

Asylsökandes hälsa

Hur kan sjuksköterskor bidra till främjande av hälsa hos asylsökande?

Författare:	Viktor Glantz
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, OM5250 H14, Examensarbete Grundnivå Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa
Omfattning:	15 Höskolepoäng
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Nabi Fatahi & Ingela Henoch

Sahlgrenska akademien



Titel:	”Asylsökandes hälsa. Hur kan sjuksköterskor bidra till främjande av hälsa hos asylsökande?”
Typ av studie:	Självständigt arbete, litteraturöversikt, examensarbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Fakultet/Institution:	Sahlgrenska Akademin, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa
Universitet:	Göteborgs Universitet
Kurs:	OM5250 H14, Examensarbete - Grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Antal ord:	7176
Antal sidor:	17
Författare:	Viktor Glantz
Handledare:	Åsa Premberg
Examinator:	Nabi Fatahi & Ingela Henoch

Sammanfattning:

Bakgrund: Personer som söker asyl i Sverige har ofta ackumulerat hälsoproblem innan, under och efter flykten från hemlandet och asylprocessen kan innebära att ytterligare stressfaktorer adderas till deras redan problematiska situation. Metod: Den här studien är en litteraturöversikt där datainsamlingen genomfördes på databaserna PubMed, Cinahl och SUMMON. Resultat: Resultaten berör asylsökandes hälsa och hur asylprocessen, hälsoundersökningar, sjuksköterskors kulturella kompetens samt språkbarriärer och vårdrelationer kan påverka skapandet av hälsa. Diskussion: Sjuksköterskor kan främja asylsökandes hälsa genom att holistiskt bidra till KASAM och etablera en god vårdrelation där den asylsökandes friskfaktorer tas till vara. Genom kulturell kompetens kan sjuksköterskor säkerställa ett gott bemötande där den asylsökandes behov kan synliggöras och därmed också uppfyllas.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

Inledning:.....	1
Teoretisk referensram	3
Hälsa	3
Vårdrelationen	3
Transitioner	4
Sjuksköterskans etiska koder	4
Problemformulering:.....	4
Syfte:.....	4
Metod	4
Datainsamling.....	4
Dataanalys och kvalitetsgranskning	5
Forskningsetisk granskning.....	5
Resultat.....	5
Hälsan hos asylsökande.....	5
Asylprocessen.....	7
Vårdrelationer	7
Hälsoundersökningar	8
Kulturell kompetens	9
Språkbarriärer	11
Diskussion.....	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion.....	11
Fortsatt forskning	13
Implikationer för klinisk praxis	13
Referenser:	15
Bilagor	

Inledning:

Att fly från sitt land innebär förutom traumatiska livshändelser och personliga förluster också total omställning av livets samtliga aspekter. Flykt innebär kostnader i form av ekonomiska medel men också risk för ohälsa relaterat till våld, hot, separation från familj och sexuella övergrepp. Att skapa hälsa under sådana förutsättningar är inte bara svårt, det är nästan omöjligt.

Sjuksköterskor skall lindra lidande och främja hälsa, men att nå dem som behöver det mest kan ibland vara svårt. Att understryka vikten av ett gott bemötande och beskriva hur en fungerande vårdrelation kan skapas är ett sätt att hjälpa dessa människor som söker vård.

Bakgrund:

Rätten till hälsa slås fast i bland annat FNs konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, FNs barnkonvention och den Europeiska sociala stadgan (Hunt, 2007). Den senare understryker att vår rätt till hälsa inte är baserad på medborgarskap utan på att vi är människor (Sigvardsdotter, 2010). Rätten till hälsa erkändes också tidigt av WHO och innebär att varje individ har rätt till den i landet högsta möjliga uppnåeliga hälsan (Hunt, 2007). Även om Sverige ratificerat en rad konventioner och avtal om och kring rätten till hälsa är den mänskliga rättigheten inte förankrad i lagstiftningen. Endast den Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter är inkorporerad i svensk lag (Hunt, 2007).

