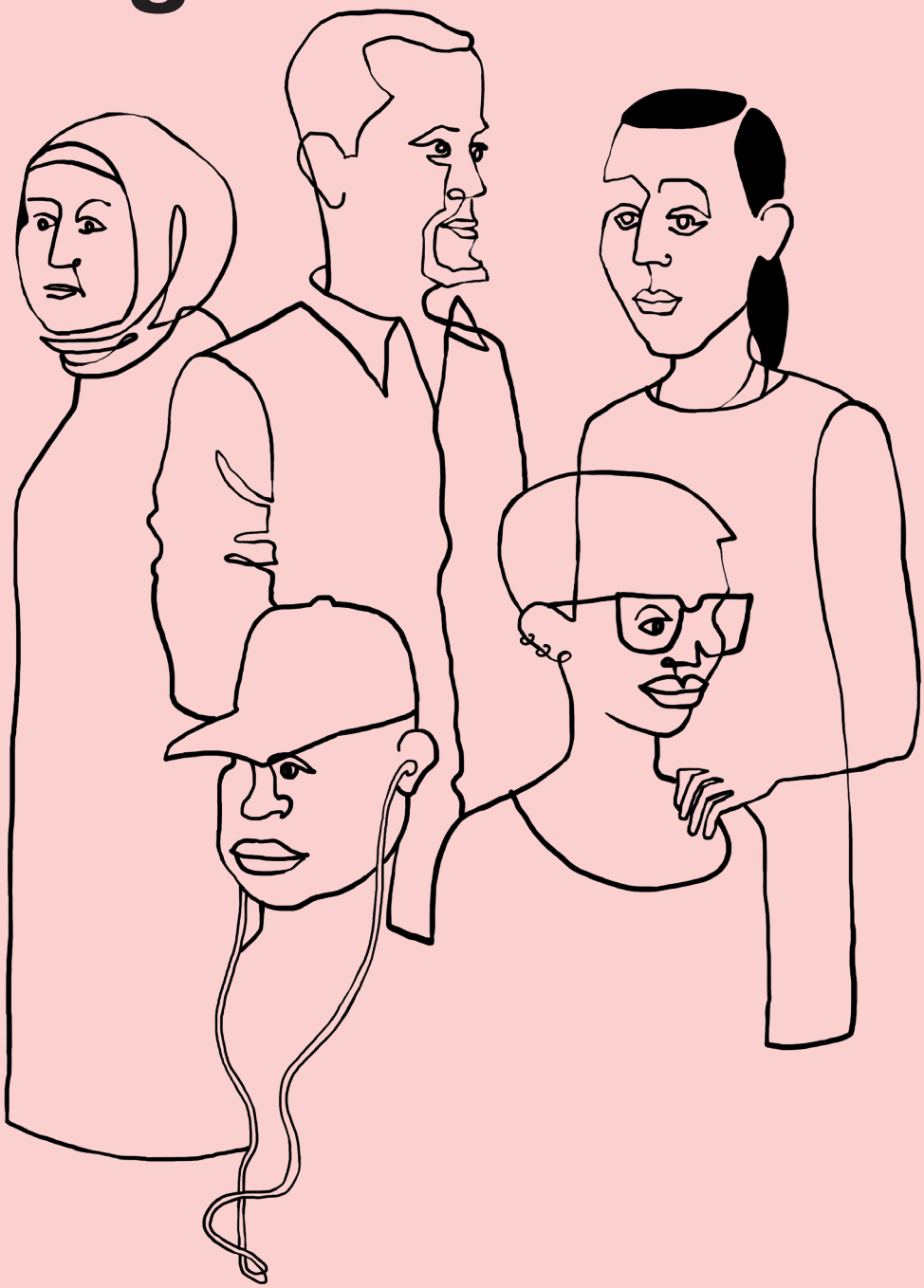
Nyanlända och asylsökande i Sverige

Petter Tinghög
Charlotta Arwidson
Erika Sigvardsdotter
Andreas Malm
Fredrik Saboonchi



En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor.

RödaKorset
Röda Korsets Högskola

Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1

Titel: Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor.
Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1
ISBN: 978-91-983684-0-6
Projektgrupp: Petter Tinghög (projektledare), Charlotta Arwidson, Erika Sigvardsdotter, Andreas Malm, Fredrik Saboonchi.
Illustratör framsida: Jan Edlund
Grafisk form: Helene Heed

Rapporten går att ladda ner från Röda Korsets Högskolas webbplats www.rkh.se

Projektgruppen vill särskilt tacka respondenter som har lagt ner tid och energi på att svara på en stundtals krävande enkät.Vi vill också rikta ett stort tack till frivilliga från Röda Korskretsen i Vänersborg, särskilt Christina Selander, Gullvi Flensner och Inger Möller, som genom sin tid och sitt kunnande möjliggjorde studien på asylboendet. Dessutom vill vi innerligt tacka enkät-guiderna utan vars hjälp och kunskap det hade varit så oerhört mycket svårare att genomföra enkätstudien på asylboendet. Tack också till Najwa Kallas, Ghiath Zend Al Haded, Mudar Shakra, Gemal Ibrahim och Asli Kulane för er språkliga och kulturspecifika granskning av enkäterna. Tack även till er som var med och testade enkäterna i de kognitiva intervjuerna.

Nyanlända och asylsökande i Sverige

En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor.

RödaKorset
Röda Korsets Högskola

RödaKorset

Den här rapporten är framtagen av Röda Korsets Högskola i samarbete med Svenska Röda Korset.

Förord

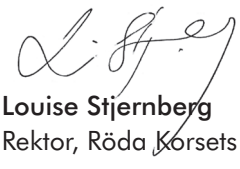
Många som flyr bär på trauman från tortyr, krig, förföljelse eller farliga flyktupplevelser. Trauman som kan leda till psykisk ohälsa som man behöver hjälp med att bearbeta för att kunna leva vidare på ett så bra sätt som möjligt. Svenska Röda Korset öppnade sitt första behandlingscenter för krigsskadade och torterade för mer än 30 år sedan och vi har sedan dess mött och behandlat tusentals personer. De vi träffar kan ha upplevt åratal av tortyr i fängelse, förlorat nära anhöriga under krig, eller tvingats utstå fruktansvärda upplevelser och övergrepp på vägen till Sverige.

Kartläggning och kunskap om flyktingars psykiska hälsa är nödvändig för att förstå omfattningen av denna problematik och de drabbades behov, inte minst vad gäller behov av stöd, vård och behandling, men också för att öka kunskapen och förståelsen i samhället och hos personer som möter flyktingar i sitt arbete, eller som fattar politiska beslut som rör dessa människor. Med anledning av detta inledde Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola år 2014 ett forskningssamarbete som syftade till att kartlägga personer som lider av psykisk ohälsa till följd av krig och tortyr. Samma år fick vi medel från Arbetsmarknadsdepartementet för en fördjupad studie om psykisk ohälsa hos flyktingar och nyanlända. Röda Korsets Högskola bedriver sedan tidigare hälsovetenskaplig forskning inom ramen för de humanitära kunskapsområden som rödakorsrörelsen representerar.

Forskningsstudien om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända har nu genomförts och redovisas här till Arbetsmarknadsdepartementet. Materialet och datainsamlingen har varit omfattande och vi hoppas kunna presentera såväl intressanta som relevanta och tankeväckande slutsatser.

Men forskningen stannar inte där. Generellt kan vi konstatera att kunskapen inom området trauma och psykisk ohälsa är för låg och att fortsatt forskning krävs – både i Sverige och internationellt. Den psykiska hälsan skiljer sig mellan grupper och generaliseringar är alltid svåra. Bakgrund, tidigare traumaupplevelser, återhämtningsförmåga, sociala strukturer, trygghet och stabilitet i det nya landet, utveckling över tid etc. – allt är faktorer som kan påverka den psykiska hälsan och fler grupper behöver undersökas och uppföljningar ske för att dra bättre slutsatser på sikt. Det är vår förhoppning att detta arbete kan fortsätta och att regeringen möjliggör fortsatt forskning på området. Dessutom behöver de personer som lider av psykisk ohälsa identifieras, fångas upp, och ges det stöd och den behandling som krävs. Röda Korset gör mycket på området, men även här har regeringen ett ansvar att säkerställa stöd och behandling till alla som behöver detta, oavsett var i landet man bor.

Melker Måbeck
tf. Generalsekreterare, Svenska Röda Korset



Louise Stjernberg
Rektor, Röda Korsets Högskola

Innehåll

Sammanfattning 6
Uppdrag och genomförande 8
Inledning 9
Syfte 9
Begrepp och definitioner 10
Asylsökande, flykting, nyanländ 10
Psykisk ohälsa 10
Traumatiska händelser, erfarenheter och traumahistorik 11
Bakgrund 12
Tidigare forskning 12
Förekomst av psykisk ohälsa bland flyktingar 12
Förekomst av trauman bland flyktingar 12
Faktorer relaterade till flyktingars psykiska hälsa 12
Mottagande och etableringsinsatser i Sverige 13
Ny tillfällig lagstiftning om begränsning av uppehållstillstånd 14
Metod 15
Överväganden och avgränsningar 15
Datainsamling bland nyanlända från Syrien 16
Datainsamling bland asylsökande 16
Enkätkonstruktion, enkätöversättning och registerdata 17
Variabler 18
Psykisk ohälsa 18
Traumahistorik 19
Levnadsvillkor och sociodemografiska variabler 19
Etiska överväganden 20
Statistisk bearbetning 20
Resultat 22
Sociodemografi och bortfallsanalys 22
Traumahistorik 24
Levnadsvillkor 25
Prevalens av psykisk ohälsa 27
Stratifierade prevalensanalyser 29
Multivariabla analyser 37
Diskussion 39
Resultatdiskussion 39
Metoddiskussion 41
Sammanfattande slutsatser och reflektion 42
Referenser 44
Bilagor 48

Sammanfattning

Denna rapport redovisar en studie som genomförts inom ramen för ett forskningssamarbete mellan Röda Korsets Högskola och Svenska Röda Korset, där Röda Korsets Högskola har haft huvudansvaret. Forskningsstudien har möjliggjorts genom ekonomiska medel från Arbetsmarknadsdepartementet. Utöver det har Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola bidragit med ekonomiska resurser.

BAKGRUND

Just nu befinner sig omkring 65 miljoner människor i världen på flykt från sina hem, vilket är en historiskt hög siffra. Även i Sverige har vi de senaste åren sett en markant ökning av människor som söker skydd undan förföljelse, krig eller konflikt.

Många av de människor som tvingas fly bär med sig erfarenheter av fruktansvärda och livshotande händelser som man upplevt i sitt hemland eller under sin tid på flykt. De psykologiska konsekvenserna av dessa gör flyktingar extra sårbara för psykisk ohälsa. En god psykisk hälsa anses ofta vara en viktig förutsättning för att flyktingar ska kunna etablera sig på arbetsmarknaden och i samhällslivet. Ohälsa har också sagts vara en av de vanligaste anledningarna till att nyanlända avbryter sina etableringsinsatser i Sverige idag. Det finns ett stort behov av kunskap om detta, dels som ett underlag för att kunna utveckla stödjande och hälsofrämjande etableringsinsatser för nyanlända och dels som grund för att utveckla hälso- och sjukvårdens förmåga att möta nyanländas och asylsökandes specifika behov.

Syftet med föreliggande studie är att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa i Sverige bland nyanlända från Syrien och asylsökande från Eritrea, Syrien och Somalia samt att kartlägga förekomsten av traumatiska upplevelser, post-migratorisk stress och svagt socialt stöd i dessa grupper. Vidare syftar studien till att identifiera specifika grupper med särskilt hög förekomst av psykisk ohälsa bland nyanlända från Syrien.

Studien har genomförts med hjälp av tvärsnittsdata insamlad via enkäter och register i två kompletterande studiepopulationer. Den första studiepopulationen bestod av 1215 nyanlända från Syrien med permanent uppehållstillstånd som blivit kommunmottagna mellan åren 2011 och 2013. Den andra studiepopulationen bestod av 173 asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia som bodde på ett asylboende i västra Sverige.

STUDIENS RESULTAT

Resultaten från denna studie visar tydligt att den psykiska ohälsan i Sverige 2016 är mycket utbredd bland nyanlända från Syrien och bland asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien. Bland nyanlända från Syrien har var tredje en högst påtaglig depressions- eller ångestproblematik, detta samtidigt som 30 % uppger symtom som stämmer överens med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Studien indikerar dessutom att psykisk ohälsa i form av depression, ångest, PTSD och lågt välbefinnande är betydligt vanligare bland asylsökande än bland nyanlända, särskilt bland asylsökande från Eritrea och Somalia.

Noterbart är också att över 60 % av de nyanlända och asylsökande från Syrien har svarat på ett sätt som indikerar att de har ett svagt socialt stöd. Andelen av asylsökande från Eritrea och Somalia med svagt socialt stöd var över 70 %. Det är i sammanhanget också viktigt att lyfta fram att olika former av post-migratorisk stress (inbegripande bland annat svåra ekonomiska bekymmer, frustration kopplat till begränsade möjligheter att försörja sig själv, saknad av nära anhöriga och att inte känna sig respekterad på grund av sin nationella bakgrund) var vanligt förekom-

mande i samtliga studerade grupper. Nästan alla studiedeltagare hade dessutom angett att de varit utsatta för någon typ av traumatisk händelse i sitt tidigare hemland eller under sin tid på flykt. Bland nyanlända från Syrien angav drygt 30 % att de blivit utsatta för tortyr. Bland asylsökande, där uppskattningarna är betydligt mer osäkra på grund av det mindre undersökningsunderlaget, angav 25 % av de asylsökande från Syrien och 87 % av de asylsökande från Eritrea och Somalia att de blivit utsatta för tortyr.

De analyser som syftade till att identifiera undergrupper inom studiepopulationen av nyanlända från Syrien, med särskilt hög förekomst av psykisk ohälsa, visade att psykisk ohälsa var vanligare bland individer med svagt socialt stöd, betydande post-migratorisk stress samt bland de som erfarit tortyr. Vidare visade resultaten att psykisk ohälsa är särskilt utbrett bland medelålders nyanlända kvinnor från Syrien samt att personer som upplever sig ha kommunikationssvårigheter hade en ökad sannolikhet för PTSD.

DISKUSSION OCH REFLEKTION

Dessa resultat visar ett tydligt behov av åtgärder som kan minska bördan av psykisk ohälsa samt förebygga ytterligare försämring av den psykiska hälsan hos dessa redan utsatta grupper. Psykisk ohälsa kan utgöra ett hinder för en lyckad etablering i samhället. Åtgärder för att främja psykisk hälsa kan, utöver att minska det individuella lidandet, därmed även ha positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

Utifrån ett vårdperspektiv är det angeläget att man strävar efter att utveckla hälso- och sjukvården för att tillmötesgå flyktingars och asylsökandes behov på bästa sätt.

Åtgärder som syftar till att minska omfattningen och svårighetsgraden av post-migratorisk stress ligger till stor del på samhälls- och policynivå. Minskad tid för asylprövning, möjlighet till permanenta uppehållstillstånd och återförening med sin familj har sannolikt stor bäring för att minska sådan stress. Även andra åtgärder såsom möjlighet till meningsfull sysselsättning och individanpassade insatser för att förbättra möjlighet till arbete och självförsörjning kan antas minska post-migratorisk stress bland flyktingar. Att öka kunskapen om sambanden mellan post-migratorisk stress och psykisk ohälsa inom relevanta samhällssektorer kan också bidra till att lokala lösningar kan formuleras utifrån de rådande förutsättningarna.

Utifrån ett resiliensperspektiv bör även systematiska insatser utvecklas för att förstärka och mobilisera sårbara och utsatta gruppers egna resurser. När det gäller flyktingar främjas resiliens av åtgärder som bidrar till att öka delaktigheten i samhället, underlätta tillgång till information och sociala nätverk samt att motarbeta diskriminerande barriärer i samhället.

Kunskap om hur olika etableringsinsatser påverkar flyktingars socioekonomiska integration och psykiska hälsa samt hur de kausala relationerna mellan etableringsinsatser, socioekonomisk integration och psykisk ohälsa ser ut, är idag begränsad. Det behövs longitudinella studier och mer djupgående, kvalitativa undersökningar, som grund för att utveckla en mer hälsofrämjande etableringsprocess. Det behövs också systematiska utvärderingar av insatser som syftar till att förebygga och främja psykisk hälsa och etablering hos flyktingar.

Uppdrag och genomförande

Den här forskningsstudien har möjliggjorts genom ekonomiska medel från Arbetsmarknadsdepartementet. Utöver det har Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola bidragit med ekonomiska resurser. Studien har genomförts i projektform inom ramen för ett forskningssamarbete mellan Svenska Röda Korset och Röda Korsets Högskola. Röda Korsets Högskola har haft huvudansvaret för studieupplägget, genomförandet och slutrapporten. Professor Fredrik Saboonchi har varit vetenskapligt ansvarig och forskningsledare, medan Fil dr. Petter Tinghög har varit projektledare och forskare. Projektgruppen har dessutom bestått av Fil dr. Erika Sigvardsdotter, specifikt ansvarig för frågor rörande traumahistorik, legitimerad psykolog och doktorand Andreas Malm samt forskningsassistent Charlotta Arwidson. Forskningsstudien genomfördes under perioden maj 2015 till oktober 2016.

Inledning

Just nu befinner sig omkring 65 miljoner människor i världen på flykt från sina hem, vilket är en historiskt hög siffra [1]. En majoritet av dessa befinner sig inom det egna landets gränser eller i ett angränsande land. Ungefär sex procent befinner sig i Europa, vilket motsvarar ungefär 4 miljoner människor.

Även i Sverige har vi de senaste åren sett en markant ökning av människor som söker skydd undan förföljelse, krig eller konflikt. Under 2014 ansökte omkring 80 000 individer om asyl och under år 2015 fördubblades den siffran till över 160 000 [2]. De största grupperna av asylsökanden 2014 var från Syrien (38 %), Eritrea (14 %) samt Somalia (6 %). Denna fördelning har sedan dess delvis förändrats och 2016 är de tre största grupperna av asylsökande från Syrien (20 %), Afghanistan (11 %) och Irak (10 %) [3]. Sedan 2011 har totalt 111 000 personer från Syrien sökt asyl i Sverige. Under 2016 har flyktingkrisen i världen fortsatt, men allt färre människor kommer numera till Sverige för att söka asyl. Detta efter att en rad olika politiska åtgärder, både i Sverige och i övriga världen, har begränsat människors möjligheter att komma till Sverige för att söka skydd. Antal nyinkomna asylansökningar under 2016, beräknat fram till september i år, var runt 22 000.

Flyktingar har ofta andra förutsättningar att etablera sig i samhället och på arbetsmarknaden än de migranter som kommer för att söka arbete eller bilda familj. Anpassningen till livet i en ny och obekant omgivning kan förvisso vara utmanande för alla migranter, men flyktingar utgör en särskilt sårbar grupp. Detta då anpassningen till den nya omgivningen ofta måste ske samtidigt som individen behöver hantera de psykologiska konsekvenserna av fruktansvärda och livshotande händelser man upplevt i sitt hemland eller under sin tid på flykt. Har individen därtill, av olika skäl, begränsade förutsättningar att tillgodogöra sig de kompetenser, kunskaper eller färdigheter som efterfrågas i det nya samhället kan etableringsprocessen bli mycket besvärlig.

Att vara flykting innebär enligt en rad internationella studier en ökad risk för psykisk ohälsa. Förklaringen till det hittas oftast i faktorer som härrör antingen från tiden före, under eller efter själva migrationen. En god psykisk hälsa anses ofta vara en viktig förutsättning för att flyktingar ska kunna etablera sig på arbetsmarknaden och i samhällslivet. Detta är åtminstone vad den mycket begräsande forskningen på området har indikerat. Ohälsa har också sagts vara en av de vanligaste anledningarna till att nyanlända avbryter sina etableringsinsatser i Sverige idag [4].

I dagsläget saknas det nationell statistik och empiriska studier om förekomsten av psykisk ohälsa bland flyktingar som kommit till Sverige under senare år. Det finns heller ingen uppdaterad, tillförlitlig eller systematiskt införskaffad kunskap om vilka levnadsvillkor flyktingar i Sverige har, eller omfattningen av de traumatiska upplevelser de varit med om. Det finns ett stort behov av denna typ av kunskap, dels som ett underlag för att kunna utveckla stödjande och hälsofrämjande etableringsinsatser för nyanlända, och dels som grund för att utveckla hälso- och sjukvårdens förmåga att möta nyanländas och asylsökandes specifika behov.

SYFTE

Studiens huvudsyfte är att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa i Sverige bland nyanlända från Syrien och asylsökande från Eritrea, Syrien och Somalia samt att kartlägga förekomsten av erfarenhet av traumatiska händelser, post-migratorisk stress och svagt socialt stöd i dessa grupper. Vidare syftar studien till att identifiera specifika grupper med särskilt hög förekomst av psykisk ohälsa bland nyanlända från Syrien.

BEGREPP OCH DEFINITIONER

ASYLSÖKANDE, FLYKTING, NYANLÄND

Många av begreppen som förekommer i migrationsdebatten har flera olika definitioner, och det finns ingen konsensus kring hur flera av orden bör användas. Exempelvis har ordet flykting ibland en strikt juridisk betydelse, där endast personer som beviljats uppehållstillstånd eller skydd i enlighet med Genèvekonventionen innefattas, men ordet flykting har också en mer allmän betydelse i vardagsspråket och samhällsdebatten. Där saknar det en strikt definition, och betecknar ofta alla personer som är eller har varit på flykt. Nyanländ är ett annat begrepp som har börjat användas i allt högre grad för att beteckna personer som fått uppehållstillstånd i Sverige och som folkbokförts och blivit mottagna av en kommun. De har i detta skede ofta redan vistats en kortare eller längre tid i Sverige under tiden deras ärende prövats, och det kan därför tyckas motsägelsefullt att då börja kallas nyanländ. Detta ska förstås i kontexten att personen är nyanländ i kommunen och det är i detta skede etableringsinsatser påbörjas.

I denna rapport används tre olika begrepp för att särskilja olika grupper av människor som varit på flykt. *Asylsökande* betecknar utländska medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått svar på sin asylansökan från myndigheterna. *Nyanländ* används för utländska medborgare som under de senaste åren kommit till Sverige och som beviljats uppehållstillstånd och skydd utifrån flyktingliknande skäl, alternativt genom familjeåterförening med en sådan person, och som blivit mottagna i en kommun. En lista på specifika kategorier av grund för bosättning som inkluderas utifrån SCBs register återfinns som bilaga till rapporten (se Bilaga 2). Ordet *flykting* använder vi, om inget annat anges, i den bredare bemärkelsen att ha flytt sitt hem på grund av förföljelse, krig eller konflikt. Det används därmed för grupperna asylsökande och nyanlända tillsammans.

PSYKISK OHÄLSA

Psykisk ohälsa är ett svårdefinierat begrepp som kan ha olika innebörder för olika individer och i olika sammanhang. Vi har i denna rapport valt att använda begreppet psykisk ohälsa snarare än det närliggande begreppet psykisk sjukdom. Även om psykisk sjukdom och psykisk ohälsa i många fall är delvis relaterade, signalerar användningen av begreppet psykisk ohälsa att vi inte enbart är intresserade av de tillstånd som uppfyller diagnostiska kriterier för att kunna klassificeras som psykisk sjukdom. Med begreppet psykisk ohälsa syftar vi därmed på besvär eller tillstånd som har en betydande negativ inverkan på individens subjektiva välbefinnande och dagliga liv. Detta är i linje med WHOs definition av psykisk hälsa som lyder: "a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" [5].

