik påverkar hälsan långsiktigt:

- Flyktingar har sämre psykisk hälsa på grund av traumatiska händelser i såväl hem- som mottagarlandet. Ohälsan varar långt efter det att hon/han har fått uppehållstillstånd. Ju svårare belastning, desto flera symtom.
- Aktuella livsvillkor för flyktingar påverkar påtagligt symtombelastningen. Effekterna går åt båda hållen; oöverstigliga krav och pågående stress är negativa, medan trygghet är exempel på en positiv faktor. Känslan av kontroll över sitt liv och att leva i säkerhet från hot är ingen dålig policy i flyktingpolitik!

Svenska psykiatriska föreningens höstmöte 2005 hade transkulturell psykiatri som tema. Derrick Silove, världsledande forskare från Australien och foreign adjunct professor vid Karolinska institutet, gav då en översikt över sin och kollegers forskning. Han presenterade studier av många olika flyktingpopulationer, och de dåliga resultaten hos den kambodjanska gruppen återkom även i deras studier. Intressant var att vietnamesiska båtflyktingar hade klarat sig mycket bra i Australien. Det som utmärkte mottagandet av dem var att de snabbt beviljades medborgarskap och att de således fick fullständig tillgång till samma rättigheter som bofasta: skolgång, utbildning, arbete, sociala förmåner, hälsovård och social trygghet.

Tolkningen av dessa studieresultat är att traumatiseringen har betydelse för långtidsförloppet, men också att miljön där läkning sker är betydelsefull. Som ett exempel på detta visade Derrick Silove hur prevalensen av posttraumatiskt stressyndrom bland invånarna på Östtimor (ockuperat av Indonesien 1975–1999 då befolkningen utsattes för brutala övergrepp med tvångsflyttningar, fängslanden och tortyr) hade reducerats dramatiskt under fem år efter självständigheten. Omedelbart efter självständigheten uppskattades att det fanns 300 000 fall av posttraumatiskt stressyndrom i landet. En uppskattning fem år senare pekade på att siffrorna nu var 3 000.

En inventering av Nørredam och medarbetare [5] av sjukvårdsstandard för asylsökande i 25 EU-länder visar att sjukvården är heterogen och ofta baseras på minimistandard. EUs råd består av breda till intet förpliktande termer. Nørredam och medarbetare drar slutsatsen att det ännu är upp till varje medlemsland att skydda asylsökande och försäkra att de ges samma medicinska rättigheter som vi bofasta tar för givna.

Ansvariga för EUs hälsopolitik bör tillförsäkra asylsökande tillträde till sjukvård som är jämförbar med de bofastas rättigheter. Att begränsa tillgången till enbart akut vård för livshotande sjukdomstillstånd kan leda till kronifiering av annars reversibla sjukdomstillstånd. Detta har knappast beaktats i förslaget till lag om hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande m fl (Utrikesdepartementet 2005).

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA* 2005; 294(5):571-9.
2. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 2005;294(5):602-12.
3. Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C, Franciskovic T, Suljic E, Duric D, et al. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA* 2005;294(5):580-90.
4. Carta MG, Bernal M, Haro MC, Haro-Abad JM; Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix I). *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:13.
5. Nørredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *Eur J Public Health* 2005. Epub 2005 Oct 17. <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/cki191v1>