Att beakta individens livssituation och subjektiva välbefinnande innebär också att psykisk ohälsa inte nödvändigtvis avser en avvikelse från vad som är eller anses vara normalt i en population. Vidare indikerar en sådan definition att bedömningen av en individs psykiska hälsostatus inte enbart kan baseras på symtom isolerat från individens övergripande livssituation. Detta kan vara särskilt viktigt att ha i åtanke i studier av flyktingar, där den normala och adekvata reaktionen på svåra och traumatiska livserfarenheter faktiskt kan vara att må psykiskt dåligt. Utöver detta är det viktigt att påpeka att det föreligger kulturella och sociala skillnader i hur symtom på psykisk ohälsa kan upplevas eller uttryckas. Det är särskilt viktigt att beakta i undersökningar av psykisk hälsa hos flyktingar, bland vilka den sociokulturella bakgrunden varierar stort.

Ett problem med att utgå från en sådan bredare definition av psykisk ohälsa är att det kan bli svårt att mäta den psykiska ohälsan med hjälp av standardiserade instrument. Detta eftersom människors potential och dagliga liv ofta skiljer sig åt. Vi har valt att genomgående använda oss av tre typer av självskattningsmått för att uppskatta den psykiska ohälsan bland nyanlända och asylsökande. Genom att använda flera mått, med olika karaktär, tror vi oss kunna presentera en mer nyanserad och mer komplett bild av den psykiska hälsan bland flyktingar i Sverige år 2016. Av särskilt intresse bland flyktingar är besvär relaterade

till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), vilket kan betraktas som en särskild typ av psykisk ohälsa som är associerad med svåra traumatiska livshändelser.

TRAUMATISKA HÄNDELSER, ERFARENHETER OCH TRAUMAHISTORIK

En viktig distinktion att göra är den mellan potentiellt traumatiska händelser eller situationer (i fortsättningen kallade traumatiska händelser eller trauman), och att ha en traumatisk erfarenhet eller upplevelse. En traumatisk händelse definieras i DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) som att en person exponerats för död eller hot om död, allvarlig skada eller sexuellt våld. Det kan ha skett genom att personen själv upplevt händelsen, bevittnat en händelse som hänt någon annan, eller fått kännedom om att närstående varit med om samma typ av händelse. En traumatisk händelse har potential att vara traumatiserande, och om så är fallet kan man säga att personen haft en traumatisk erfarenhet eller upplevelse. Dock är händelsen – det som hänt – skiljt från den personliga upplevelsen.

Det är svårt att mäta hur många traumatiska erfarenheter en person har varit med om eller hur allvarliga dessa har varit, eftersom man då måste ta hänsyn till subjektiva upplevelser av en händelse, det vill säga om och i så fall hur skrämmande händelsen upplevts. Detta låter sig inte göras i en storskalig studie av denna typ, och här hanteras därför endast information om händelser, inte erfarenheter.

Tortyr är en specifik typ av trauma som är betydligt vanligare bland flyktingar än bland personer som lever i fredliga och stabila samhällen. Tortyr definieras av FN som varje handling som medvetet syftar till att tillfoga en annan person allvarlig smärta eller svårt fysiskt eller psykiskt lidande, av eller på uppdrag av en person som företräder staten, i ett visst syfte (till exempel för att framtvinga information eller bekännelse, som bestraffning, eller del i diskriminering). Andra definitioner (till exempel Tokyoprotokollet [6] och den Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr [7]) har inte med kravet om att handlingarna måste vara sanktionerade av en stat, då många andra organisationer och institutioner kan utöva samma typ av makt som stater.

Tortyr är en av de traumatiska händelser som efterfrågas från respondenterna i den här studien. Tidigare studier har visat att självdefinierad tortyr i enkäter och screening har god sensitivitet och specificitet [8, 9], och vi har i den här studien valt att låta respondenterna själva avgöra vad som utgör tortyr.

Bakgrund

Bakgrundsavsnittet nedan innehåller en kortfattad genomgång av tidigare prevalensstudier om psykisk ohälsa och trauma bland flyktingar, samt av de faktorer som enligt tidigare forskning har visat sig vara kopplade till flyktingars psykiska hälsa och etablering. Dessutom beskrivs kortfattat mottagandet av asylsökande och nyanlända i Sverige och de lagrum som styr detta. Bakgrunden i sin helhet syftar till att lyfta fram den vetenskapliga och samhälleliga kontext mot vilket studiens resultat ska förstås och tolkas.

TIDIGARE FORSKNING

FÖREKOMST AV PSYKISK OHÄLSA BLAND FLYKTINGAR

I en systematisk litteraturöversikt från 2015, baserad på 29 vetenskapliga studier om flyktingar som flytt från sina hemländer för fem år sedan eller mer, visade Bogic med kollegor att förekomsten av psykisk ohälsa varierar mycket mellan olika typer av studier, mellan flyktinggrupper och mellan mottagningsländer [10]. Förekomsten av depression varierade från allt mellan 2 % och 80 %, medan förekomsten av PTSD varierade mellan 4 % och 86 %. Det stora flertalet av dessa prevalensskattningar låg dock över 20 %. Denna forskningsöversikt visade också att studier av högre kvalitet tenderade att generera lägre prevalensskattningar, att förekomsten av psykisk ohälsa var särskilt stor bland flyktingar från forna Jugoslavien eller Kambodja samt att den psykiska ohälsan tycktes vara mer utbredd bland de flyktingar som var bosatta i USA.

Vetenskapliga studier där förekomsten av psykisk ohälsa rapporteras specifikt för asylsökande är mycket ovanliga. I en välgjord nederländsk studie baserad på 294 irakiska asylsökande uppskattades förekomsten av ångestsyndrom till 22 %, förekomsten av depression till 34 % och förekomsten av PTSD till 36 % [11].

FÖREKOMST AV TRAUMAN BLAND FLYKTINGAR

Traumatiska händelser innan ankomst till mottagarlandet brukar delas upp i premigrationstrauma respektive migrationstrauma beroende på när de inträffat. Många studier som studerar flyktingars psykiska hälsa undersöker också traumahistorik, det vill säga en persons sammantagna erfarenheter av tidigare traumatiska händelser, då detta har inverkan på den psykiska hälsan. Vanligtvis efterfrågas endast händelser innan flykten. En sammanställning av tidigare forskning har visat att de flesta personer på flykt har erfarenhet av någon typ av traumatisk händelse innan ankomst till destinationslandet [12]. Vanliga traumatiska händelser var exempelvis att ha upplevt krig och att förlora familjemedlemmar. Traumahistorik skiftar stort både mellan och inom grupper av flyktingar. Exempelvis visade sammanställningen att de uppskattade prevalenserna av tortyr varierade mellan 1 % och 76 %, men hälften av studierna visade prevalensskattningar av tortyr som låg mellan 20 % och 40 %. Studierna indikerade också att tortyr var något vanligare bland män än kvinnor.

FAKTORER RELATERADE TILL FLYKTINGARS PSYKISKA HÄLSA

Det finns ett antal olika faktorer som har samband med sämre respektive bättre psykisk hälsa bland flyktingar. Generellt har tidigare forskning funnit att kvinnor och personer i äldre åldersgrupper har en något sämre psykisk hälsa än män och yngre personer [9].

Forskningen om traumahistorik bland flyktingar har visat att traumatiska erfarenheter före flykten är starkt kopplad till psykisk ohälsa [13, 14]. Det handlar framförallt om

PTSD, men även ångest och depression är vanligare bland dem som varit med om allvarliga krigsrelaterade traumatiska händelser [15]. Vissa typer av traumatiska händelser har visat sig vara starkare relaterade till psykisk ohälsa än andra [16]. Tortyr har visat sig ha en särställning med ett mycket starkt samband med psykisk ohälsa, främst PTSD och depression [13].

I takt med att gränskontroller och gränsbevakning blivit hårdare har också flykten blivit farligare och innebär ofta extrema risker och umbäranden. Detta kan innebära ytterligare traumatiska händelser [17, 18]. Forskning visar att antal år på flykt, alltså tiden från att man lämnat sitt hem till att man når sitt slutmål, är kopplat till psykisk ohälsa [16].

Många personer som är med om traumatiska händelser och utvecklar psykisk ohälsa har återhämtat sig efter ett antal år [19], men det finns också indikationer på att traumarelaterad psykisk ohälsa kan kvarstå under en mycket lång tid [20]. Detta gäller särskilt mycket svåra händelser som till exempel tortyr [13].

Flera typer av stressande faktorer i mottagarlandet (så kallad post-migratorisk stress) har visat sig vara relaterade till sämre psykisk hälsa bland flyktingar. Vissa faktorer är kopplade till den osäkerhet och otrygghet som asylprocessen orsakar [21]. Långa asylprocesser innebär lång väntetid där man inte vet om man kan börja ett nytt liv i mottagarlandet eller kan börja planera för framtiden. Studier visar att en lång asylprocess, samt institutionsboende [11, 22] har negativa konsekvenser för den psykiska hälsan, och att den psykiska hälsan hos asylsökande tenderar att vara sämre än bland flyktingar som fått uppehållstillstånd [23]. På liknande sätt som den psykiska hälsan hos asylsökande påverkas negativt av att personen inte kan planera och känna hopp inför framtiden, visar flera studier att den psykiska hälsan och välbefinnandet är sämre hos flyktingar med tidsbegränsade uppehållstillstånd jämfört med flyktingar med permanenta uppehållstillstånd [24-26].

Andra faktorer som kan påverka den psykiska hälsan har med arbetsliv och socioekonomiska förhållanden att göra, som arbetslöshet [27], arbetsrelaterade konflikter och problem [28], statusförlust [29, 30], och svåra socioekonomiska förhållanden [31, 32].

Det faktum att många flyktingar har familjemedlemmar och vänner som är kvar i krigsområden eller som befinner sig på flykt under mycket svåra omständigheter, och ofta med begränsade kommunikationsmöjligheter, är också en stressande faktor som påverkar den psykiska hälsan [33, 34]. Studier har också funnit att rasism och diskriminering är faktorer som har negativa konsekvenser för den psykiska hälsan hos flyktingar [35, 36].

Andra faktorer har, i tidigare forskning, visat sig ha positiva samband med psykisk hälsa hos flyktingar. Ett exempel på sådana faktorer är starka sociala nätverk [30] och närhet till familjemedlemmar [37]. Att kunna mottagarlandets språk [31, 38], ekonomiska resurser [32] och dagliga aktiviteter så som arbete eller arbetsträning [37] har alla samband med bättre psykisk hälsa.

Forskning om hur och i vilken utsträckning den psykiska ohälsan påverkar flyktingars möjlighet att etablera sig på arbetsmarknaden är mycket begränsad. De fåtal studier, som ur ett longitudinellt perspektiv har studerat detta, har dock indikerat att depression utgör en stark riskfaktor för framtida arbetslöshet och att inte komma in på arbetsmarknaden överhuvudtaget [38, 39]. Något som däremot är mer belagt är att PTSD ofta leder till sömnsvårigheter och påverkar kognitiva förmågor som minnesfunktion och koncentration, vilket till exempel gör det svårare att lära sig ett nytt språk [40, 41]. Därmed torde flyktingar med PTSD ha sämre förutsättningar att tillgodogöra sig eventuella etableringsinsatser. Det finns också forskning som har visat att pre-migrationstrauman och migrationstrauman gör personer mer känsliga för stress och kränkningar efter flykten [42, 43]. En svensk studie bland irakiska flyktingar har också visat att personer med PTSD tenderade att uppleva negativa händelser i livet som mer negativa och positiva händelser som mindre positiva än de utan PTSD [44].

MOTTAGANDE OCH ETABLERINGSINSATSER I SVERIGE

Migrationsverket ansvarar för de personer som söker asyl i Sverige under den tid de väntar på besked i sitt asylärende. Under väntetiden kan den asylsökande välja att antingen bo i eget boende (ofta inneboende hos vänner

eller släktingar) eller i ett av Migrationsverkets anläggningsboenden. Det vi i rapporten kallar asylboende är detsamma som ett anläggningsboende. Enligt Migrationsverkets statistik väljer cirka 30 procent av de asylsökande att bo i eget boende under tiden de väntar på beslut [45]. I takt med att antalet asylansökningar har ökat i Sverige har också den förväntade väntetiden för att få ett beslut ökat. För de beslut som avgjordes under åren 2011-2013 var den genomsnittliga handläggningstiden runt 120 dagar, medan den genomsnittliga väntetiden 2016 (fram till och med september) var 309 dagar [46]. Detta är genomsnittet och det finns stor variation på handläggningstid mellan personer från olika länder. Personer från Somalia kan till exempel få vänta upp till 400 dagar på beslut. En person från Syrien väntar i genomsnitt 304 dagar. Om personen beviljas uppehållstillstånd kan därefter bosättning i en kommun ske.

Tidigare innebar bosättning i en kommun att ansvaret för de nyanlända samtidigt togs över av kommunen. I och med att *Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare* trädde i kraft 1 december 2010, gjordes Arbetsförmedlingen till ansvarig myndighet för mottagandet av nyanlända. Syftet med lagförändringen var, som det står i lagen, att ”främja en snabb och effektiv etablering på arbetsmarknaden”. Genom lagändringen tydliggjordes därmed lagstiftarnas intentioner av att tidigt ha ett arbetsmarknadsperspektiv i etableringen av flyktingar.

Även om Arbetsförmedlingen har huvudansvaret för etableringsinsatserna delas delvis ansvaret med andra myndigheter såsom Länsstyrelser, Migrationsverket och kommuner.

Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare berör personer mellan 20-64 år, som fått uppehållstillstånd som kvotflykting, flykting, skyddsbehövande samt deras anhöriga. Så snart som möjligt efter bosättning i en kommun ska Arbetsförmedlingen upprätta en individuell etableringsplan tillsammans med den nyanlände. Denna individuella etableringsplan ska omfatta aktiviteter på heltid under högst två år och innehålla svenskundervisning, samhällsorientering samt andra aktiviteter som syftar till att påskynda inträdet på den reguljära arbetsmarknaden. En förutsättning för att få den ersättning som betalas ut till alla individer som omfattas av etableringsinsatserna, är att den nyanlände deltar i de aktiviteter som föreskrivs i den upprättade etableringsplanen.

NY TILLFÄLLIG LAGSTIFTNING OM BEGRÄNSNING AV UPPEHÅLLSTILLSTÅND

Sedan den 20 juli 2016 och tre år framåt, gäller i Sverige en ny tillfällig lagstiftning, *Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige,* som begränsar människors möjlighet till uppehållstillstånd. Lagen gäller för de flyktingar som kom till Sverige efter den 25:e november 2015. Enligt lagen kan den som behöver skydd endast få ett tillfälligt uppehållstillstånd. Längden på det tillfälliga uppehållstillståndet avgörs av om personen bedöms vara flykting eller alternativt skyddsbehövande. Den som får flyktingstatus ges ett tillfälligt uppehållstillstånd som gäller i tre år, medan de som bedöms vara alternativt skyddsbehövande får tillfälliga uppehållstillstånd som gäller i tretton månader.

När tiden för det tillfälliga tillståndet löpt ut kan personen ansöka om att förlänga sitt uppehållstillstånd, vilket beviljas om skyddsbehoven anses kvarstå. Om en sökande med tillfälligt uppehållstillstånd är självförsörjande och har en anställning som uppfyller vissa givna kriterier (exempelvis att anställningsvillkoren följer kollektivavtal eller praxis för yrket), kan permanent uppehållstillstånd beviljas. Syftet med denna lagförändring är bland annat att stärka incitamenten för nyanlända att arbeta och bli självförsörjande.

Den nya lagen innebär också att möjligheterna till att återförenas med sin familj begränsas avsevärt. Familjeåterförening ska till exempel inte beviljas en person med tillfälligt uppehållstillstånd som bedömts vara alternativt skyddsbehövande. En person som fått tillfälligt uppehållstillstånd som flykting kan enligt lagen (2016:752) beviljas familjeåterförening endast om personen ifråga bedöms ha ”välgrundade utsikter att beviljas ett permanent uppehållstillstånd”.

Metod

Denna rapport baseras på tvärsnittsdata insamlad via enkäter och register i två kompletterande studiepopulationer. Den första studiepopulationen består av nyanlända från Syrien, med permanent uppehållstillstånd som blivit kommunmottagna mellan åren 2011 och 2013. Den andra studiepopulationen består av asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia som bor på ett asylboende i västra Sverige. Datainsamlingen pågick under våren 2016. Datamaterialets tvärsnittskaraktär gör att man bör vara försiktig med att dra slutsatser om orsakssamband.

ÖVERVÄGANDEN OCH AVGRÄNSNINGAR

Nyanlända och asylsökande i Sverige är en mycket heterogen grupp vilket gör det väldigt svårt, om inte omöjligt, att uttala sig om gruppen som en enhet på ett rimligt sätt. Det är bland annat väl belagt att både levnadsvillkor och psykisk ohälsa kan variera betydligt mellan olika flyktinggrupper [10, 14]. Det gör det därför nödvändigt att tydligt avgränsa studiens omfattning för att säkerställa tillförlitligheten av slutsatserna.

Det finns också andra metodologiska övervägningar som påverkar avgränsningen av studiepopulationen. Då man som i den här studien vill uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa på populationsnivå bör man göra sitt yttersta för att: 1) minimera bortfallets storlek, 2) se till att studiepopulation inte är för liten, samt om möjligt 3) införskaffa tillförlitlig information för att kunna avgöra om, och i så fall på vilket sätt, studiepopulationen skiljer sig från de individer som har avböjt att delta. Uppfylls dessa krav tillfredställande ökar trovärdigheten av studiens resultat.

En viktig uppgift vid genomförandet av en populationsbaserad enkätundersökning av detta slag, blir därmed att utifrån tillgängliga resurser och praktiska överväganden, utveckla strategier för att hantera dessa krav på bästa sätt. För denna studie resulterade detta i valet att avgränsa studiepopulationen till flyktingar från ett mindre antal ursprungsländer. I och med detta höjdes precisionen och tillförlitligheten i undersökningens metoder med avseende på kulturella och språkliga aspekter samt förbättrades möjligheten att generalisera de statistiska fynden.

Vi har i denna studie därför valt att enbart fokusera på de största flyktinggrupperna som kommit till Sverige under senare år, bestämt utifrån vilket land man angivit som hemland. Det gav oss också den eftersträvade spridningen med avseende på geografiskt och kulturellt ursprung. Utöver det ville vi inkludera både nyanlända och asylsökande, eftersom internationella studier har visat att dessa gruppers livsvillkor och psykiska hälsa ofta skiljer sig markant åt. Att vi valde att lägga särskilt stort fokus på nyanlända från Syrien berodde på att de utgör den största gruppen av vuxna flyktingar som kommit till Sverige under senare år. Vidare antog vi att ett randomiserat post-utskick till nyanlända från Syrien skulle ha störst sannolikhet att generera en tillräckligt stor studiepopulation. Detta eftersom gruppens relativt höga utbildningsnivå antogs medföra att en större andel personer skulle delta än vad man kanske kunde förvänta sig bland andra nyanlända flyktinggrupper med lägre utbildningsnivå.

En asylsökande är inte folkbokförd i Sverige, därmed finns inga rikstäckande register innehållande de asylsökandes adressuppgifter. Detta faktum gör att det är så gott som omöjligt att studera livsvillkoren och den psykiska hälsan bland asylsökande via postenkäter. Datainsamlingen bland asylsökande genomfördes därför på ett större asylboende i västra Sverige, där enkäten delades ut till asylsökanden personligen. Att vi valde

somaliska och eritreanska asylsökande utöver asylsökande från Syrien, baserades på statistik från Migrationsverket år 2014 då dessa grupper tillsammans med personer från Syrien, utgjorde de tre största flyktinggrupper som kom till Sverige under det året. Begränsade resurser medförde att inga ytterligare grupper av asylsökande kunde inkluderas även om det hade varit önskvärt. De resultat som presenteras i denna rapport gäller därmed endast för nyanlända från Syrien, samt för asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien.

DATAINSAMLING BLAND NYANLÄNDA FRÅN SYRIEN

I februari 2016 skickades en kulturellt och språkligt anpassad enkät på arabiska ut till ett slumpmässigt urval bestående av 4 000 individer födda i Syrien i åldern 18 till 64 år som beviljats uppehållstillstånd i Sverige på flyktingliknande skäl (se Bilaga 2) eller som anhörig till en sådan person, och som blivit kommunmottagna mellan åren 2011 och 2013. Postenkäten skickades ut av Statistiska Centralbyråns (SCB) enkätenhet på uppdrag av Röda Korsets Högskola. Då enkätbortfallet förväntades bli högt, vidtogs ett flertal åtgärder för att i möjligaste mån öka svarsbenägenheten bland de tilltänkta studiedeltagarna. En strategi för att öka studiens legitimitet, och därmed också svarsbenägenheten, var att informera om enkäten på webbplatsen ”Alkompis” (en mycket populär webb-tidning på arabiska i Sverige). Där poängterades att forskningsprojektet genomfördes i samarbete med Svenska Röda Korset, att inga myndigheter skulle få möjlighet att ta del av enkätsvaren samt att studien kunde generera ny kunskap som kan användas för att förbättra syriers situation i Sverige.

Datainsamlingen påbörjades med att skicka ut ett så kallat ”förbrev” till alla tilltänkta deltagare en vecka före själva enkäten sändes ut. I det försättsbrev på arabiska som medföljde enkäten fanns två telefonnummer angivna dit enkätmottagarna kunde ringa och ställa frågor samt få information om studien på arabiska, engelska eller svenska. Till dessa telefonnummer ringde ett 70-tal personer. Samtliga mottagare av enkäten fick även flera tack- och påminnelsekort kort på arabiska. Till de som ännu inte hade svarat skickades vid ett tillfälle även en ny enkät ut. Dessutom anställdes en arabisktalande person, under två veckor, för att via telefon påminna de tilltänkta deltagare som ännu inte hade besvarat enkäten. På så sätt nåddes en tredjedel av urvalspopulationen. Sammanlagt deltog 1 215 nyanlända från Syrien i undersökningen, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 30,4 %.

DATAINSAMLING BLAND ASYLSÖKANDE

I delstudien om asylsökande tillfrågades alla asylsökanden från Somalia, Eritrea och Syrien, bosatta på ett asylboende i västra Sverige, om de ville delta i en enkätstudie. Antalet asylsökande på det aktuella boendet uppgick vid tidpunkt för studien till drygt 1 000 och var ett av Sveriges största asylboende. På asylboendet fanns sedan tidigare social verksamhet organiserad av volontärer från Svenska Röda Korset samt ett mobilt behandlingsteam för krigsskadade och torterade som drivs i Röda Korsets regi. Det fanns därmed ett väletablerat kontaktnät och lokalkännedomen var god. Att ha tillgång till ett behandlingsteam ansågs också vara en ovärderlig tillgång i genomförandet av studien då det gav deltagarna möjlighet till professionellt psykologiskt stöd om behov uppstod.

Från Migrationsverket inhämtades, tillsammans med viss sociodemografisk information, adressuppgifter till alla asylsökanden från Syrien, Eritrea och Somalia på boendet, sammanlagt 414 individer.

Datainsamlingen genomfördes sedan i olika steg. Initialt rekryterades och utbildades runt tjugo enkät-guider från Syrien, Eritrea och Somalia. Utbildningen inkluderade en kort introduktion om psykisk ohälsa, information om forskningsetiska frågor samt en genomgång av studieupplägget. En majoritet av enkät-guiderna var asylsökanden som själva bodde på asylboendet. Enkät-guiderna deltog sedan i planeringen av datainsamlingen, där nästa steg bestod av att bjuda in alla asylsökanden på boendet till informationsmöten. Informationsmötena annonserades via affischer på de tre olika språken samt muntligen av enkät-guiderna. Dessa allmänna informationsmöten genomfördes vid tre

tillfällen, ett för varje språk, där informationen som gavs av projektgruppen simultant översattes till de respektive språken av auktoriserade tolkar. Vid informationstillfällena gavs de närvarande möjlighet att ställa frågor om forskningsstudien.

Nästa steg i datainsamlingen bestod av att enkät-guiderna personligen kontaktade alla i studiepopulationen för att fråga om de ville delta i studien. Om en person ur den tilltänkta studiepopulationen inte påträffades vid första försöket, besöktes samma lägenhet vid ytterligare minst två tillfällen. Om personen inte anträffades under dessa besök betraktades individen som utflyttad. I de allra flesta fall fick enkät-guiderna detta också bekräftat av andra på asylboendet. Av 414 individer var det 49 personer som aldrig påträffades och som därmed betraktades som utflyttade och inte tillhörande populationen av potentiella studiedeltagare. Sammanlagt mottog 365 personer enkätformuläret tillsammans med ett översatt försättsbrev. Om hjälp med att fylla i formuläret efterfrågades bistod enkät-guiderna med detta. De var också behjälpliga med att svara på uppkomna frågor. För att påminna om studien och för att besvara eventuella frågor, besökte enkät-guiderna alla tilltänkta studiedeltagare ytterligare en gång, inom en vecka från tillfället då enkäten delades ut.

Enkäten delades ut tillsammans med ett förfrankerat kuvert adresserat till Röda Korsets Högskola. Sammanlagt deltog 173 asylsökande i enkätstudien, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 47,4 %.

ENKÄTKONSTRUKTION, ENKÄTÖVERSÄTTNING OCH REGISTERDATA

Frågeformuläret har sammanställts av projektgruppen och består av både väletablerade skattningsskalor och egenutvecklade frågor (för mer information läs nedan). I enkäten har bland annat tre välanvända skattningsskalor för att mäta psykisk ohälsa inkluderats. De egenutvecklade frågorna syftar bland annat till att uppskatta omfattningen av postmigratorisk stress och att identifiera potentiellt traumatiska händelser som inträffat före eller under själva migrationen. Alla egenutvecklade frågor har utvecklats utifrån systematiska genomgångar av relevant vetenskaplig litteratur. För att ytterligare säkerställa lämpligheten av de egenutvecklade frågorna inhämtades synpunkter från ett flertal experter med stor erfarenhet av att möta och/eller arbeta kliniskt med flyktingar. Med hjälp av dessa synpunkter omarbetades vissa frågor, några frågor tillkom, medan andra frågor utgick.

Alla enkätfrågor, förutom redan språkligt och kulturellt anpassade skattningsskalor, översattes och återöversattes utifrån de metoder för att utveckla, anpassa samt säkerställa översättningskvalitén som vanligtvis används [47]. Detta inbegriper i vårt fall, även omarbetningar med hjälp av språkkunniga inom respektive språk, med sakkunskap inom området hälsa.

För att identifiera eventuella otydligheter i de översatta enkäterna (som inte upptäcktes under översättnings- och åter-översättningsprocessen eller i diskussion med experter) testades enkätöversättningarna bland ett flertal individer ur de respektive språkgrupperna. Kognitiva intervjuer utifrån den så kallade ”tänka högt”-metoden (Think Aloud Protocol) [48] användes bland 11 arabisktalande flyktingar och 4 tigrinjatalande personer för att identifiera sådana otydligt formulerade frågor. För att identifiera otydliga frågor i den somaliska enkätöversättningen granskades enkäten, fråga för fråga, tillsammans med en grupp bestående av sex somaliska asylsökande.

Som tidigare nämnts användes enkäten i två kompletterande studiepopulationer. Enkäterna som distribuerades till de båda populationerna var identiska, med undantag av att några sociodemografiska frågor inkluderades i enkäten till de asylsökande (frågor om utbildningsnivå bland annat). Dessa frågor var inte nödvändiga i enkäten till nyanlända, där denna information inhämtades från SCBs register.

Registerinformation, rörande ett flertal sociodemografiska faktorer, inhämtades för nyanlända respondenter från SCBs nationellt heltäckande register. Detta för att komplettera enkätdata samt för att undvika att enkäten blev allt för omfattande. Vi fick även tillgång till registerinformation om ålder, utbildning, kön och senaste invandringsår för de nyanlända som avböjde att delta i studien. För alla asylsökande som deltog eller avböjde deltagande i studien inhämtades information om kön,

ålder och nationalitet. Att till viss del samma individspecifika uppgifter finns för både studiedeltagare och de som avböjde deltagande innebär att bortfallsvikter kan konstrueras.

VARIABLER

Det finns inga givna mått för att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa, trauma eller post-migratorisk stress bland flyktingar. Alla tillgängliga mått har sina begränsningar. Man måste därför göra en samlad bedömning utifrån den kunskap som finns om vilket eller vilka mått som lämpar sig bäst för studiens syfte och målgrupp.

PSYKISK OHÄLSA

I rapporten har *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL-25)*, Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) och *WHO-5 Wellbeing Index* (WHO-5) använts parallellt för att uppskatta den psykiska ohälsan hos målgruppen. Dessa mått korrelerar förvisso, men de kompletterar också varandra eftersom de delvis mäter olika dimensioner av psykisk ohälsa. De tre skalorna används dessutom ofta i studier bland flyktingar [49-51] och i populationsbaserade enkätstudier. De tre måtten har vidare visat sig fungera bra i olika kulturella sammanhang [52].

HSCL-25 utvecklades från början som ett screeningverktyg bland icke-traumatiserade populationer [53], men har senare även anpassats för traumatiserade grupper och flyktingar [54]. Instrumentet innehåller sammanlagt 25 frågor där varje fråga behandlar ett specifikt depressions- eller ångestsymtom. Respondenten ombeds svara på i vilken utsträckning hen besvärats av symtomen under de senaste två veckorna. De fyra svarsalternativen är: ”inte alls” (1), ”lite” (2), ”ganska mycket” (3) samt ”väldigt mycket” (4). För att använda skalan som screeninginstrument räknar man först ut individens frågemedelvärde, det vill säga ett värde mellan 1 och 4. Därefter används ett så kallat cut-off värde för att särskilja individer med kliniskt signifikanta depressions- och/eller ångestsymtom från de som inte har det. Här har vi klassificerat individer med ett frågemedelvärde på över 1,80 som individer med depression/ångest. I en studie från Bosnien-Hercegovina visade det sig att 1,80 var det optimala cut-off värdet för att särskilja individer med egentlig depression från de utan (sensitivitet 93,2; specificitet 91,2) [55].

När det gäller HTQ har vi i denna studie använt oss av de första 16 symtomfrågorna i skalan för att avgöra huruvida respondenterna sannolikt kan diagnosticeras med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Frågorna i HTQ är konstruerade för att överensstämma med kriterierna för PTSD i den diagnostiska manualen DSM-IV. Skalan innehåller därmed ett flertal olika frågor om återupplevande av tidigare händelser, undvikande av situationer, tankar och känslor som förknippas med den traumatiska händelsen samt överspändhet. HTQ-skalan har samma fyra svarsalternativ som HSCL-25 och berör också besvär under de två senaste veckorna. I likhet med HSCL-25 räknar man först fram individens frågemedelvärde (1,0–4,0). Individer med ett frågemedelvärde över 2,06 har i denna studie klassificerats som individer med PTSD. I studien från Bosnien-Hercegovina, som beskrivits ovan, visade sig 2,06 vara det optimala cut-off värdet för att särskilja individer *med* respektive *utan* PTSD (sensitivitet 100; specificitet 93,9) [55].

Det tredje måttet för att mäta psykisk ohälsa, WHO-5, skiljer sig från de två övriga, eftersom det inte utvecklats som ett screeningverktyg för att identifiera individer med psykiatriska diagnoser. WHO-5 är ett generiskt instrument som egentligen syftar till att mäta psykologiskt välbefinnande och innehåller därför inte frågor om specifika symtom utan är istället baserat på frågor om hur individen värderar sitt liv. Rent teoretiskt innebär detta att en individ kan ha flertalet psykiatriska symtom samtidigt som hen har ett högt psykologiskt välbefinnande. I praktiken är detta sällan fallet. WHO-5 innehåller fem påståenden av karaktären ”jag har känt mig glad och på gott humör”. Dessa fem påstående har sex svarsalternativ mellan ”hela tiden”(5) till ”aldrig”(0) med avseende på de senaste 2 veckorna. Det högsta möjliga värdet på den skalan är 100, eftersom de sammanlagda svarsvärdena multipliceras med en faktor på fyra, och indikerar högsta möjliga välbefinnande. De med värden under 50 klassificeras som individer med lågt välbefinnande [56].

TRAUMAHISTORIK

Traumahistorik mäts i regel med en checklista där respondenten svarar ja eller nej på om hen varit med om ett antal fördefinierade potentiellt traumatiska händelser. Studier av flyktinggrupper kräver anpassade checklistor för att fånga deras specifika traumahistorik. Det finns ett antal etablerade sådana, exempelvis traumachecklistan i HTQ del1 [57] men de är i regel utvecklade för kliniska sammanhang. Detta innebär att de är anpassade för att användas i en kontrollerad miljö där checklistan administreras av en utbildad psykolog eller psykiatriker. För populationsstudier och postenkäter till flyktingar fanns ingen lämplig checklista utvecklad.

Vi utvecklade därför en ny checklista specifikt anpassad för denna typ av populationsstudier riktad till flyktingar. Checklistan är baserad på tidigare checklistor i samråd med aktiva kliniker med lång erfarenhet av arbete med flyktingar som upplevt trauma i form av tortyr och krig. Vi strävade efter att konstruera en checklista som omfattade de vanligaste typerna av traumatiska upplevelser bland flyktingar. I checklistan försökte vi undvika frågor som kan fungera som ”triggers” för traumarelaterade minnen. Det innebär till exempel att undvika känslomässigt laddat språk och explicita detaljer, samt att ställa frågorna på ett mer övergripande snarare än konkret/personligt sätt. Detta är både av etiska skäl, för att undvika att utsätta respondenterna för obehag, men också för att minimera bortfallet.

Det är få tidigare studier som undersöker traumatiska händelser under flykten, de flesta begränsar sig till pre-migrationstrauman. Detta har delvis att göra med att många studier tycks utförda på kvotflyktingar som i regel får sitt uppehållstillstånd innan de anländer till mottagarlandet. Detta passar dåligt för svenska förhållanden där kvotflyktingar utgör en bråkdel av flyktingar i Sverige. Många av de flyktingar som kommit till Sverige under senare år har genomgått en farlig resa till Europa och Sverige. Kliniska erfarenheter från Röda Korsets Behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) tyder på att de traumatiska händelser personer varit med om under flykten kan vara lika svåra, ibland svårare, än det personerna exponerats för innan flykten. Det är därför viktigt att fråga om traumatiska händelser även under flykten.

I traumachecklistan ställs respondenten inför åtta ja/nej-påståenden som upprepas två gånger, introducerade med frågan “Innan du lämnade ditt hem, har du varit med om någon av följande händelser eller situationer” respektive ”Efter att du lämnade ditt hem, under din flykt, har du varit med om någon av följande händelser eller situationer?”: 1) krig på nära håll, 2) påtvingad separation från familj eller nära vänner, 3) förlust eller försvinnande av familj eller nära vänner, 4) fysiskt våld, 5) bevittnat fysiskt våld, 6) tortyr, 7) sexuellt våld, 8) annan skrämmande situation där du kände att ditt liv var i fara.

LEVNADSVILLKOR OCH SOCIODEMOGRAFISKA VARIABLER

När det gäller de sociodemografiska variablerna (utbildning, ålder, kön förvärvsinkomst etc.) har vi valt att gruppera dessa i för studien användbara kategorier. Dessa kategorier kan utläsas från tabellerna. Sociodemografisk information för nyanlända från Syrien har inhämtats från nationella register. För de asylsökande har information om kön, ålder och födelseland inhämtats från Migrationsverkets register, medan information om utbildningsnivå och civilstånd har inhämtats via enkäterna.

För att identifiera individer med lågt socialt stöd används instrumentet *ENRICHD Social Support Inventory* (ESSI) [58]. ESSI består av sju frågor som tillsammans syftar till att mäta individens emotionella (omhändertagande), strukturella (familjesituation) och instrumentella (assistans vid behov) sociala stöd. Exempel på inkluderade frågor är: ”finns det någon som kan ge dig goda råd när du har problem” och ”har du så mycket kontakt som du skulle vilja med någon du står nära, någon du kan lita på och har förtroende för”. Alla frågor besvaras på en femgradig skala där svarsalternativen sträcker sig från aldrig (1) till alltid (5), med undantag för en fråga om sammanboende som enbart har två svarsalternativ: ja (1) nej (4). För att identifiera individer med svagt socialt stöd har vi använt den algoritm som vanligtvis används internationellt för detta syfte [59].

För att undersöka i vilken utsträckning flyktingar upplever vissa typer av stressfulla

upplevelser i det nya landet, konstruerades ett antal frågor. Ambitionen var att med dessa frågor täcka in olika, men relativt allmänna, typer av stressande upplevelser med särskild relevans för flyktingars situation i destinationslandet. Framtagandet av dessa frågor baserades på en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen i ämnet. I denna rapport redovisar vi resultaten från följande sju frågor som alla refererar till tiden i Sverige: 1) Hur ofta har du känt dig icke-respekterad p.g.a. din nationella bakgrund? 2) Hur ofta har du haft problem med att inhandla livsförnödenheter? 3) Hur ofta har du varit frustrerad p.g.a. problem med att försörja dig själv? 4) Hur ofta har du varit ledsen p.g.a. att du inte varit återförenad med dina nära anhöriga? 5) Hur ofta har du känt dig exkluderad och isolerad i det svenska samhället? 6) Hur ofta har du känt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda din kompetens? 7) Hur ofta har du upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska? Frågorna hade alla fem svarsalternativ mellan ”aldrig”(1) och ”mycket ofta” (5). De respondenter som kryssade i alternativen ”ofta” eller ”mycket ofta” klassificerades som *ofta* besvärats av den specifika upplevelsen.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska aspekter med särskild relevans i detta forskningsprojekt är: 1) att säkerställa att alla inhämtade personuppgifter hanteras på ett säkert sätt, 2) att säkerställa att studiedeltagarna är medvetna om att studiedeltagande är helt frivilligt, 3) att säkerställa att studiedeltagarna är informerade om projektet för att möjliggöra informerat samtycke samt 4) minimera potentiella risker med att delta i studien.

Information om syftet med projektet, att deltagandet var frivilligt samt att alla personuppgifter förvaras säkert och endast kommer att användas för forskningsändamål, beskrevs i de enkätmissiv som distribuerades tillsammans med enkäterna. Enkätmissivet innehöll även information om vilka registeruppgifter som skulle inhämtas. Vidare konstruerades frågeformuläret för att så långt som möjligt, undvika frågor som fungerar som ”triggers” för traumarelaterade minnen. Alla enkätguider undertecknade ett tystnadslöfte samt utbildades om forskningsetiska frågor med särskild relevans för detta projekt.

Detta forskningsprojekt har granskats och godkänts av den regionala etikprövningsnämnden (EPN) i Stockholm (dnr: 2015/1463-1431 och 2016/549-32). Dessutom har SCBs interna etiska kommitté granskat och godkänt den del av projektet som rör datainsamlingen bland nyanlända från Syrien. All data kommer att behandlas i enlighet med den svenska etikprövningslagen samt personuppgiftslagen. Personer som ingick i projektgruppen har endast tillgång till enkät- och registerdata som har blivit avidentifierad.

STATISTISK BEARBETNING

Den sociodemografiska sammansättningen av de två studiepopulationerna presenteras i procentandelar. För att också få en uppfattning om hur representativa de båda studiepopulationerna är redovisas motsvarande andelar för urvalspopulationerna (dvs. alla individer som tillfrågades att delta i studierna), i den mån vi har tillgång till sådan information. Pearson's X^2 test används för att avgöra om skillnaderna mellan de svarande och de icke-svarande är statistiskt signifikanta ($p<0.05$).

Andel med lågt socialt stöd och postmigratorisk stress, med tillhörande 95-procentiga konfidensintervall, presenteras separat för följande fem grupper: alla nyanlända, nyanlända män, nyanlända kvinnor, asylsökande från Syrien samt asylsökande från Eritrea eller Somalia. Resultat för eritreaner och somalier redovisas tillsammans eftersom studiegrupperna var alltför små för att redovisas separat. I huvudrapporten presenteras dessa andelar i diagram, medan mer detaljerad information redovisas i Bilaga 1.Genomgående genomfördes inga formella statistiska tester för att avgöra om skillnader i förekomst av psykisk ohälsa är statistiskt signifikanta. Dock tolkar vi icke-överlappande konfidensintervall som att skillnaden är statistiskt säkerställd på en 5-procentig signifikansnivå.

Viktade och oviktade prevalensuppskattningar för depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande med tillhörande 95-procentiga konfidensintervall, presenteras för grupperna nyanlända, asylsökande från Syrien samt för asylsökande från Eritrea/Somalia.

Separata bortfallvikter konstruerades för dessa tre grupper. Bland de nyanlända baserades bortfallsvikterna på variablerna kön (man, kvinna), ålder (18-29, 30-39, 40-49, 50-64), utbildningsnivå (förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial), senaste invandringsår (2011, 2012 eller 2013) samt på interaktionen mellan kön och ålder. För asylsökande baserades bortfallsvikterna på variablerna ålder (18-44, 45-64) och kön (man, kvinna). Födelselandsvariabeln (Eritrea, Somalia) användes enbart för de bortfallsvikter som konstruerades för gruppen av asylsökande från Eritrea och Somalia. Alla tvåvägs-interaktioner testades i de respektive grupperna, men användes endast vid estimeringen av bortfallsvikter om de hade ett samband med sannolikheten att delta i studien ($p<0.05$). Bootstrapping-metoden med 500 replikationer användes för att estimera robusta och tillförlitliga konfidensintervall runt de viktade prevalensestimaten[60].

För att undersöka om sociodemografiska faktorer, traumatiska händelser och post-migratorisk stress har ett samband med psykisk ohälsa (depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande) genomfördes ett flertal prevalensanalyser som var stratifierade för ändamålet. Dessa analyser genomfördes dels på den totala gruppen av nyanlända, dels separat på nyanlända män respektive nyanlända kvinnor. Resultaten redovisas som diagram i huvudrapporten, medan utförligare information presenteras i Bilaga 1. Inga stratifierade analyser genomfördes på gruppen av asylsökande, eftersom den bedömdes vara för liten och/eller för heterogen för att möjliggöra uppskattning av tillförlitliga estimat.

Slutligen genomfördes sex multivariabla logistiska regressioner med de tre använda måtten för att uppskatta psykisk ohälsa som utfallsmått. Dessa analyser bör betraktas som explorativa och ska främst tjäna som en grund för utvecklandet av mer förfinade och sofistikerade modeller. I ett första steg inkluderas dikotomiserade variabler (variabler som enbart kan anta två värden) för kön, ålder, utbildningsnivå (förgymnasial/gymnasial och eftergymnasial), lågt socialt stöd samt tortyr som oberoende variabler i de respektive modellerna (Modell 1a, 1b och 1c). I det andra steget inkluderas även de sju variablerna som syftar till att mäta post-migratorisk stress (Modell 2a, 2b och 2c). Resultaten av dessa analyser presenteras som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall. De multivariabla analyserna, där alla inkluderade variabler i de respektive modellerna är ömsesidigt justerade för varandra, baseras enbart på studiepopulationen av nyanlända från Syrien. Även i detta fall ansågs gruppen av asylsökande vara för liten och/eller för heterogen.

Resultat

I det här avsnittet redovisas resultaten från de två enkätstudierna.

SOCIODEMOGRAFI OCH BORTFALLSANALYS

Antalet respondenter i enkätundersökningen utskickad av SCB (nyanlända från Syrien) var 1215 (Tabell 1). Av dessa var 62,8 % män, omkring 56 % under 40 år, 63,5 % var gifta och 67 % bodde i storstäder eller i större städer. Knappt 40 % av respondenterna hade någon typ av eftergymnasial utbildning, 68,4 % hade inte någon form av förvärvsarbete under 2014 och 83,3 % fick etableringsersättning samma år. Utöver det hade en majoritet kommit till Sverige under 2013 (66 %). Bortfallsanalysen, där man jämför de som svarat på enkäten med de som valde att inte svara, visar att respondenterna bland de nyanlända var representativa med avseende på kön (Tabell 1). Studiepopulationen är dock inte helt representativ med avseende på övriga redovisade sociodemografiska faktorer. Till exempel har färre yngre och ogifta valt att delta. Trots dessa avvikelser bedömer vi att studiepopulationen av nyanlända ändå är relativt representativ.

TABELL 1. Sociodemografisk bakgrund och bortfallsanalys bland nyanlända från Syrien redovisat i procentandelar och Chi-2 test (χ^2).

	Den procentuella fördelningen bland respondenter (n=1215)	Den procentuella fördelningen i urvalet (n=4 000)	Respondenter kontra icke-svarande χ2 (p-värden)
Kön			0.4 (0.52)
Män	62,8	63,5	
Kvinnor	37,2	36,2	
Åldersgrupper			68.7 (< 0.01)
18–29	23,3	30,8	
30–39	32,9	33,7	
40–49	24,3	21,0	
50–64	19,5	14,6	
Civilstånd			78.9 (< 0.01)
Gifta	63,5	52,9	
Ogifta	31,8	40,8	
Skild/änka/änkling	4,8	6,4	
Utbildningsnivå			47.2 (< 0.01)
Förgymnasial (0–9 år)	40,2	46,4	
Gymnasial (9–12 år)	21,0	22,3	
Eftergymnasial (≥3år)	38,7	31,5	
Kommungrupp			26.4 (< 0.01)
Storstäder	25,4	25,9	
Större städer	41,6	46,5	
Mindre orter	33,0	27,6	

Tabellen fortsätter på nästa sida.

Fortsättning av tabell från föregående sida.

	Den procentuella fördelningen bland respondenter (n=1215)	Den procentuella fördelningen i urvalet (n=4 000)	Respondenter kontra icke-svarande χ2 (p-värden)
Förvärvsinkomst			19.4 (< 0.01)
0 SEK	68,4	64,8	
1–124 999 SEK	27,2	28,4	
≥ 125 000 SEK	4,4	6,8	
Etableringsersättning			48.5 (< 0.01)
Ja	83,3	78,5	
Nej	14,7	21,5	
Grund för bosättning			6.3(0.01)
Flykting	94,7	95,8	
Flyktinganhörig	5,3	4,2	
Senaste invandringsår			34,0 (< 0.01)
2011 (eller tidigare)	6,5	10,1	
2012	27,5	29,5	
2013 (eller senare)	66,0	60,4	

TABELL 2. Sociodemografisk bakgrund och bortfallsanalys bland asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien redovisat i procentandelar och Chi-2 test (χ^2).

	Den procentuella fördelningen respondenter (n=164-173)*	Den procentuella fördelningen bland alla tilltänkta respondenter (n=365)	Respondenter kontra icke-svarande χ2 (p-värden)	
Kön			12,2 (< 0.01)	
Män	67,1	75,3		
Kvinnor	32,9	24,7		
Åldersgrupper				
18–44	85,5	88,2	2,3 (0,14)	
45–64	14,5	11,8		
Land				
Syrien	61,8	62,5	0,51 (0,78)	
Eritrea	14,5	13,2		
Somalia	23,7	24,4		
Utbildning				
Förgymnasial (0–9 år)	46,7	NA	-	-
Gymnasial (9–12 år)	31,1	NA	-	-
Eftergymnasial (≥3år)	22,2	NA	-	-
Civilstånd				
Gifta	54,9	NA	-	-
Ogifta	34,8	NA	-	-
Skild/änka/änkling	10,4	NA	-	-

NA = Dessa uppgifter hade vi inte tillgång till. *n (antalet) varierar p.g.a. internt bortfall på vissa variabler.

I enkätundersökningen bland asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien var antalet respondenter 173. I tabell 2 framgår att respondenterna till tvåtredjedelar bestod av män och att det var en ganska ung population, där 85,5 % var under 45 år. Drygt 20 % har någon form av eftergymnasial utbildning och en knapp majoritet var gifta. Dessutom visar tabellen att asylsökande från Syrien utgjorde den största gruppen, medan den eritreanska och den somaliska gruppen var betydligt mindre. Bortfallsanalysen visar att studiepopulationen av asylsökande är representativ med avseende på ålder och ursprungsland, men att männen är något underrepresenterade bland studiedeltagana.

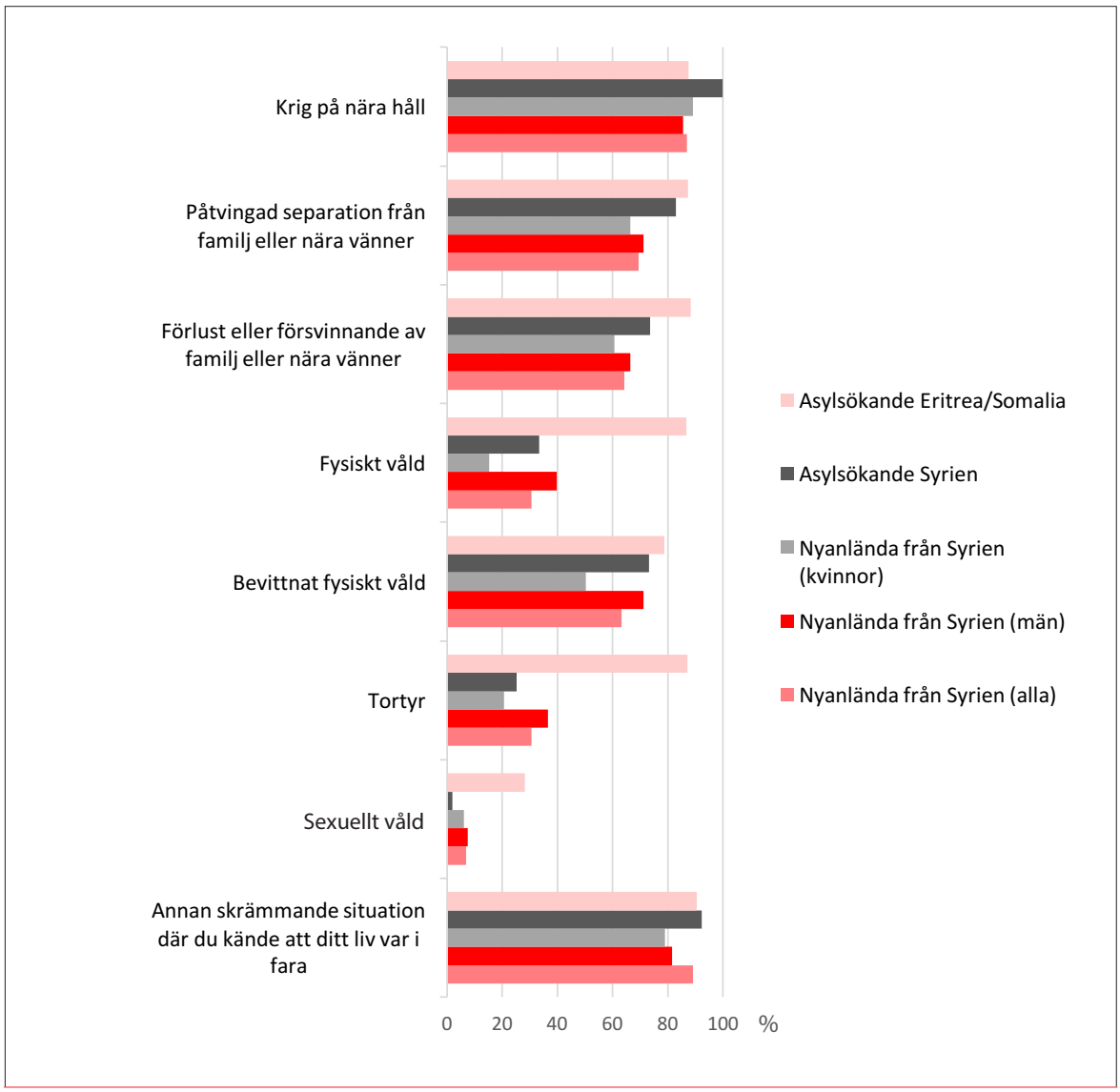


DIAGRAM 1. Andel av asylsökande och nyanlända med erfarenhet av olika typer av traumatiska händelser.

TRAUMAHISTORIK

Bland de nyanlända från Syrien fann vi att respondenterna i snitt hade angett 4,2 typer av traumatiska händelser som inträffat innan och/eller under flykten av de åtta fördefinierade typerna (för detaljer se Bilaga 1). Det var vanligare att dessa typer av traumatiska händelser inträffat innan flykten. Generellt angav de nyanlända männen något fler typer av traumatiska händelser än de nyanlända kvinnorna. Endast 4 % av de nyanlända hade inte angett att de erfarit någon typ av trauma. Bland de asylsökande var medelvärdet för antal angivna typer av traumatiska händelser något högre än för nyanlända; 4,8 för asylsökande från Syrien och 6,2 för asylsökande från Somalia/Eritrea. Bland asylsökanden hade alla respondenter angett minst en typ av trauma.

Krig på nära håll är den vanligaste angivna traumatiska händelsen, med över 80 % i alla grupper. Bland nyanlända från Syrien anger 87 % att de varit med om krig på nära håll, bland asylsökande från samma land anger 100 % detta. Bland asylsökande från Somalia och Eritrea har 88 % angett att de varit med om krig på nära håll (Diagram 1).

Bland nyanlända från Syrien anger drygt 30 % att de blivit utsatta för tortyr. Denna

andel är något högre bland män (37 %) än kvinnor (21 %). Bland de asylsökande från Syrien har 25 % uppgett att de blivit utsatta för tortyr, medan motsvarande andel bland asylsökande från Eritrea/Somalia är så hög som 87 %. Generellt sett har väldigt många asylsökande från Somalia/Eritrea angett att de har erfarenhet av traumatiska händelser. Noterbart är att 79 % har angivit att de bevittnat fysiskt våld samt att 28 % angett att de blivit utsatta för sexuellt våld. I jämförelse med nyanlända och asylsökande från Syrien är andelen som angett att de utsatts för sexuellt våld mycket högt (nyanlända syrier 7 %, asylsökande syrier 2 %). Det är viktigt att ha i åtanke att konfidensintervallen runt de asylsökande gruppernas estimat är vida, vilket betyder att uppskattningarna är osäkra (se Bilaga 1).

LEVNADSVILLKOR

I diagram 2 framgår hur respondenterna svarade på frågorna om socialt stöd (ESSI). Genomgående visar diagrammet att många av de nyanlända och asylsökande har ett svagt socialt stöd, men att det är vanligast bland asylsökande från Eritrea och Somalia. I denna grupp uppfyller mer än 70 % kriteriet för att bedömas ha ett svagt socialt stöd. Motsvarande andel bland grupperna av nyanlända och asylsökande från Syrien ligger på runt 60 %.

När det gäller frågorna i vilken utsträckning respondenterna erfarit vissa typer av stressande upplevelser sedan de kommit till Sverige, visar diagram 3 tydligt att många av dessa upplevelser var vanligt förekommande. Generellt sett indikerar resultaten att sådan post-migratorisk stress är något vanligare bland asylsökande än bland nyanlända. Resultaten indikerar också att förekomsten av post-migratorisk stress inte skiljer sig nämnvärt mellan nyanlända kvinnor och nyanlända män.

Av de asylsökande från Eritrea/Somalia uppgav 10 % att de ofta inte känt sig respekterade på grund av sin nationella bakgrund, medan knappt 5 % av de nyanlända och asylsökande från Syrien uppgav samma sak.

Det är vanligare att asylsökande ofta har haft problem med att inhandla förnödenheter för grundläggande behov på grund av brist på pengar, runt en fjärdedel av de asylsökande har uppgivit att så ofta har varit fallet. Bland nyanlända är denna andel betydligt lägre, där 10 % har uppgivit att de ofta upplevt denna typ av svåra ekonomiska bekymmer.

Hälften av alla asylsökande som deltagit i denna studie har uppgett att de ofta känt sig frustrerade på grund av problem att försörja sig själva. Detta kan ställas i kontrast mot gruppen av nyanlända, bland vilka många vid undersökningstillfället uppbar etableringsersättning eller ingick i den reguljära arbetsmarknaden, där motsvarande andel var 30 % (Diagram 3).

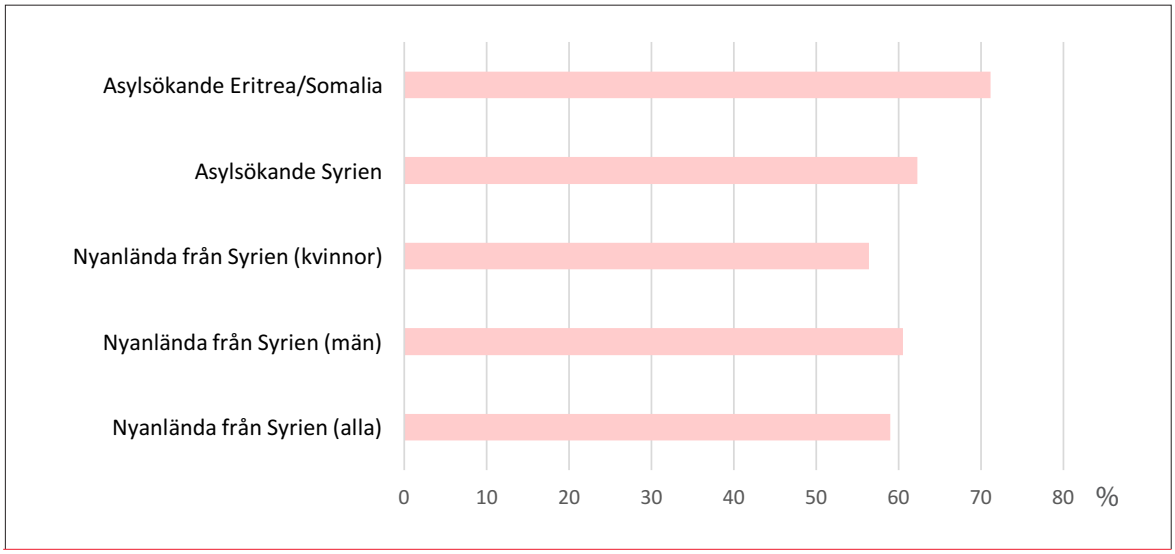


DIAGRAM 2. Andel av nyanlända och asylsökande med svagt socialt stöd.

Avsaknaden av nära anhöriga tycks väldigt ofta bekymra de asylsökande från Eritrea/Somalia (86 %) och asylsökande från Syrien (68 %). Men avsaknad av nära anhöriga utgör ofta också ett stort bekymmer bland de nyanlända, bland vilka omkring hälften har uppgett att avsaknad av nära anhörig ofta har gjort dem ledsna (Diagram 3).

En dryg tredjedel av de asylsökande har ofta känt sig exkluderade och isolerade i det svenska samhället. Bland de nyanlända hade var femte ofta upplevt detta.

Mellan 40 och 50 % av de nyanlända och asylsökande har ofta upplevt frustration på grund av bristande möjligheter att använda sin kompetens i Sverige. Vidare indikerar resultaten att denna typ av frustration är vanligast bland asylsökande från Syrien även om konfidensintervallen till viss del överlappar (se Bilaga 1).

Ungefär hälften av de asylsökande från Syrien rapporterade att de ofta har haft besvärande problem att kommunicera på svenska, medan motsvarande andel bland nyanlända och asylsökande från Eritrea/Somalia uppgick till omkring 40 %. Frågan om man ofta har upplevt problem med att kommunicera på svenska bör inte tolkas som ett mått på kunskaper i det svenska språket. Den ska snarare tolkas som att sådana typer av kommunikationsproblem ofta bekymrar individen. Därmed kan också individens vilja och ambitioner att kunna göra sig förstådd på svenska inverka på hur frågan besvaras.

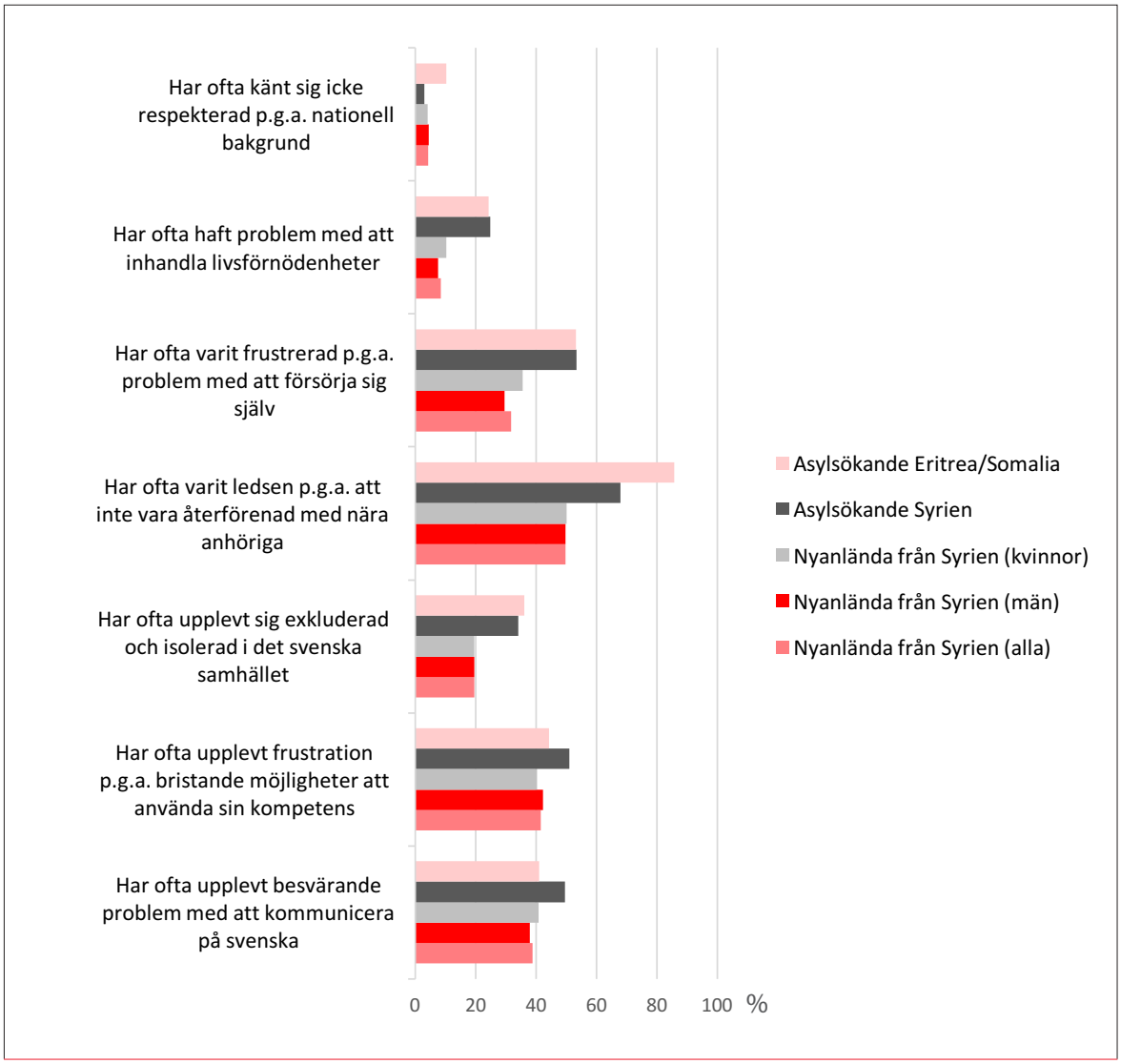


DIAGRAM 3. Andel av nyanlända och asylsökande som har erfarenheter av olika typer av stressande upplevelser i Sverige (post-migratorisk stress).

PREVALENS AV PSYKISK OHÄLSA

För att uppskatta förekomsten av psykisk ohälsa användes, som tidigare beskrivits, tre kompletterande mått som här avser att identifiera individer med depression/ångest, PTSD respektive lågt välbefinnande. I tabell 3 redovisas förekomsten av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande separat för de olika studiegrupperna, nyanlända från Syrien, asylsökande från Syrien och asylsökande från Eritrea/Somalia. Då dessa tre studiepopulationer inte är helt representativa redovisas även sociodemografiskt viktade prevalensskattningar för respektive population som kompletterande information. Dessa viktade prevalensskattningar skiljer sig ganska marginellt från de oviktade skattningarna, vilket kan tolkas som att det faktum att studiepopulationerna inte är helt representativa med avseende på sociodemografi inte påverkar prevalensskattningarna nämnvärt.

Bland nyanlända från Syrien är prevalensen av depression/ångest 36,1 %, medan 30,1 % uppfyller de uppsatta kriterierna för PTSD och 38,3 % har lågt välbefinnande. Bland asylsökande från Syrien tycks den psykiska ohälsan vara något vanligare även om inga statistiska signifikanta skillnader kan påvisas. I denna grupp är prevalensen av depression/ångest 42,3 %, medan den är 32,0 % och 47,1 % för PTSD respektive för lågt välbefinnande. Bland asylsökande från Eritrea/Somalia indikerar resultaten att den psykiska ohälsan är än mer utbredd (depression/ångest 53,0 %, PTSD 46,0 % och lågt välbefinnande 58,0 %). Det bör noteras att konfidensintervallen runt dessa skattningar för asylsökande är vida, vilket innebär att prevalensskattningarna är mer osäkra i dessa fall.

TABELL 3. Andel av nyanlända och asylsökande med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande med tillhörande 95-procentiga konfidensintervall (KI).

	Prevalens		Viktade prevalensestimat
	n	% (95 KI)	% (95 KI)
Nyanlända Syrien			
Depression/ångest	1197	36,1 (33,3-38,8)	36,1 (33,0- 39,3)
PTSD	1152	30,1 (28,0-33,3)	29,9 (27,0-32,8)
Lågt välbefinnande	1179	38,3 (35,5-40,1)	37,7 (34,7-40,7)
Asylsökande Syrien			
Depression/ångest	103	42,3 (32,7-52,0)	42,6 (32,9-52,3)
PTSD	99	32,0 (22,7-41,3)	32,3 (22,5-42,3)
Lågt välbefinnande	103	47,1 (37,4-56,9)	46,9 (37,0-56,8)
Asylsökande Eritrea/Somalia			
Depression/ångest	57	53,0 (40,0-67,0)	55,8 (42,1-69,6)
PTSD	55	46,0 (33,0-60,0)	52,4 (38,3-66,6)
Lågt välbefinnande	58	58,0 (45,0-71,0)	62,0 (48,2-75,8)

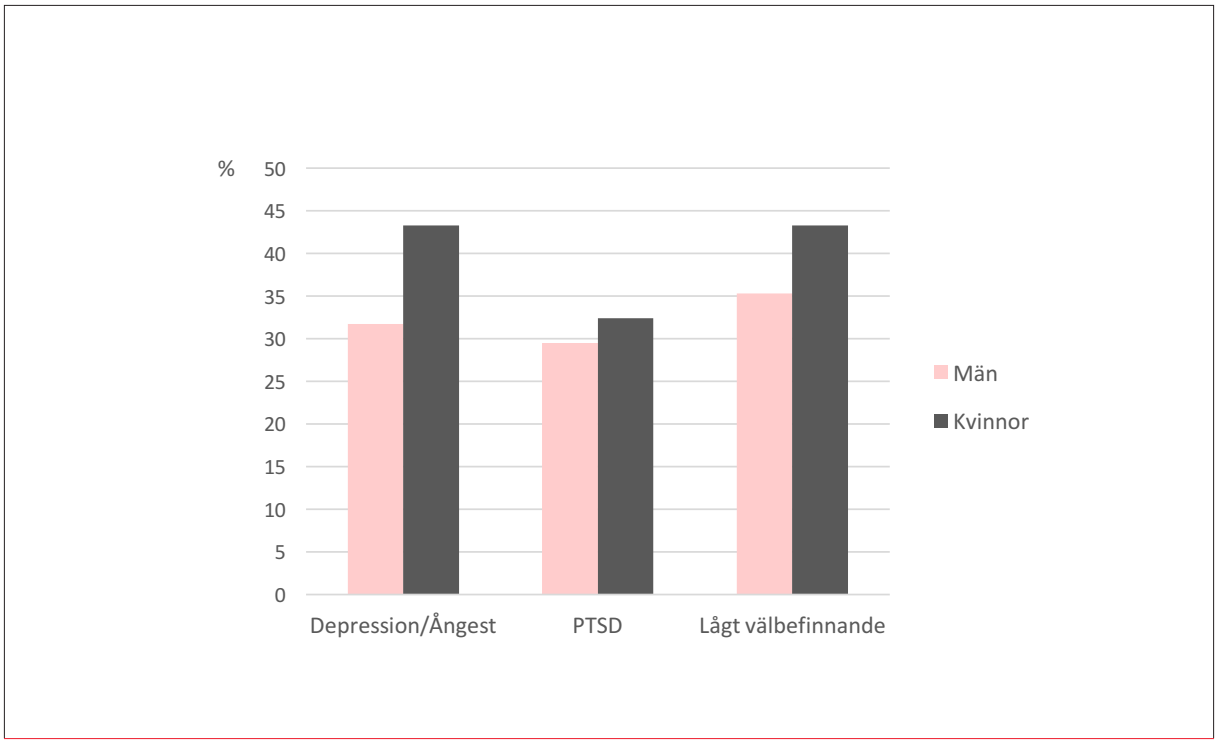


DIAGRAM 4. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på män och kvinnor, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

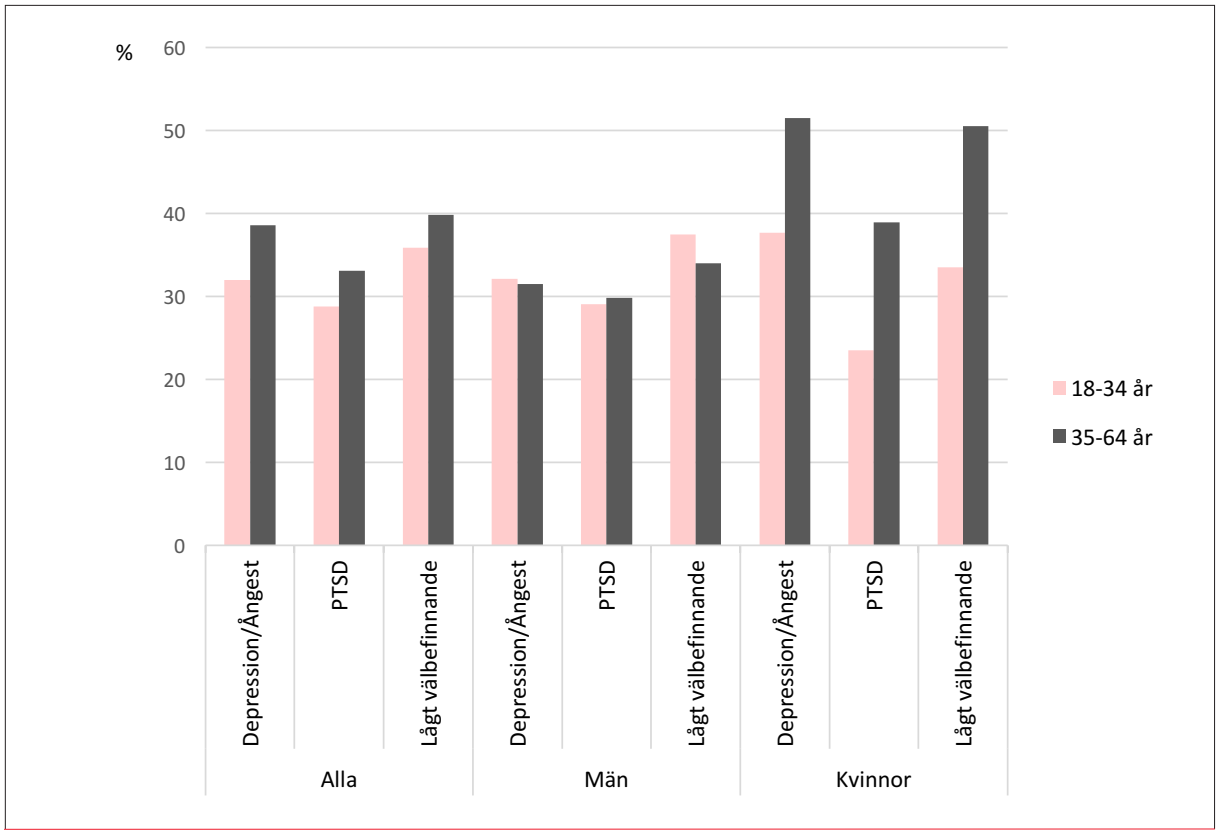


DIAGRAM 5. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på ålder, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

STRATIFIERADE PREVALENSANALYSER

För att undersöka om det finns grupper inom studiepopulationen av nyanlända, med särskilt hög förekomst av psykisk ohälsa, gjordes ett antal stratifierade prevalensanalyser.

Resultaten av dessa analyser visade bland annat att psykisk ohälsa är vanligare bland nyanlända kvinnor från Syrien än bland nyanlända män från Syrien (Diagram 4). Den mest påtagliga skillnaden mellan män och kvinnor visade sig i förekomsten av depression/ångest, där 43 % av kvinnorna tydligt anger sådana symtom, medan motsvarande andel bland männen är 32 %. Skillnaderna i PTSD och lågt välbefinnande är mindre markant mellan män och kvinnor även om resultaten signalerar att lågt välbefinnande tycks vara vanligare bland de nyanlända kvinnorna.

När det gäller förekomsten av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande bland nyanlända uppdelat på ålder, kan man se att psykisk ohälsa tycks vara något vanligare bland de äldre (Diagram 5). Dock är inga av dessa skillnader statistiskt signifikanta (för detaljer se Bilaga 1) och skillnaderna är inte heller särskilt stora. När dessa åldersstratifierade analyser genomförs separat för män och kvinnor framkommer dock tydliga skillnader mellan könen. Bland nyanlända kvinnor är psykisk ohälsa betydligt vanligare bland de äldre än vad den är bland de yngre. Bland de nyanlända männen ser däremot förekomsten av psykisk ohälsa inte ut att skilja sig nämnvärt åt mellan de yngre och de äldre. Värt att notera är att hela 52 % av de nyanlända kvinnorna i den äldre ålderskategorin uppfyller de uppsatta kriterierna för depression/ångest. Detta kan jämföras med motsvarande andel bland de nyanlända äldre männen som uppgår till 32 %.

I diagram 6 illustreras sambandet mellan utbildningsnivå och psykisk ohälsa bland nyanlända. Förekomsten av PTSD och depression/ångest tycks var något högre bland de med en lägre utbildningsnivå. Med avseende på lågt välbefinnande är däremot mönstret det omvända, då förekomsten av lågt välbefinnande faktiskt är högre bland de högutbildade. Särskilt tydligt är detta bland kvinnorna där 51 % i den högutbildade gruppen uppfyller kriterierna för lågt välbefinnande, vilket kan jämföras med att 38 % av de lågutbildade kvinnorna uppfyller samma kriterier.

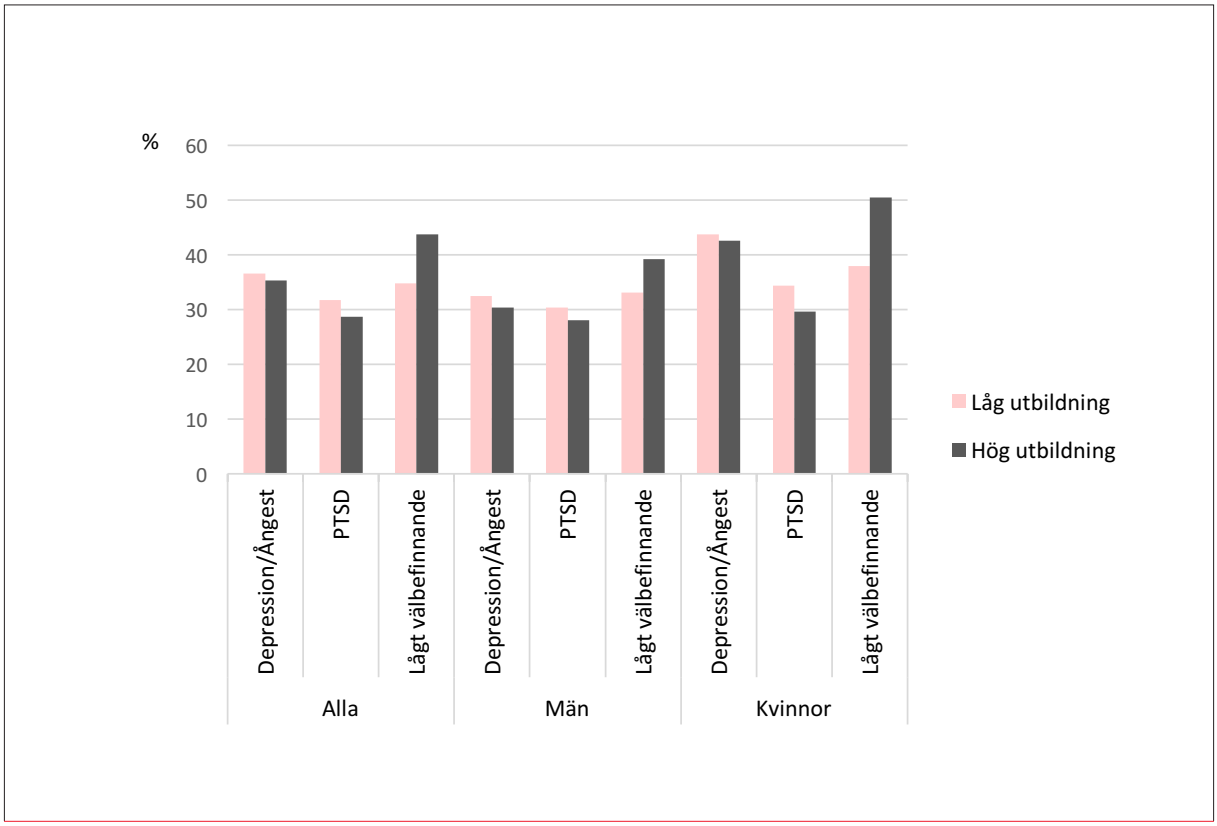


DIAGRAM 6. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på högutbildade och lågutbildade, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

DIAGRAM 7. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de med eller utan förvärvsinkomst, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

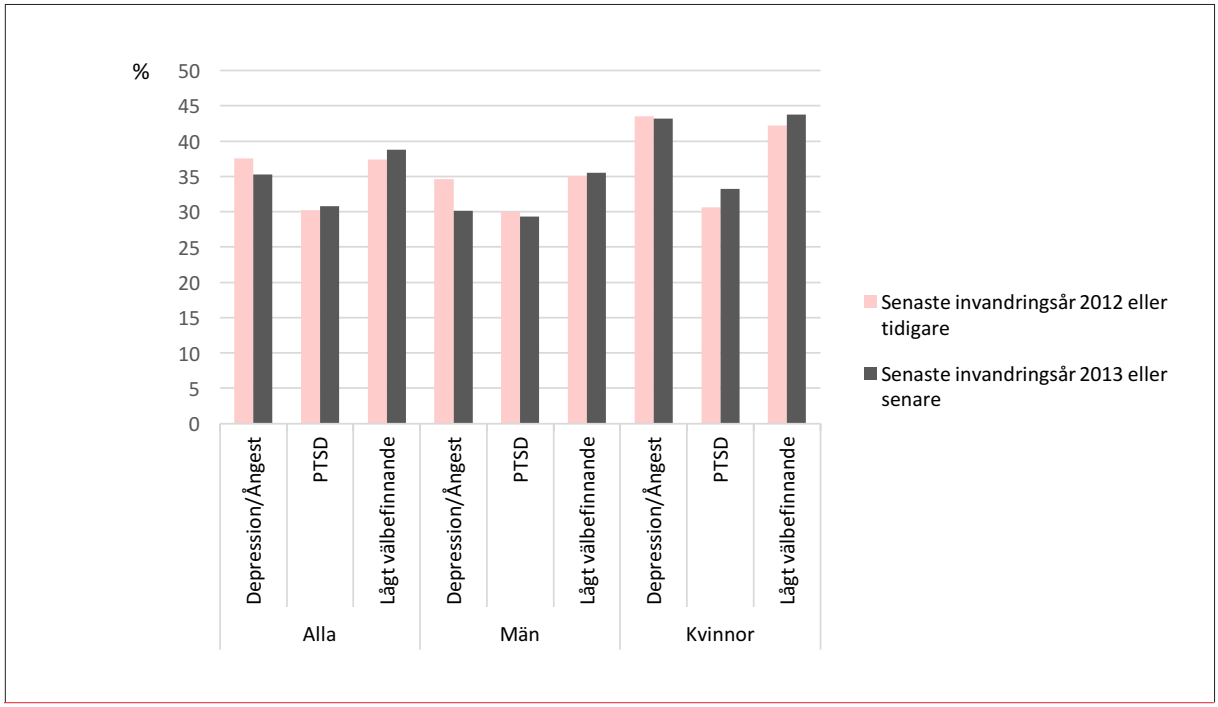


DIAGRAM 8. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på senaste invandringsår, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

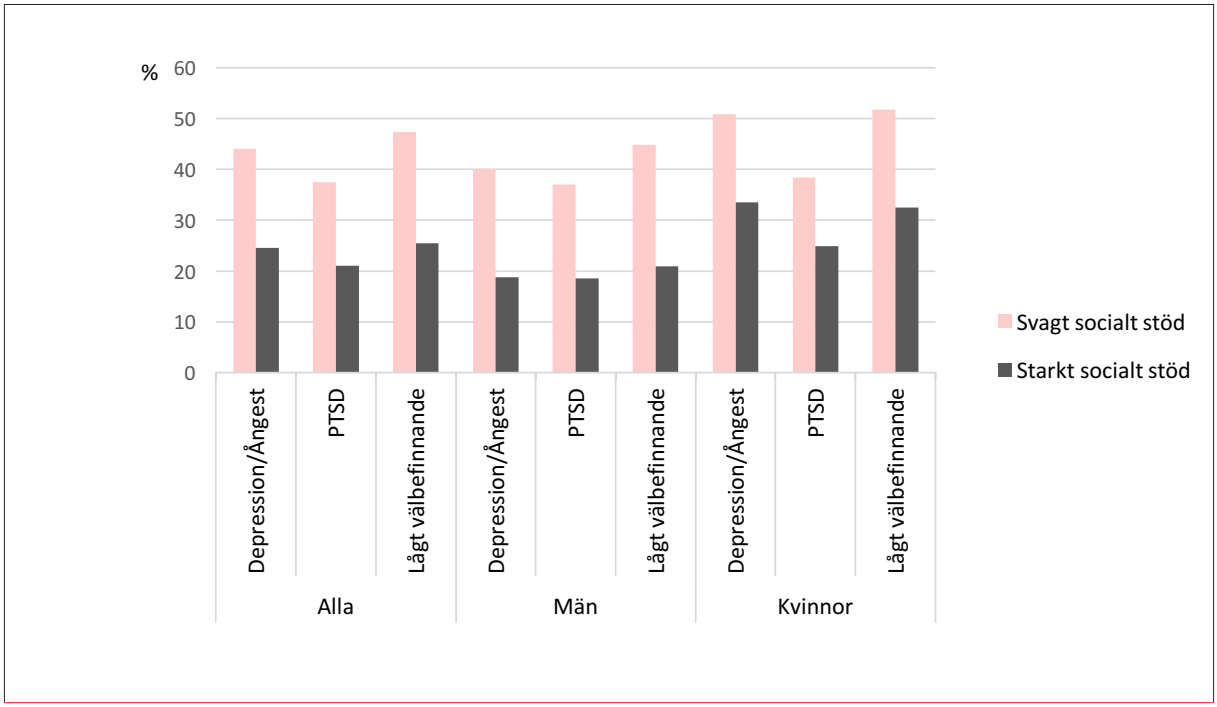


DIAGRAM 9. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de med starkt respektive svagt socialt stöd, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

Bland nyanlända utan förvärvsinkomst 2014 var risken för depression/ångest, PTSD samt lågt välbefinnande något förhöjd (Diagram 7). I dessa stratifierade prevalensanalyser kan man också möjligtvis utläsa en tendens som pekar på att förvärvsinkomst har en större betydelse för de nyanlända männens psykiska hälsa. Det bör påpekas att inga av de skillnader som kan observeras i diagram 7 är statistiskt signifikanta (för detaljer se Bilaga 1) samt att väldigt många av de nyanlända som trots allt hade en förvärvsinkomst under 2014 hade en mycket låg sådan inkomst.

Skillnaderna i förekomst av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande var marginella med avseende på invandringsår (Diagram 8). Detta innebär alltså att hur länge man har varit i Sverige inte tycks ha någon inverkan på den psykiska hälsan bland nyanlända i denna studie. Om populationen av nyanlända hade haft en större spridning rörande invandringsår är det dock mycket troligt att resultaten hade blivit annorlunda.

I diagram 9 kan man tydligt se att svagt socialt stöd har ett starkt samband med alla de tre typer av psykisk ohälsa som studeras i rapporten. Detta samband verkar vara något starkare bland de nyanlända männen än det är bland de nyanlända kvinnorna.

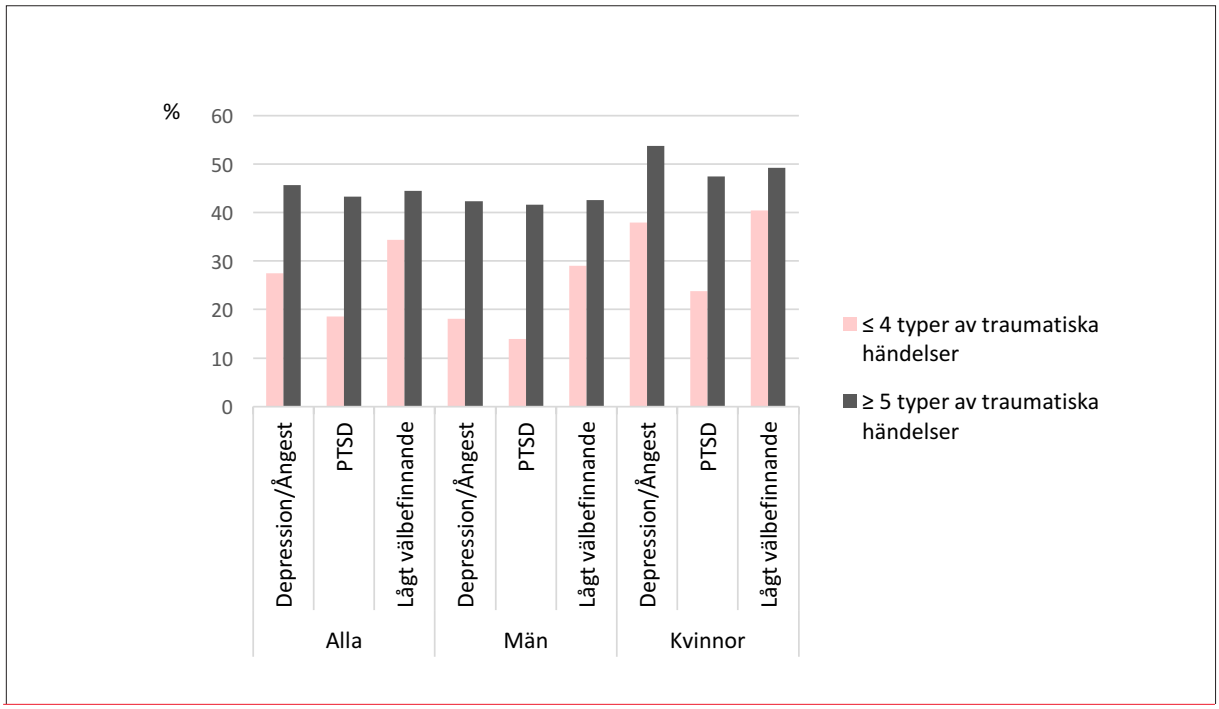


DIAGRAM 10. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de med erfarenhet av ≥4 eller ≥5 traumatiska händelser, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

Studien visar på påtagliga skillnader i psykisk ohälsa mellan personer som varit utsatta för tortyr och de som inte varit det (Diagram 11), samt mellan personer som varit utsatta för fem eller fler traumatiska händelser, jämfört med de som varit utsatta för färre (Diagram 10). Detta gäller för depression/ångest, PTSD så väl som för lågt välbefinnande. Skillnaderna var minst när det gäller lågt välbefinnande.

Skillnaderna i förekomst av depression/ångest samt PTSD mellan grupper som angett att de varit utsatta för tortyr respektive inte varit utsatta för tortyr, och utsatta för mindre eller lika med fyra typer av trauman eller fem eller fler typer av trauman ligger i storleksordningen 18-25 procentenheter. Exempelvis uppfyller 44 % av de personer som angett att de varit utsatta för tortyr kriterierna för PTSD, medan 24 % av de som inte varit utsatta för tortyr uppfyller kriterierna för PTSD. Gällande mindre eller lika med fyra typer av trauman eller fem eller fler typer av trauman är förekomsten av PTSD 19 % respektive 43 %.

Diagram 12 visar att psykisk ohälsa är betydligt mer vanligt bland individer som har uppgett att de ofta inte har respekterats på grund av sin nationella bakgrund. Som exempel kan nämnas att hela 73 % av de som ofta hade upplevt att de inte känt sig respekterade på grund av sin nationella bakgrund uppfyllde kriteriet för depression/ångest, vilket är nästan 40 procentenheter högre än motsvarande andel i den övriga populationen av nyanlända. Det tycks däremot inte finns några stora påtagliga könsskillnader i detta avseende.

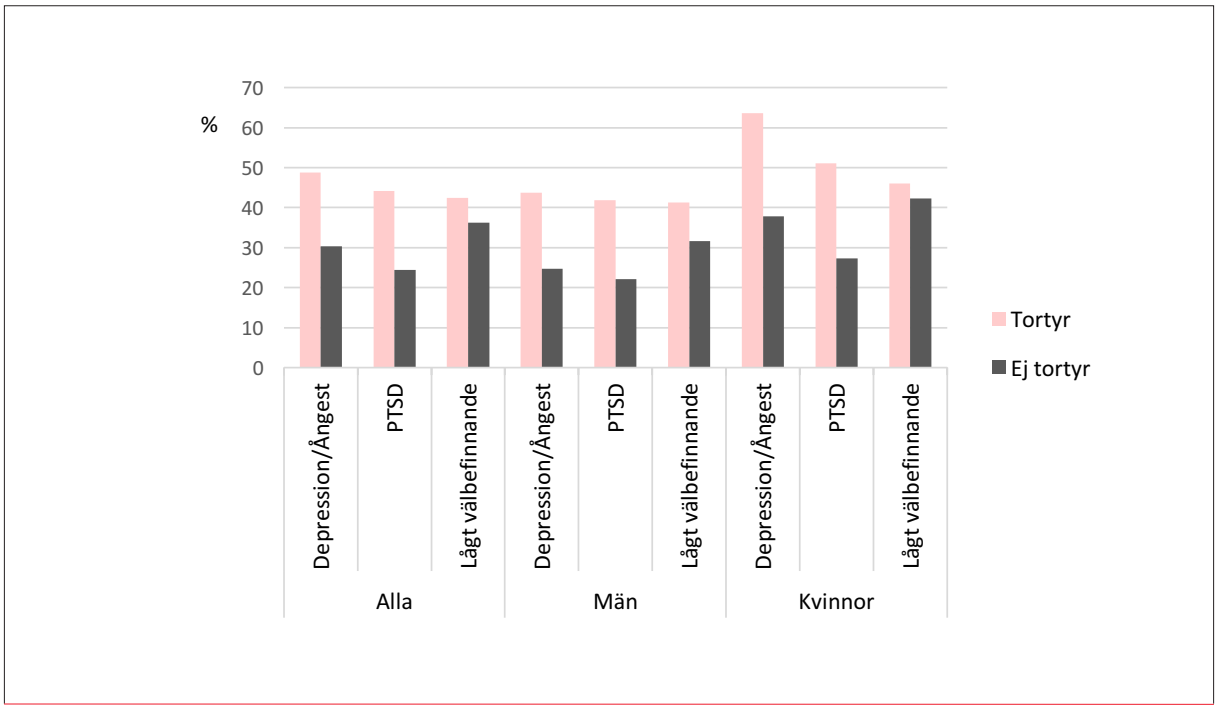


DIAGRAM 11. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som upplevt tortyr eller inte, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

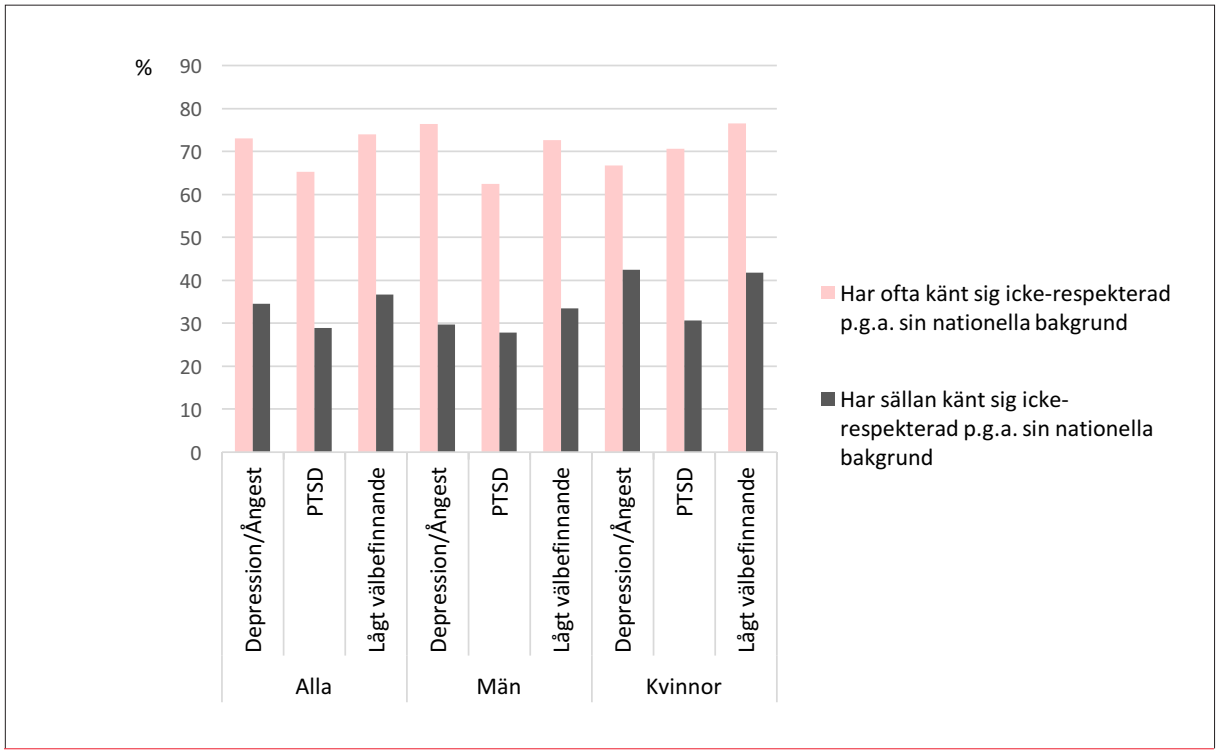


DIAGRAM 12. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan känt sig icke-respekterade på grund av sin nationella bakgrund, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

Bland nyanlända som uppgivit att de ofta varit frustrerade på grund av problem med att försörja sig själva i Sverige var förekomsten av psykisk ohälsa mycket hög (Diagram 13). Exempelvis hade hela sex av tio av dessa depression/ångest. Bland dem som inte hade känt denna sorts frustration hade däremot knappt var fjärde depression/ångest.

Att ha ekonomiska bekymmer i den omfattningen att man ofta har haft problem att inhandla livsförnödenheter har ett starkt samband med depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande för både män och kvinnor (Diagram 14). Det som sticker ut något är att hela 74 % av de nyanlända kvinnorna som uppgett att de ofta har haft problem med att inhandla förnödenheter för grundläggande behov också har depression/ångest.

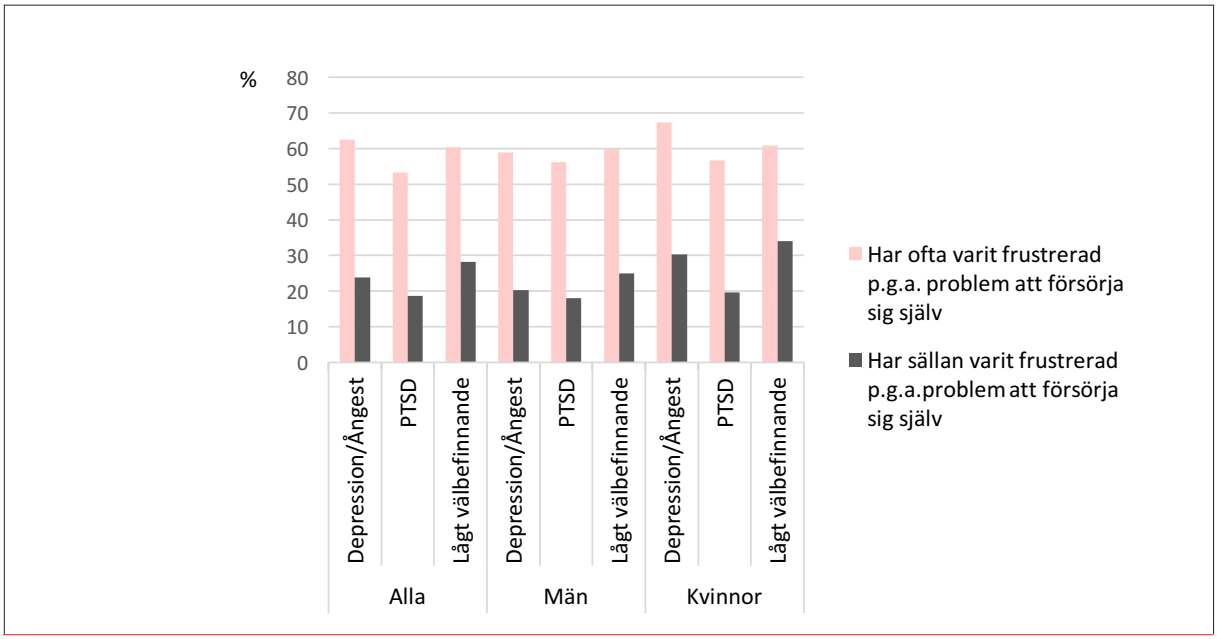


DIAGRAM 13. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan varit frustrerade p.g.a. problem att försörja sig själv, med psykisk ohälsa, i form av depression/ ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

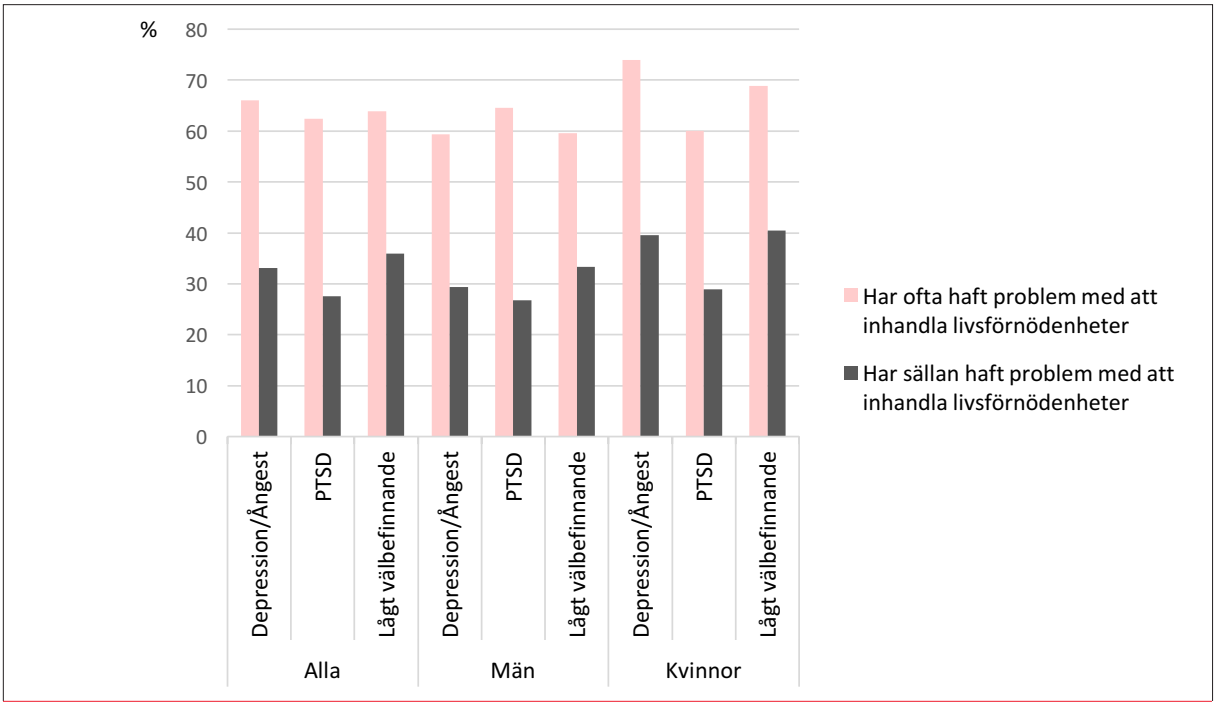


DIAGRAM 14. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan haft problem med att inhandla livsförnödenheter, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

Psykisk ohälsa i form av depression/ångest, PTSD eller lågt välbefinnande var vanligt förekommande bland nyanlända som ofta känt sig exkluderade och isolerade i det svenska samhället (Diagram 15). Exempelvis fann vi att mer än 60 % av de som ofta känt sig exkluderade och isolerade i Sverige uppfyllde de uppsatta kriterierna för depression/ångest och lågt välbefinnande, medan motsvarande andel bland övriga nyanlända låg på ungefär 30 % (Diagram 15).

Vi fann också att nyanlända som ofta har varit ledsna på grund av att de inte var återförenade med nära anhöriga hade en ökad risk för alla de tre formerna av psykisk ohälsa som studerats (Diagram 16). Det ser dessutom ut som att detta samband var något starkare bland de nyanlända männen.

DIAGRAM 15. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan känt sig exkluderade och isolerad i det svenska samhället, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

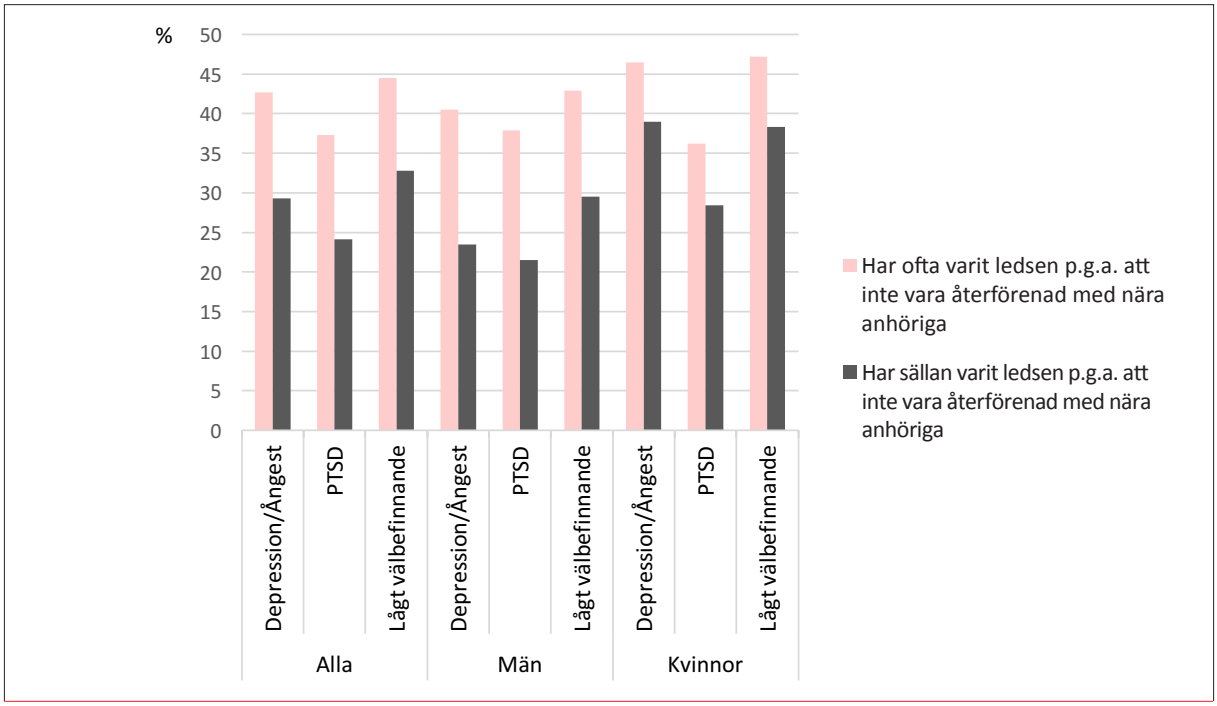


DIAGRAM 16. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan varit ledsna p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

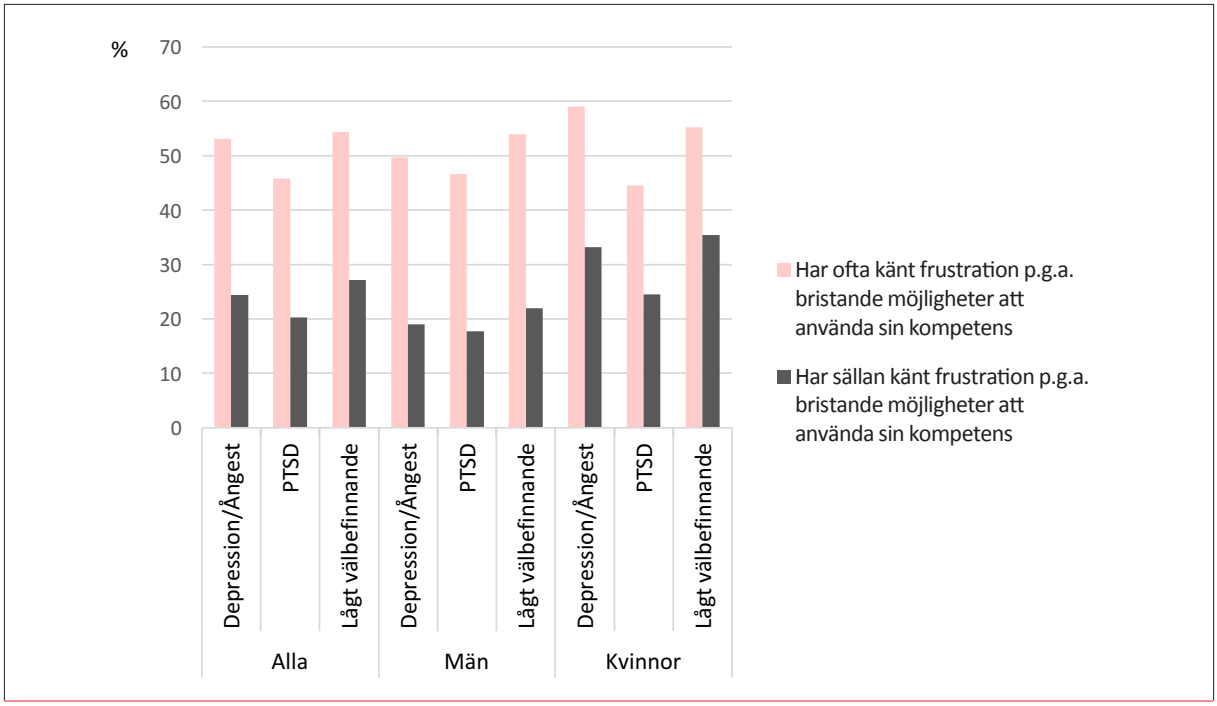


DIAGRAM 17. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan känt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

Att känna frustration på grund av bristande möjlighet att använda sin kompetens i Sverige visade sig var starkt kopplat till en ökad risk för psykisk ohälsa (Diagram 17). Bland nyanlända som ofta upplevt denna typ av frustration var förekomsten av depression/ångest och lågt välbefinnande drygt 50 %, medan förekomsten av PTSD låg på drygt 45 %. Det fanns även vissa tendenser som kan tolkas som att bristande möjligheter att utnyttja sin kompetens i Sverige påverkar de nyanlända männens psykiska hälsa i större utsträckning.

Bland de nyanlända som ofta har upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska var den psykiska ohälsan särskilt utbredd, detta oberoende om det gällde depression/ångest, PTSD eller lågt välbefinnande (Diagram 18). Noterbart är att förekomsten av PTSD är hela 45 % bland nyanlända män som ofta upplevt besvärande kommunikationsproblem, medan motsvarande andel bland övriga nyanlända män är 20 %.

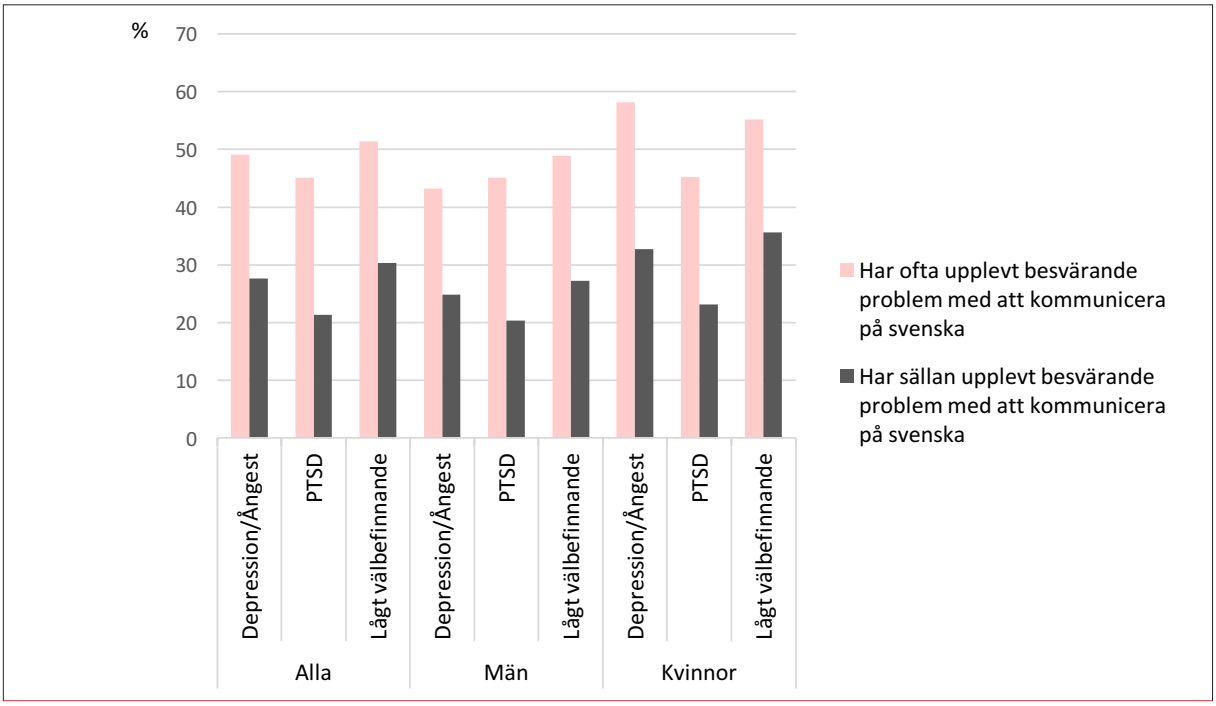


DIAGRAM 18. Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska, med psykisk ohälsa, i form av depression/ ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

MULTIVARIABLA ANALYSER

De multivariabla analyserna visade att svagt socialt stöd, ofta känt sig icke-respekterad på grund av nationell bakgrund, ofta upplevt sig vara exkluderad och isolerad i det svenska samhället samt ofta upplevt frustation på grund av bristande möjligheter att använda sin kompetens medförde en ökad risk för depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande i de justerade modellerna (Modell 2a, 2b och 2c). De som varit utsatta för tortyr hade en förhöjd risk för depression/ångest och PTSD (Modell 2a och 2b), dock inte för lågt välbefinnande (Modell 2c). Att ofta ha varit ledsen på grund av saknad av nära anhöriga hade ett statistiskt säkerställt ($p<0.05$) samband med PTSD och lågt välbefinnande (2b och 2c), medan att ofta ha upplevt frustration på grund av bristande möjligheter att försörja sig själv innebar en ökad risk för depression/ångest och lågt välbefinnande (Modell 2a och 2c). Noterbart är att de multivariabla analyserna också visade att nyanlända som uppgett att de ofta upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska enbart hade en förhöjd risk för PTSD, men inte för depression/ångest eller lågt välbefinnande. Slutligen bör det något oväntade fyndet att nyanlända med hög utbildning har en förhöjd risk för lågt välbefinnande noteras (Modell 2c). Detta ska tolkas i relation till att utbildning inte hade ett statistiskt säkerställt samband med depression/ångest och PTSD i någon av de multivariabla modellerna (1a, 1b, 2a, 2b).

TABELL 4. Multivariabla logistiska regressionsanalyser av potentiella riskfaktorers samband med depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande bland nyanlända från Syrien. Resultaten presenteras som oddskvoter med 95-procentiga konfidensintervall. (För närmare beskrivning av modellerna se avsnitt om statistisk bearbetning.)

	Depression/ångest		PTSD		Lågt välbefinnande	
	Modell 1a (n=1025)	Modell 2a (n=1025)	Modell 1b (n=994)	Modell 2b (n=994)	Modell 1c (n=1014)	Modell 2c (n=1014)
Kön						
Kvinna	1	1	1	1	1	1
Man	0,46 (0,35-0,61)	0,48 (0,35-0,66)	0,65 (0,48-0,88)	0,76 (0,55-1,06)	0,68 (0,51-0,89)	0,76 (0,56-1,02)
Ålder						
18-34	1	1	1	1	1	1
35-64	1,34 (1,01-1,77)	1,15 (0,84-1,58)	1,33 (0,99-1,78)	1,07 (0,73-1,49)	1,11 (0,84-1,46)	0,95 (0,70-1,29)
Utbildning						
Ej eftergymnasial	1	1	1	1	1	1
Eftergymnasial	0,91 (0,69-1,21)	0,93 (0,68-1,28)	0,89 (0,66-1,20)	0,92 (0,67-1,32)	1,34 (1,02-1,76)	1,45 (1,07-1,95)
Socialt stöd						
Starkt	1	1	1	1	1	1
Svagt	2,26 (1,70-3,00)	1,80 (1,32-2,45)	2,03 (1,51-2,73)	1,57 (1,13-2,18)	2,59 (1,96-3,40)	2,19 (1,63-2,95)
Utsatt för tortyr						
Nej	1	1	1	1	1	1
Ja	2,53 (1,88-3,99)	2,36 (1,70-3,27)	2,60 (1,92-3,52)	2,41 (1,72-3,37)	1,31 (0,97-1,75)	1,08 (0,78-1,48)
Har ofta inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund						
Nej		1		1		1
Ja		3,56 (1,61-7,91)		2,98 (1,36-6,58)		3,55 (1,59-7,90)
Har ofta haft problem med att inhandla livsförnödenheter						
Nej		1		1		1
Ja		1,95 (1,32-3,37)		1,99 (1,15-3,44)		1,76 (1,03-3,00)
Har ofta varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga						
Nej		1		1		1
Ja		1,28 (0,95-1,73)		1,39 (1,01-1,91)		1,33 (1,00-1,78)
Har ofta upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället						
Nej		1		1		1
Ja		1,87 (1,27-2,74)		1,64 (1,11-2,44)		1,71 (1,17-2,49)
Har ofta upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens						
Nej		1		1		1
Ja		1,48 (1,06-2,07)		1,28 (0,89-1,82)		1,43 (1,04-1,97)
Har ofta upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska						
Nej		1		1		1
Ja		1,12 (0,81-1,54)		1,42 (1,03-1,98)		1,34 (0,98-1,81)
Har ofta varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv						
Nej		1		1		1
Ja		3,31 (2,37-4,63)		3,64 (2,57-5,18)		2,70 (1,94-3,75)

Diskussion

Resultaten från denna studie visar tydligt att den psykiska ohälsan i Sverige 2016 är mycket utbredd bland nyanlända från Syrien och bland asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien. Bland nyanlända från Syrien har var tredje en högst påtaglig depressions- eller ångestproblematik, detta samtidigt som 30 % uppger symtom som stämmer överens med en PTSD-diagnos. Studien indikerar dessutom att psykisk ohälsa i form av depression, ångest, PTSD och lågt välbefinnande är betydligt vanligare bland asylsökande, särskilt bland asylsökande från Eritrea och Somalia.

Studien syftade även till att kartlägga levnadsförhållanden, post-migratorisk stress, samt erfarenheter av potentiellt traumatiserande händelser bland nyanlända från Syrien samt asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia. När det gäller levnadsförhållanden har nära och stödjande relationer, det vill säga socialt stöd, länge betraktats som en mycket viktig faktor som skyddar och bidrar till människors hälsa och välbefinnande i utsatta situationer [61]. Noterbart i denna studie är att över 60 % av de nyanlända och asylsökande från Syrien har svarat på ett sätt som indikerar att de har ett svagt socialt stöd. Andelen av asylsökande från Eritrea och Somalia med svagt socialt stöd var över 70 %. Det är i sammanhanget också viktigt att lyfta fram att olika former av post-migratorisk stress (inbegripande bland annat svåra ekonomiska bekymmer, frustration kopplat till begränsade möjligheter att försörja sig själv, saknad av nära anhöriga och att inte känna sig respekterad på grund av sin nationella bakgrund) var vanligt förekommande i samtliga studerade grupper, men tycks vara särskilt vanligt bland de asylsökande. Nästan alla studiedeltagare hade dessutom angett att de varit utsatta för någon typ av trauma i sitt tidigare hemland eller under sin tid på flykt. Bland nyanlända från Syrien angav drygt 30 % att de blivit utsatta för tortyr. Bland asylsökande, där uppskattningarna är betydligt mer osäkra på grund av det mindre undersökningsunderlaget, angav 25 % av de asylsökande från Syrien och 87 % av de asylsökande från Eritrea och Somalia att de blivit utsatta för tortyr.

De analyser som syftade till att identifiera undergrupper inom studiepopulationen av nyanlända från Syrien, med särskilt hög förekomst av psykisk ohälsa, visade att psykisk ohälsa var vanligt bland individer med svagt socialt stöd, betydande post-migratorisk stress samt bland de som erfarit tortyr. Detta bekräftades även till stor del av de explorativa multivariabla regressionsanalyserna.

RESULTATDISKUSSION

Prevalensuppskattningarna av psykisk ohälsa i denna studie är överlag i paritet med de som har rapporterats från välgjorda studier av flyktingars psykiska hälsa [10, 11]. I en mindre svensk studie från 2009 av irakiska flyktingar i åldern 18-48 år, fann man att 38 % uppfyllde kriterierna för PTSD [62]. Förekomsten av depression/ångest och PTSD bland asylsökande från Eritrea och Somalia verkar dock vara högre i vår studie än vad man vanligtvis brukar se bland flyktinggrupper.

Det kan vara svårt att jämföra studier med varandra. Oavsett detta tror vi att det är möjligt att genom jämförelser med andra prevalensstudier få en övergripande uppfattning om hur prevalenserna framtagna i denna studie förhåller sig till motsvarande typer av prevalenser i den allmänna befolkningen. I exempelvis en norsk populationsbaserad studie från 2003, där man använde ett mått som är nära besläktat med HSCL-25, uppskattades förekomsten av depression/ångest i befolkningen till 11 % [63]. I en stor svensk populationsbaserad studie om psykisk ohälsa fann man att 12-månadares prevalensen av depression/ångest var 14 %. I den svenska folkhälsoen-

käten har man under många år använt sig av GHQ-12 (General Health Questionnaire-12) för att uppskatta den psykiska ohälsan, ett mått som huvudsakligen mäter lågt välbefinnande[64]. Där uppskattades prevalensen av psykisk ohälsa 2016 till 17 %[65]. PTSD är av förklarliga skäl betydligt ovanligare i den allmänna befolkningen än vad det är bland flyktingar. I en populationsbaserad svensk studie uppskattades livstidsförekomsten av PTSD till 6 %. 12-månaders prevalens av PTSD har i en stor europeisk samarbetsstudie uppskattats till 1 % i den allmänna befolkningen[66], vilket är en enorm skillnad mot de prevalenser på 30 % eller över som uppskattats i denna studie. Detta indikerar att förekomsten av depression/ångest är ungefär tre gånger så vanligt bland nyanlända från Syrien (och ännu vanligare bland asylsökande) än vad som är fallet i den allmänna befolkningen. Jämförelserna indikerar vidare att lågt välbefinnande är åtminstone dubbelt så vanligt bland nyanlända och omkring tre gånger så vanligt bland asylsökande som i den allmänna befolkningen.

Den stora andel av de nyanlända och asylsökande från Syrien som uppgett att de erfarit traumatiska händelser överensstämmer till stor del med vad som rapporterats i tidigare studier av flyktingar. Detta gäller till exempel andelen som uppgett att de har erfarenhet av krig på nära håll och tortyr. I gruppen asylsökande från Eritrea och Somalia är andelen som upplevt olika typer av trauman anmärkningsvärt hög. Andelen som uppgett att de erfarit tortyr är 87 % vilket är högre än vad man funnit i någon tidigare studie av flyktingar[67]. Att ha upplevt dessa traumatiska händelser, i synnerhet tortyr, har ett tydligt samband med psykisk ohälsa och vår studie bekräftar att tortyr är en mycket viktig orsak till psykisk ohälsa bland flyktingar.

Bland nyanlända kvinnor från Syrien i åldern 35 till 64 år är psykisk ohälsa särskilt vanligt. Mer än varannan av dessa kvinnor har påtagliga depressions- eller ångestsymtom, vilket är betydligt vanligare än vad som är fallet bland nyanlända män i samma ålder och bland yngre nyanlända kvinnor. Ålder tycks däremot inte ha något samband med psykisk ohälsa bland de nyanlända männen från Syrien. Att den psykiska ohälsan bland de nyanlända medelålders kvinnorna är särskilt utbredd är i linje med andra studier som har genomförts bland befolkningsgrupper utan flyktingbakgrund[68].

Det påvisade sambandet mellan svagt socialt stöd och psykisk ohälsa hos nyanlända och asylsökanden i denna studie, är i linje med den existerande forskningslitteraturen om sociala relationers gynnsamma effekt på psykisk hälsa[69, 70]. Att socialt stöd kan ha betydelse för människors psykiska hälsa i utsatta situationer kan dels förklaras som att nära och stödjande relationer, genom råd och emotionell bekräftelse, utgör en resurs för människor i hantering av påfrestningar och stressande livshändelser[61]. Samtidigt tyder mycket forskning på att dessa relationer även har en direkt gynnsam effekt på emotionellt välbefinnande, genom vardagligt samspel, delade aktiviteter, och förstärkning av en känsla att tillhöra ett socialt sammanhang[69]. Med detta i åtanke kan insatser för att stärka det sociala stödet och öka det sociala deltagandet ha en stor betydelse för den psykiska hälsan bland flyktingar, vilka per definition har lämnat sitt sociala sammanhang.

Enligt de explorativa multivariabla analyserna hade nyanlända som uppgivit att de ofta har besvärats av kommunikationsproblem, en högre sannolikhet för att ha PTSD, däremot inte depression/ångest eller lågt välbefinnande, varför det specifika sambandet mellan PTSD och kommunikationsproblem bör särskilt beaktas. Tidigare studier har förvisso rapporterat att PTSD är kopplat till kognitiva svårigheter

som till exempel vid inlärning av ett nytt språk, men att besvärande kommunikationsproblem och PTSD har ett samband har inte tidigare visats. Inlärningen av och färdigheter i det nya landets språk är av stor betydelse för etableringsprocessen. Detta indikerar att adekvat behandling för PTSD-relaterade besvär kan underlätta flyktingars etablering.

Utöver kommunikationssvårigheter visade även andra former av post-migratorisk stress tydliga samband med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan i sig orsaka ogynnsamma levnadsförhållanden, men det är mycket sannolikt att post-migratorisk stress kan bidra till en ökad risk för psykisk ohälsa, särskilt om en sårbarhet på grund av traumatiska livshändelser från före flykten redan föreligger.

METODDISKUSSION

Föreliggande studie kan, som en av de största studierna av sitt slag under de senaste åren, erbjuda viktiga och tillförlitliga resultat om psykisk ohälsa, traumahistorik och levnadsförhållanden bland framför allt gruppen med nyanlända från Syrien. Att studien är baserad på ett randomiserat urval av alla vuxna nyanlända från Syrien som blev kommunmottagna mellan 2011-2013 samt att det dessutom finns information om hur deltagarna skiljer sig gentemot de som inte deltar (bortfallet) utgör en stor styrka. Då många tidigare studier av flyktinggrupper är baserade på icke-representativa studiepopulationer utgör resultatet från denna studie ett viktigt bidrag till kunskapsområdet om flyktingars hälsa. En annan styrka är det systematiska sätt på vilket frågeformuläret har utvecklats, anpassats och utvärderats. Robust psykometrisk, kulturell och språklig anpassning av självskattningsformulär är möjligen ännu viktigare då man undersöker fenomen såsom psykisk ohälsa. Individens bakgrund påverkar starkt upplevelse och uttryck av psykisk ohälsa samt individens benägenhet att dela med sig av personlig information som exempelvis traumahistorik, levnadsvillkor och psykisk ohälsa. Det finns dock metodologiska aspekter och begränsningar i denna studie som bör beaktas för att förstå och tolka resultaten i dess sammanhang.

Svarsfrekvensen i enkätstudierna var 30,4% respektive 47,4 %, vilket kan tyckas lågt särskilt i jämförelse med undersökningar som är gjorda i den allmänna befolkningen. Ett betydande bortfall var dock förväntat av ett flertal anledningar som är relaterade till flyktingars särskilda livssituation. För det första behandlade enkätundersökningarna psykisk ohälsa, en företeelse som potentiellt är mer stigmatiserande i Eritrea, Somalia och Syrien än i Sverige. Självrapporteringar, särskilt de gällande psykisk ohälsa, är ett mer eller mindre accepterat fenomen i västerländska samhällen. Det går däremot inte att per automatik förutsätta att grupper från andra länder lika ofta har varit med om enkätundersökningar, i synnerhet om upplevelser och erfarenheter som betraktas som högst privata. För det andra bedömde vi det som sannolikt att många enkätmottagare inte skulle lita på att deras, på många sätt utlämnande svar, skulle kunna hållas skyddade från obehöriga. För det tredje antog vi att det faktum att många av enkätmottagarna befann sig i en utsatt situation eller psykologiskt krävande etableringsfas, kunde medföra att orken och motivationen att delta, i många fall, var begränsad. Mot denna bakgrund samt att stora enkätundersökningar i Sverige nu förtiden sällan har en svarsfrekvens över 50 %, är svarsfrekvensen över förväntan. Exempelvis kan nämnas att Stockholms folkhälsoenkät 2015 hade en svarsfrekvens på 43 %[71].

Bortfallsanalysen visade att de svarande skiljde sig gentemot de som inte deltog med avseende på ett flertal sociodemografiska variabler. Dessa skillnader var överlag inte särskilt

stora och datamaterialet kan därför betraktas som ganska representativt. Män, ogifta, unga och de med en lägre utbildningsnivå var något underrepresenterade bland de nyanlända studiedeltagarna, vilket är i linje med hur bortfallet i populationsbaserade enkätundersökningar brukar se ut [31, 72]. Prevalensstudier om psykisk ohälsa är överlag känsliga för ett icke-representativt bortfall. Oftast kan man i sådana studier anta att prevalensen av psykisk ohälsa snarare är underskattad än överskattad. Detta eftersom de med svår psykisk ohälsa oftare har en lägre svarsbenägenhet. Något som bekräftade tillförlitligheten i våra resultat är att de sociodemografiskt uppviktade prevalensanalyserna uppvisade väldigt snarlika resultat.

Prevalensskattningarna av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande bland asylsökande är, till skillnad från de bland nyanlända från Syrien, baserade på en relativt liten studiepopulation av boende från ett specifikt asylboende. Detta medför att punktskattningarna är något osäkra (vilket indikeras av de relativt vida konfidensintervallen), varför de bör tolkas med försiktighet. Det är också oklart i vilken utsträckning dessa resultat är giltiga för asylsökande från Syrien respektive Somalia och Eritrea som har eget boende eller bor på andra typer av asylboenden.

Trots att de asylsökande studiedeltagarna informerades att deras enkätsvar inte kan påverka utgången av deras asylprövning, finns en viss risk att en sådan felaktig föreställning kan ha påverkat enstaka individers självrapporteringar gällande bland annat erfarenheter av traumatiska händelser. Felkällor avseende över- och underrapportering av besvär och erfarenheter kan inte avfärdas. Tidigare forskning har studerat hur väl självrapporterad och självdefinierad tortyr stämmer överens med fynd vid noggrannare undersökning. Dessa studier visar dock på god överensstämmelse [8, 9].

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER OCH REFLEKTIONER

Sammantaget visar resultaten i denna studie på en hög förekomst av psykisk ohälsa, betydande erfarenheter av traumatiska händelser däribland tortyr, påfrestande och stressande levnadsförhållanden samt bristande socialt stöd bland nyanlända och asylsökanden. Dessa resultat visar ett tydligt behov av åtgärder som kan minska bördan av psykisk ohälsa samt förebygga ytterligare försämring av den psykiska hälsan hos dessa redan utsatta grupper. Psykisk ohälsa kan utgöra en barriär för en lyckad etablering i samhället. Åtgärder för att främja psykisk hälsa kan, utöver att minska det individuella lidandet, därmed även ha positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

Utifrån ett vårdperspektiv är det angeläget att man strävar efter att utveckla hälso- och sjukvården för att tillmötesgå flyktingars behov på bästa sätt. Med tanke på det stora antal flyktingar med PTSD och depressions- och ångestproblematik som kommit till Sverige de senaste åren ter det sig ytterst viktigt att tillräckliga resurser avsätts, samt att vården görs tillgänglig för denna grupp. Det gäller vård inom såväl primärvård som psykiatri och på specialistmottagningar för flyktingar med PTSD och annan traumarelaterad problematik. Kompetens för identifiering och behandling av traumarelaterad problematik (PTSD) bör stärkas inom de flesta områden av hälso- och sjukvården [73].

Asylsökande är en särskilt utsatt grupp, och gruppens tillgång till hälso- och sjukvård begränsas till *vård som inte kan anstå*. Med tanke på de höga nivåer av PTSD och depressions- och ångestproblematik bland asylsökande som beskrivs i denna rapport, ter det sig absolut nödvändigt att även denna grupp bereds tillgång till vård för dessa besvär, och då även planerad och specialiserad vård inom psykiatri. För de asylsökande som utsatts

för tortyr och som bär på skador från dessa upplevelser, är det viktigt att dessa personer så tidigt som möjligt under asyltiden, identifieras och erbjuds adekvat behandling.

Sambandet mellan post-migratorisk stress och psykisk ohälsa visar sig tydligt i studiens resultat. Åtgärder som syftar till att minska antalet, omfattningen och svårighetsgraden av stressande upplevelser ligger till stor del på samhälls- och policynivå. Minskad tid för asylprövning, möjlighet till permanenta uppehållstillstånd och återförening med sin familj har sannolikt stor bäring för att minska sådan stress. Även andra åtgärder såsom möjlighet till meningsfull sysselsättning och individanpassade insatser för att förbättra möjlighet till arbete och självförsörjning kan antas minska post-migratorisk stress bland flyktingar. Att öka kunskapen om sambanden mellan post-migratorisk stress och psykisk ohälsa inom relevanta samhällssektorer kan också bidra till att lokala lösningar kan formuleras utifrån de rådande förutsättningarna.

Ett ytterligare viktigt perspektiv som bör beaktas här är det som avser dessa individers och gruppers egna resurser och kapacitet till återhämtning, anpassning och vidareutveckling. Ett sådant perspektiv, här benämnd resiliensperspektivet, är nära anknutet till begreppet *empowerment*. Det innefattar systematiska insatser som kan göras för att förstärka och mobilisera sårbara och utsatta gruppers egna resurser [74]. När det gäller flyktingar främjas resiliens av åtgärder som bidrar till att öka delaktigheten i samhället, underlätta tillgång till information och sociala nätverk samt att motarbeta diskriminerande barriärer i samhället.

De etableringsinsatser som de flesta nyanlända deltar i kan anpassas och ge verktyg för att utveckla nya färdigheter som kan användas för att stärka individens resiliens. Man bör dock beakta att etableringsinsatser också kan upplevas som mycket stressande. Troligen är sådana reaktioner vanligare bland flyktingar med nedsatt psykisk hälsa. Kunskap om hur olika etableringsinsatser påverkar flyktingars socioekonomiska integration och psykiska hälsa samt hur de kausala relationerna mellan etableringsinsatser, socioekonomisk integration och psykisk ohälsa ser ut, är idag begränsad. Det behövs longitudinella studier och mer djupgående, kvalitativa undersökningar, som grund för att utveckla en mer hälsofrämjande etableringsprocess. Det behövs också systematiska utvärderingar av insatser som syftar till att förebygga och främja psykisk hälsa och etablering hos flyktingar.

Referenser

1. UNHCR. *Figures at a Glance. Global Trends 2015*. 2016
[Available from: http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html.
2. Migrationsverket. *Asylsökande till Sverige* 2000-2015. 2016
[Available from: http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversiter-och-statistik-fran-tidigare-ar.html.
3. Migrationsverket. *Inkomna ansökningar om asyl,* 2016 2016
[Available from: http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Aktuell-statistik.html.
4. Proposition 2009/10:60. Nyanlända invandrares arbetsmarknadsetablering – egenansvar med professionellt stöd.
5. WHO Who. *Mental health: a state of well-being* 2014
[Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
6. World Medical Association. Declaration of Tokyo - *Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment* 1975
[Available from: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18/index.html.
7. Council of Europe *Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* 1987
[Available from: http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm.
8. Montgomery E, Foldspang A. Criterion-related validity of screening for exposure to torture. *Danish medical bulletin*. 1994;41(5):588-91.
9. Westermeyer J, Hollifield M, Spring M, Johnson D, Jaranson J. Comparison of two methods of inquiry for torture with East African refugees: single query versus checklist. *Torture*. 2011;21(3):155-72.
10. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*. 2015;15(1):1.
11. Laban CJ, Gernaat H, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004;192(12):843-51.
12. Sigvardsdotter E, Vaez M, Rydholm-Hedman A-M, Saboonchi F. Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: a systematic review. *Torture*. 2016;26.
13. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2009;302(5):537-49.
14. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-14.
15. Carlson EB, Rosser-Hogan RL. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148(11):1548-51.
16. Davidson GR, Murray KE, Schweitzer R. Review of refugee mental health and wellbeing: Australian perspectives. *Australian Psychologist*. 2008;43(3):160-74.

17. Lischer SK. *Dangerous sanctuaries: refugee camps, civil war, and the dilemmas of humanitarian aid:* Cornell University Press; 2006.

18. Paardekooper B, De Jong J, Hermanns J. The psychological impact of war and the refugee situation on South Sudanese children in refugee camps in Northern Uganda: an exploratory study. *Journal of child Psychology and Psychiatry.* 1999;40(04):529-36.

19. Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson S-E. Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *The Journal of nervous and mental disease.* 2000;188(6):357-65.

20. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun C-A. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Jama.* 2005;294(5):571-9.

21. Brekke J-P. While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden.: Institutt for samfunnsforskning; 2004.

22. 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.

23. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, Van Willigen LHM, Hovens JEJM, Van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2006;41(1):18-26.

24. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi G, Kucukalic A. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry.* 2012;200.

25. Momartin S, Steel Z, Coello MJ, Aroche J, Silove DM, Brooks RT. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia.* 2006;185(7):357-61.

26. Steel Z, Momartin S, Silove DM, Coello MJ, Aroche J, Tay KW. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science and Medicine.* 2011;72(7):1149-56.

27. Hollander A-C, Bruce D, Ekberg J, Burström B, Ekblad S. Hospitalisation for depressive disorder following unemployment – differentials by gender and immigrant status: a population-based cohort study in Sweden. *Journal of epidemiology and community health.* 2013:jech-2013-202701.

28. Laban CJ, Gernaat H, Komproe IH, van der Tweel I, De Jong J. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2005;193(12):825-32.

29. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical practice and epidemiology in mental health.* 2005;1(1):13.

30. Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2008;43(2):121-31.

31. Tinghög P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. The Association of Immigrant- and Non-Immigrant-Specific Factors With Mental Ill Health Among Immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry.* 2010;56(1):74-93.

32. Tinghög P, Hemmingsson T, Lundberg I. To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2007;42(12):990-6.

33. Nickerson A, Bryant RA, Steel Z, Silove D, Brooks R. The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *J Psychiatr Res.* 2010;44.

34. Schweitzer RD, Brough M, Vromans L, Asic-Kobe M. Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and post-migration experience. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45.

35. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology.* 2006;35(4):888-901.

36. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin.* 2009;135(4):531.

37. Lie B, Sveaass N, Eilertsen DE. Family, activity, and stress reactions in exile. *Community, Work and Family.* 2004;7(3):327-50.

38. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Social science & medicine.* 2001;53(10):1321-34.

39. Beiser M, Johnson PJ, Turner RJ. Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian refugees. *Psychological medicine.* 1993;23(03):731-43.

40. Kanagaratnam P, Asbjørnsen AE. Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *Journal of anxiety disorders.* 2007;21(4):510-25.

41. Sondergaard HP, Theorell T. Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of re-settled refugees. *Psychotherapy and psychosomatics.* 2004;73(5):320-3.

42. Chou K-L, Wong WK, Chow NW. Interaction between pre-and post-migration factors on depressive symptoms in new migrants to Hong Kong from Mainland China. *Community mental health journal.* 2011;47(5):560-7.

43. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: assocations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry.* 1997;170(4):351-7.

44. Söndergaard HP, Ekblad S, Theorell T. Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2001;189(12):838-45.

45. Migrationsverket. *Inskrivna personer i Migrationsverkets mottagningssystem* 2016 [Available from: http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html.

46. Migrationsverket. *Avgjorda asylärenden* 2016 [Available from: http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html.

47. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology.* 1970;1(3):185-216.

48. Drennan J. Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing.* 2003;42(1):57-63.

49. Hollifield M, Warner TD, Lian N. Measuring trauma and health status in refugees – a critical review. *JAMA.* 2002;288.

50. Sjolund BH, Kastrup M, Montgomery E, Persson AL. Rehabilitating torture survivors. *Journal of rehabilitation medicine.* 2009;41(9):689-96.

51. Morville AL, Amris K, Eklund M, Danneskiold-Samsoe B, Erlandsson LK. A Longitudinal Study of Changes in Asylum Seekers Ability Regarding Activities of Daily Living During Their Stay in the Asylum Center. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 2015;17(3):852-9.

52. Tinghög P, Carstensen J. Cross-cultural equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) Wellbeing index: findings from a population-based survey of immigrants and non-immigrants in Sweden. *Community mental health journal.* 2010;46(1):65-76.

53. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 1954;111(5):343-52.

54. Mollica RF, Wyshak G, Lavelle J. The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *The American journal of psychiatry.* 1987;144(12):1567-72.

55. Oruc L, Kapetanovic A, Pojskic N, Miley K, Forstbauer S, Mollica RF, et al. Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist. *International Journal of Culture and Mental Health.* 2008;1(2):105-16.

56. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.

57. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S, Lavelle J. The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of nervous and mental disease*. 1992;180(2):111-6.

58. Mitchell PH, Powell L, Blumenthal J, Norten J, Ironson G, Pitula CR, et al. A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: the ENRICHD Social Support Inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2003;23(6):398-403.

59. CSCC *ENRICHD Manual of operations, Chapter 6: Psychosocial Measures* 1998 [Available from: http://www.cscc.unc.edu/enrichd/procman/Vol1ManualofProceduresChap6PsychosocialMeasures072103.pdf.

60. Carpenter J, Bithell J. Bootstrap confidence intervals: when, which, what? A practical guide for medical statisticians. *Statistics in medicine*. 2000;19(9):1141-64.

61. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985;98(2):310.

62. Söndergaard HP, Ekblad S, Theorell T. Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(3):185-9.

63. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(2):113-8.

64. Lundin A, Åsbring N, Kosidou K, Dal H, Tinghög P, Saboonchi F, Dalman C. Discriminant validity of the twelve item version of the General Health Questionnaire in a Swedish Case-Control Study. *Nordic Journal of Psychiatry*. Accepted for publication.

65. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering. Halmstad: Folkhälsomyndigheten; 2016.

66. The EMI, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109:21-7.

67. Sigvardsdotter E, Vaez M, Rydholm-Hedman A-M, Saboonchi F. Prevalence of torture and other war-related traumatic events in forced migrants: A systematic review. *Torture*. 2016;26(2):41-73.

68. Pratt LA, Brody DJ. Depression and obesity in the US adult household population, 2005–2010. *Women*. 2014;20:39.

69. Lakey B, Cronin A. Low social support and major depression: Research, theory and methodological issues. *Risk factors for depression*. 2008:385-408.

70. Dobson KS, Dozois DJ. *Risk factors in depression:* Academic Press; 2011.

71. Stockholms Läns landsting. *Folkhälsorapport 2015. Folkhälsan i Stockholms län* 2015 [Available from: http://dok.slso.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Halsa%20Stockholm/Folkhalsorapport_2015.pdf.

72. Lundberg I, Damström Thakker K, Hällström T, Forsell Y. Determinants of non-participation, and the effects of non-participation on potential cause-effect relationships, in the PART study on mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(6):475-83.

73. Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016* 2016 [Available from: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20370/2016-10-13.pdf.

74. Health Evidence Network. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* 2006 [Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf?ua=1.

Bilaga 1

Kompletterande tabeller till diagrammen som redovisas i rapporten.

Tabell B1a (Diagram 1). Andel av nyanlända med erfarenhet av olika typer av traumatiska händelser.

	Nyanlända totalt		Nyanlända män		Nyanlända kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Krig på nära håll	1192	86,9 (85,0-88,8)	746	85,5 (83,0-88,1)	446	89,2 (86,4-92,1)
Påtvingad separation från familj eller nära vänner	1178	69,4 (66,7-72,0)	737	71,1 (67,8-74,4)	441	66,4 (62,0-70,9)
Förlust eller försvinnande av familj eller nära vänner	1176	64,3 (61,5-67,0)	738	66,4 (63,0-69,8)	438	60,7 (56,1-65,3)
Fysiskt våld	1149	30,6 (27,9-33,2)	718	39,7 (36,1-43,3)	431	15,3 (11,9-18,7)
Bevittnat fysiskt våld	1169	63,3 (60,5-66,1)	730	71,2 (67,9-74,5)	440	50,2 (45,5-54,9)
Tortyr	1156	30,6 (27,9-33,3)	722	36,6 (33,0-40,1)	435	20,7 (16,9-24,5)
Sexuellt våld	873	6,9 (7,0-10,8)	505	7,5 (5,5-9,4)	369	6,1 (3,8-8,3)
Annan skrämmande situation där du kände att ditt liv var i fara	1183	89,2 (78,4-83,9)	741	81,6 (78,9-84,4)	442	79,0 (75,1-82,8)
Antal typer av trauma (medel)	1083	4,2 (4,1–4,3)	670	4,5 (4,3–4,6)	412	3,8 (3,6–4,0)
Antal typer av trauma – innan flykten (medel)	1120	4,0 (3,9-4,1)	700	4,3 (4,1-4,5)	420	3,4 (3,4-3,7)
Antal typer av trauma – under flykten (medel)	1095	2,1 (2,0-2,2)	680	2,2 (2,0-2,3)	415	2,0 (1,8-2,2)

Tabell B1b (Diagram 1). Andel av asylsökande med erfarenhet av olika typer av traumatiska händelser.

	Asylsökande Syrien		Asylsökande Eritrea/Somalia	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Krig på nära håll	106	100	64	87,5 (79,2-95,8)
Påtvingad separation från familj eller nära vänner	105	82,9 (75,5-90,2)	63	87,3 (78,8-95,8)
Förlust eller försvinnande av familj eller nära vänner	106	73,6 (65,1-82,1)	60	88,3 (80,0-96,7)
Fysiskt våld	101	33,4 (24,3-43,0)	60	86,7 (77,8-95,5)
Bevittnat fysiskt våld	104	73,1 (64,4-81,7)	61	78,7 (68,1-89,3)
Tortyr	103	25,2 (16,7-33,8)	62	87,1 (78,5-95,7)
Sexuellt våld	102	1,9 (0-4,7)	57	28,1 (16,0-40,1)
Annan skrämmande situation där du kände att ditt liv var i fara	104	92,3 (87,1-97,5)	64	90,6 (83,3-97,7)
Antal typer av trauma (medel)	100	4,8 (4,5-5,1)	54	6,2 (5,8-6,6)
Antal typer av trauma – innan flykten (medel)	100	4,5 (4,2-4,9)	55	5,7 (5,3–6,2)
Antal typer av trauma – under flykten (medel)	98	2,7 (2,3-3,1)	55	4,8 (4,2-5,4)

Tabell B2a (Diagram 2). Andel av nyanlända med svagt socialt stöd.

	Nyanlända totalt		Nyanlända män		Nyanlända kvinnor	
	n	% (95 KI)	n	% (95 KI)	n	% (95 KI)
Svagt socialt stöd	1214	59,0 (56,0-61,8)	762	60,5 (57,0-63,4)	452	56,4 (51,8-61,0)

Tabell B2b (Diagram 2). Andel av asylsökande med svagt socialt stöd.

	Asylsökande Syrien		Asylsökande Eritrea/Somalia	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Svagt socialt stöd	106	62,3 (52,9-71,6)	66	71,2 (60,0-82,3)

Tabell B3a (Diagram 3). Andel av nyanlända som har erfarenheter av olika typer av stressande upplevelser i Sverige (post-migratorisk stress).

	Nyanlända totalt		Nyanlända män		Nyanlända kvinnor	
	n	% (95 KI)	n	% (95 KI)	n	% (95 KI)
Har ofta inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	1204	4,3 (3,2-5,5)	753	4,5 (3,0-6,0)	451	4,0 (2,2-5,8)
Har ofta haft problem med att inhandla livsförnödenheter	1207	8,5 (7,0-10,1)	758	7,5 (5,6-9,4)	449	10,2 (7,4-13,1)
Har ofta varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	1205	31,8 (29,3-34,5)	756	29,6 (26,4-32,9)	449	35,6 (31,2-40,1)
Har ofta varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	1166	49,8 (47,0-52,7)	729	49,7 (46,0-53,3)	437	50,1 (45,4-54,8)
Har ofta upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	1197	19,6 (17,4-21,9)	749	19,6 (16,8-22,5)	448	19,6 (16,0-23,3)
Har ofta upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	1203	41,5 (38,7-44,3)	756	42,2 (38,7-45,7)	447	40,3 (35,7-44,8)
Har ofta upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska	1204	38,9 (36,2-41,7)	755	37,9 (34,4-41,4)	449	40,8 (36,2-45,3)

Tabell B3b (Diagram 3). Andel av asylsökande som har erfarenheter av olika typer av stressande upplevelser i Sverige (post-migratorisk stress).

	Asylsökande Syrien		Asylsökande Eritrea/Somalia	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Har ofta inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	104	2,9 (0-6,2)	59	10,2 (2,2-18,1)
Har ofta haft problem med att inhandla livsförnödenheter	105	24,8 (16,4-33,2)	62	24,2 (13,2-35,2)
Har ofta varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	103	53, 4 (43,6-63,2)	64	53,1 (40,6-65,7)
Har ofta varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	103	68,0 (58,8-77,1)	63	85,7 (76,8-94,6)
Har ofta upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	103	34,0 (27,7-43,3)	61	36,1 (23,7-48,5)
Har ofta upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	104	51,0 (41,2-60,7)	61	44,3 (31,4-57,1)
Har ofta upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska	105	49,5 (39,8-59,3)	61	41,0 (28,3-53,7)

Tabell B4 (Diagram 4). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på män och kvinnor, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest	750	31,7 (28,4-35,0)	448	43,3 (38,7-47,9)
PTSD	718	29,5 (26,2-32,9)	435	32,4 (28,0-36,8)
Lågt välbefinnande	739	35,3 (31,9-38,8)	441	43,3 (38,7-48,8)

Tabell B5 (Diagram 5). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på ålder, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
18-34 år	443	32,0 (27,7-36,2)	277	32,1 (26,6-37,7)	186	31,7 (25,0-38,5)
35-64 år	735	38,6 (35,1-42,1)	473	31,5 (27,3-35,7)	262	51,5 (45,4-57,6)
PTSD						
18-34 år	448	28,8 (22,7-30,9)	265	29,1 (23,6-34,6)	183	23,5 (17,3-29,7)
35-64 år	705	33,1 (29,6-36,5)	453	29,8 (25,6-34,0)	252	38,9 (32,8-45,0)
Lågt välbefinnande						
18-34 år	454	35,9 (31,5-40,3)	269	37,5 (31,7-43,4)	185	33,5 (26,7-40,4)
35-64 år	726	39,8 (36,2-43,4)	470	34,0 (29,7-38,3)	256	50,4 (44,2-56,6)

Tabell B6 (Diagram 6). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på högutbildade och lågutbildade, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Låg utbildning	730	36,6 (33,1-40,1)	470	32,5 (28,3-36,8)	260	43,8 (37,8-49,9)
Hög utbildning	468	35,3 (30,9-39,6)	280	30,4 (25,0-35,8)	188	42,6 (35,4-49,7)
PTSD						
Låg utbildning	701	31,8 (28,4-35,3)	448	30,4 (26,1-34,6)	253	34,4 (28,5-40,3)
Hög utbildning	452	28,7 (24,6-33,0)	270	28,1 (22,8-33,6)	182	29,7 (23,0-36,4)
Lågt välbefinnande						
Låg utbildning	721	34,8 (31,3-38,3)	466	33,1 (28,3-36,8)	255	38,0 (32,0-44,0)
Hög utbildning	459	43,8 (39,3-48,4)	273	39,2 (33,3-45,0)	186	50,5 (43,3-57,8)

Tabell B7 (Diagram 7). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de med eller utan förvärvsinkomst, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
> 0 SEK i förvärvsinkomst 2014	389	33,4 (28,7-38,1)	310	31,0 (25,8-36,1)	79	43,0 (31,9-54,2)
0 SEK i förvärvsinkomst 2014	809	37,3 (34,0-40,7)	440	32,3 (27,9-36,7)	369	43,4 (38,3-48,4)
PTSD						
> 0 SEK i förvärvsinkomst 2014	377	26,5 (22,0-31,0)	300	26,0 (21,0-31,0)	77	28,6 (18,3-38,9)
0 SEK i förvärvsinkomst 2014	776	32,6 (29,3-35,9)	418	32,1 (27,6-36,6)	358	33,2 (28,3-38,1)
Lågt välbefinnande						
> 0 SEK i förvärvsinkomst 2014	381	36,0 (31,1-40,8)	303	34,0 (28,6-39,4)	78	43,6 (32,3-54,8)
0 SEK i förvärvsinkomst 2014	799	39,4 (36,0-42,8)	436	36,3 (31,7-40,8)	363	43,3 (38,1-48,4)

Tabell B8 (Diagram 8). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på senaste invandringsår, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Senaste invandringsår 2012 eller tidigare	391	37,6 (32,9-42,3)	269	34,6 (28,9-40,3)	138	43,5 (35,1-51,9)
Senaste invandringsår 2013 eller senare	791	35,3 (31,9-38,6)	481	30,1 (26,0-34,3)	310	43,2 (37,7-48,8)
PTSD						
Senaste invandringsår 2012 eller tidigare	407	30,2 (25,6-34,8)	257	30,0 (24,3-35,6)	134	30,6 (22,7-38,5)
Senaste invandringsår 2013 eller senare	762	30,8 (27,6-34,1)	461	29,3 (25,1-33,5)	301	33,2 (27,9-38,6)
Lågt välbefinnande						
Senaste invandringsår 2012 eller tidigare	401	37,4 (32,7-42,2)	266	35,0 (29,2-40,7)	135	42,2 (33,8-50,7)
Senaste invandringsår 2013 eller senare	779	38,8 (35,3-42,2)	473	35,5 (31,2-39,9)	306	43,8 (38,2-49,4)

Tabell B9 (Diagram 9). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de med starkt respektive svagt socialt stöd, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Svagt socialt stöd	705	44,0 (40,3-47,6)	451	40,1 (35,6-44,7)	254	50,8 (44,6- 57,0)
Ej svagt socialt stöd	492	24,6 (20,8-28,4)	289	18,8 (14,3-23,3)	194	33,5 (26,8-40,2)
PTSD						
Svagt socialt stöd	672	37,5 (33,8-41,2)	430	37,0 (32,4-41,6)	242	38,4 (32,3-44,6)
Ej svagt socialt stöd	480	21,0 (17,4-24,7)	287	18,5 (14,0-23,0)	193	24,9 (18,7-31,0)
Lågt välbefinnande						
Svagt socialt stöd	693	47,3 (43,6-51,0)	446	44,8 (40,2-49,5)	247	51,8 (45,6-58,1)
Ej svagt socialt stöd	486	25,5 (21,6-29,4)	292	20,9 (16,2-25,6)	194	32,5 (25,8-39,1)

Tabell B10 (Diagram 10) Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de med erfarenhet av ≥4 eller ≥5 traumatiska händelser, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
≥4 typer av trauma	530	27,5 (23,7-31,4)	277	18,1 (13,5-22,6)	253	37,9 (31,9-44,0)
≥5typer av trauma	497	45,7 (41,3-50,1)	353	42,4 (37,2-47,6)	143	53,8 (45,6-62,1)
PTSD						
≥4 typer av trauma	510	18,6 (15,2-22,0)	266	13,9 (9,7–18,1)	244	23,8 (18,4-29,2)
≥5typer av trauma	480	43,3 (38,9-47,8)	341	41,6 (36,4-46,9)	139	47,5 (39,1-55,9)
Lågt välbefinnande						
≥4 typer av trauma	523	34,4 (30,3-38,5)	276	29,0 (23,6-34,4)	247	40,5 (34,3-46,7)
≥5typer av trauma	490	44,5 (40,1-48,9)	348	42,6 (37,3-47,8)	142	49,3 (41,0-57,6)

Tabell B11 (Diagram 11). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som upplevt tortyr eller inte, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Tortyr	344	48,8 (43,5-54,2)	256	43,8 (37,6-49,9)	88	63,6 (53,4-73,9)
Ej tortyr	797	30,4 (27,2-33,6)	454	24,7 (20,7-28,7)	343	37,9 (32,7-43,1)
PTSD						
Tortyr	335	44,2 (38,8-49,5)	249	41,8 (35,6-47,9)	86	51,1 (40,4-61,9)
Ej tortyr	767	24,4 (21,3-27,4)	434	22,1 (18,2-26,0)	333	27,3 (22,5-32,1)
Lågt välbefinnande						
Tortyr	341	42,5 (37,3-47,8)	254	41,3 (35,2-47,4)	87	46,0 (35,3-56,7)
Ej tortyr	786	36,3 (32,9-39,6)	448	31,7 (27,4 -36,0)	338	42,3 (37,0-47,6)

Tabell B12 (Diagram 12). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan känt sig icke-respekterade på grund av sin nationella bakgrund, med psykisk ohälsa, i form av depression/ ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	52	73,1 (60,6-85,6)	34	76,4 (61,4-91,5)	18	66,7 (42,5-90,8)
Har sällan inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	1136	34,5 (31,7-37,3)	707	29,7 (26,3-33,1)	429	42,4 (37,7-47,7)
PTSD						
Har ofta inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	49	65,3 (51,5-79,1)	32	62,5 (44,8-80,2)	17	70,6 (46,4-97,8)
Har sällan inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	1097	28,9 (26,2-31,6)	680	27,8 (24,4-31,2)	417	30,7 (26,3-35,1)
Lågt välbefinnande						
Har ofta inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	50	74,0 (61,4-86,6)	33	72,7 (56,7-88,8)	17	76,5 (54,0-99,0)
Har sällan inte känt sig respekterad p.g.a. sin nationella bakgrund	1121	36,7 (33,8-39,5)	698	33,5 (30,0-37,0)	423	41,8 (37,1-46,6)

Tabell B13 (Diagram 13). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan varit frustrerade p.g.a. problem att försörja sig själv, med psykisk ohälsa, i form av depression/ ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	380	62,4 (57,5-67,3)	221	58,9 (52,3-65,4)	159	67,3 (59,9-74,7)
Har sällan varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	809	23,9 (20,9-26,8)	523	20,3 (16,8-27,7)	286	30,4 (25,1-35,8)
PTSD						
Har ofta varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	364	53,3 (51,2-61,4)	212	56,1 (49,4-62,9)	152	56,6 (48,6-64,6)
Har sällan varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	782	18,7 (15,9-21,4)	502	18,1 (14,8-21,5)	280	19,6 (15,0-24,3)
Lågt välbefinnande						
Har ofta varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	373	60,3 (55,3-65,3)	217	59,9 (53,3-66,5)	156	60,9 (53,2-68,7)
Har sällan varit frustrerad p.g.a. oförmåga att försörja sig själv	801	28,2 (25,1-31,3)	519	25,0 (21,3-28,8)	282	34,0 (28,5-39,6)

Tabell B14 (Diagram 14). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan haft problem med att inhandla livsförnödenheter, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta haft problem med att inhandla livsförnödenheter	100	66,0 (56,5-75,5)	54	59,3 (45,7-72,8)	46	73,9 (60,7-87,1)
Har sällan haft problem med att inhandla livsförnödenheter	1090	33,1 (30,2-35,9)	691	29,4 (26,0-32,8)	399	39,6 (34,8-44,4)
PTSD						
Har ofta haft problem med att inhandla livsförnödenheter	93	62,4 (52,3-72,4)	48	64,6 (50,6-78,6)	44	60,0 (45,1-74,9)
Har sällan haft problem med att inhandla livsförnödenheter	1055	27,6 (24,9-30,3)	668	26,8 (23,4-30,2)	387	28,9 (24,4-33,5)
Lågt välbefinnande						
Har ofta haft problem med att inhandla livsförnödenheter	97	63,9 (54,2-73,7)	52	59,6 (45,8-73,4)	45	68,9 (54,8-83,0)
Har sällan haft problem med att inhandla livsförnödenheter	1078	35,9 (33,0-38,8)	685	33,3 (29,8-36,8)	393	40,5 (35,6-45,3)

Tabell B15 (Diagram 15). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan känt sig exkluderade och isolerad i det svenska samhället, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	235	62,1 (55,9-68,4)	147	60,5 (52,6-68,5)	88	64,8 (54,6-75,0)
Har sällan upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	946	29,4 (26,5-32,3)	590	24,1 (20,6-27,5)	356	38,2 (33,1-43,3)
PTSD						
Har ofta upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	227	53,7 (47,2-60,3)	143	54,5 (46,3-62,8)	84	52,4 (41,5-63,3)
Har sällan upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	914	24,5 (21,7-27,3)	567	22,6 (19,1-26,0)	347	27,7 (22,9-32,4)
Lågt välbefinnande						
Har ofta upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	223	61,8 (55,5-68,3)	140	63,6 (55,5-71,6)	83	59,0 (48,2-69,9)
Har sällan upplevt sig exkluderad och isolerad i det svenska samhället	943	32,6 (29,7-35,7)	588	28,6 (24,9-32,2)	355	39,4 (34,3-44,6)

Tabell B16 (Diagram 16). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan varit ledsna p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	571	42,7 (38,7-46,8)	356	40,5 (35,3-45,6)	215	46,5 (39,8-53,2)
Har sällan varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	580	29,3 (25,6-33,0)	362	23,5 (19,1-27,9)	218	39,0 (32,5-42,5)
PTSD						
Har ofta varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	553	37,3 (33,2-41,3)	343	37,9 (32,7-43,1)	210	36,2 (29,6-42,7)
Har sällan varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	560	24,1 (20,6-27,7)	349	21,5 (17,2-25,8)	211	28,4 (22,3-34,6)
Lågt välbefinnande						
Har ofta varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	564	44,5 (40,4-48,6)	350	42,9 (37,7-48,1)	214	47,2 (40,5-53,9)
Har sällan varit ledsen p.g.a. att inte vara återförenad med nära anhöriga	573	32,8 (29,0-36,7)	359	29,5 (24,8-34,3)	214	38,3 (31,8-44,9)

Tabell B17 (Diagram 17). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan känt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens, med psykisk ohälsa, i form av depression/ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	490	53,1 (48,6-57,5)	312	49,7 (44,0-55,3)	178	59,0 (51,7-66,3)
Har sällan upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	696	24,4 (21,2-27,6)	431	19,0 (15,3-22,8)	265	33,2 (27,5-38,9)
PTSD						
Har ofta upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	469	45,8 (41,3-50,4)	296	46,6 (40,9-52,3)	173	44,5 (37,0-52,0)
Har sällan upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	676	20,3 (17,2-23,3)	419	17,7 (14,0-21,3)	257	24,5 (19,2-29,8)
Lågt välbefinnande						
Har ofta upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	482	54,4 (50,0-58,8)	308	53,9 (48,3-59,5)	174	55,2 (47,7-62,6)
Har sällan upplevt frustration p.g.a. bristande möjligheter att använda sin kompetens	690	27,1 (23,8-30,4)	426	22,0 (18,1-26,0)	263	35,4 (29,6-41,2)

Tabell B18 (Diagram 18). Andel nyanlända från Syrien, uppdelat på de som ofta eller sällan upplevt besvärande problem med att kommunicera på svenska, med psykisk ohälsa, i form av depression/ ångest, PTSD och lågt välbefinnande.

	Totalt		Män		Kvinnor	
	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)	n	% (95 CI)
Depression/ångest						
Har ofta upplevt frustration p.g.a. av bristande kunskaper i svenska	460	49,1 (44,5-53,7)	278	43,2 (37,3-49,0)	182	58,2 (51,0-65,5)
Har sällan upplevt frustration p.g.a. av bristande kunskaper i svenska	727	27,6 (24,4-30,9)	464	24,8 (20,8-28,7)	263	32,7 (27,0-38,4)
PTSD						
Har ofta upplevt frustration p.g.a. av bristande kunskaper i svenska	441	45,1 (40,5-49,8)	264	45,1 (39,0-51,1)	177	45,2 (37,8-52,6)
Har sällan upplevt frustration p.g.a. av bristande kunskaper i svenska	703	21,3 (18,3-24,4)	448	20,3 (16,6-24,0)	255	23,1 (17,9-28,4)
Lågt välbefinnande						
Har ofta upplevt frustration p.g.a. av bristande kunskaper i svenska	448	51,4 (46,7-56,0)	274	48,9 (43,0-54,9)	174	55,2 (47,7-62,6)
Har sällan upplevt frustration p.g.a. av bristande kunskaper i svenska	723	30,3 (26,9-33,7)	459	27,2 (23,1-31,3)	264	35,6 (29,8-41,4)

Bilaga 2

GRUND FÖR BOSÄTTNING SÅSOM BESKRIVET I SCBS DATABAS STATIV.

”En nyanländ person är någon som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd för bosättning på grund av flyktingskäl eller andra skyddsskäl till exempel kvotflykting, men även av synnerligen ömmande omständigheter. Även anhöriga till dessa personer anses vara nyanlända.”[1]

- *Flykting* enligt 4 kap. 1§ Utlänningslagen (2005:716).
  Med flykting avses i denna lag en utlänning som befinner sig utanför det land som utlänningen är medborgare i, därför att han eller hon känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av:
  - ras eller nationalitet,
  - religiös eller politisk uppfattning
  - kön
  - sexuell läggning
  - tillhörighet till en viss samhällsgrupp,

  och inte kan, eller på grund av sin fruktan inte vill, begagna sig av detta lands skydd.[2]

- *Alternativt skyddsbehövande* är den som inte uppfyller flyktingkriterierna men ändå kan behöva få skydd. Det är en person som har lämnat sitt hemland och inte vill återvända dit därför att:
  - det finns grundad anledning att anta att utlänningen vid ett återvändande till hemlandet skulle löpa risk att straffas med döden eller att utsättas för kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, eller som civilperson löpa en allvarlig och personlig risk att skadas på grund av urskillningslöst våld med anledning av en yttre eller inre väpnad konflikt,
  - utlänningen inte kan, eller på grund av sådan risk som avses inte vill, begagna sig av hemlandets skydd.[3]

- *Kvotflykting*. I samarbete med FN:s flyktingorgan UNHCR ger Sverige skydd åt flyktingar inom ramen för en särskild flyktingkvot. Migrationsverket gör varje år särskilda resor till utvalda platser i världen för att intervjua personer som begärt skydd via UNHCR. Personer och familjer med störst behov av skydd blir erbjudna att flytta till Sverige. Vägledande för besluten är Flyktingkonventionen och den svenska utlänningslagen. I särskilda fall tar Migrationsverket beslut utifrån personakter från UNHCR. Alla flyktingar som kommer till Sverige inom ramen för ”flyktingkvoten” får permanent uppehållstillstånd och har rätt att stanna i Sverige. På senare år har flyktingkvoten varit 1200 till 1900 personer.[4]

- *Synnerligen ömmande omständigheter.* Personer kan också beviljas uppehållstillstånd trots att deras personliga förhållanden inte är förenade med flyktingskap/skyddsbehov Uppehållstillstånd får beviljas en utlänning om det vid en samlad bedömning av utlänningens situation finns sådana synnerligen ömmande omständigheter att han eller hon bör tillåtas stanna i Sverige. Vid bedömningen ska utlänningens hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situation i hemlandet särskilt beaktas.[5,6]

1 SCB, Dokumentation av databasen STATIV, hämtad från www.scb.se/Grupp/Produkter_Tjanster/Forskare/_Dokument/Dokumentation%20STATIV%202014.pdf.
2 Lag 2005:716, 4 kap 1§.
3 Lag 2005:716, 4 kap 2§
4 SCB, Dokumentation av databasen STATIV, hämtad från www.scb.se/Grupp/Produkter_Tjanster/Forskare/_Dokument/Dokumentation%20STATIV%202014.pdf.
5 Lag 2005:716, 5 kap 6§
6 I och med den tillfälliga lagstiftningen (2016:752) har denna paragraf upphört att gälla 2016-07-20

RödaKorset
Röda Korsets Högskola

Box 1059 | 141 21 Huddinge
Besöksadress Hälsovägen 11
Telefon 08 587 516 00
www.rkh.se | www.facebook.com/rodakorsetshogskola