Hälsa är ett dynamiskt tillstånd (Langius-Eklöf, 2010) och ett centralt begrepp i vårdens styrdokument, lagar och författningar (Willman, 2010). Sverige har en god folkhälsa, med låg spädbarnsdödlighet, få arbetsplats- och trafikolyckor, sjunkande antal rökare och på senare år även sjunkande frekvens av kardiovaskulära sjukdomar (Hunt, 2007).

FNs allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, klargör i artikel 14 att "var och en har rätt att söka och åtnjuta asyl från förföljelse" (FN, 2008:s.12). En asylsökande person är någon som ansökt om asyl men ej erhållit lagakraftvunnet beslut från myndigheterna. Det osäkra läget i bland annat Syrien och Afghanistan leder till ökade flyktingströmmar som i nuläget slår flera tidigare rekord. Under 2013 ökade invandringen till Sverige med 12 procent (SCB, 2014).

År 2013 sökte 54 259 personer asyl i Sverige, att jämföras med 2012 då 43 887 ansökningar handlades av Migrationsverket (SCB, 2014). Av dessa var nästan dubbelt så många män än kvinnor, de flesta asylsökande var statslösa eller kom från Syrien, Eritrea, Somalia eller Afghanistan (SCB, 2014). Mellan 20 och 30% av alla asylsökande i Europa var under 18 år (Eide & Hjern, 2013) och antalet ensamkommande asylsökande flyktingbarn som kommer till Sverige ökar. År 2005 kom 398, jämfört med år 2010 då 2 393 ensamkommande barn sökte asyl i Sverige (Migrationsverket, 2014:A).

Tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande skiljer sig markant även mellan europeiska länder (Hunt, 2007). Tjugofyra procent av de europeiska länderna inskränkte rätten till vård av gravida kvinnor, trettio procent begränsade vården av barn och fyratotre procent av vuxna, däribland Sverige (Alexander 2010). I Sverige har asylsökande barn samma rätt till sjukvård som andra barn i landet men asylsökande över 18 år har bara rätt till *vård som inte kan anstå* inklusive mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning (SFS, 2008). Detta innebär att åldern avgör vilken rätt till vård den asylsökande har (Hjern, Brendler-Lindqvist, Norredam, 2012, SFS, 2008). I praktiken betyder detta att barnets bästa, som enligt ratificerade konventioner skall vara vägledande i beslutet, vägs mot immigrationskontroll och integrationspolicy (Eide & Hjern, 2013). Att vuxna asylsökande inte har samma rätt till sjukvård som svenska medborgare konstituerar diskriminering enligt internationell rätt (Hunt, 2007).

Av alla asylansökningar som inkommer blir ungefär hälften beviljade uppehållstillstånd (Migrationsverket, 2014:B). De som inte får sin ansökan beviljade kan antingen överklaga Migrationsverkets beslut eller lämna landet enligt ett avvisningsbeslut. I Sverige uppskattas att mellan 10 000 och 50 000 personer lever som s.k. "papperslösa" eller "gömda" (Migrationsinfo, 2013).

I Sverige har papperslösa personer endast rätt till omedelbar vård som inte kan anstå, inklusive mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning (SFS 2013:407§7), men måste själva stå för hela kostnaden (Hunt, 2007). Att begränsa tillgången till hälso- och sjukvård på detta sätt kan leda till ackumulering av hälsobesvär som kan kosta, förutom mänskligt lidande, mycket för sjukvården i längden (Hunt, 2007). Att papperslösa personer etnicitet (pga diskriminering) och juridiska status båda är hinder för att de ska kunna uppnå "högsta möjliga hälsostandard" (Alexander, 2010) gör att papperslösa kanske är den mest utsatta gruppen i det svenska samhället (Hunt, 2007).

Enligt lag 2008:344 ska alla som söker asyl i Sverige erbjudas en hälsoundersökning (Folkhälsomyndigheten, 2014, SFS:2008:344;§7). Socialstyrelsen har utformat föreskrifter och råd kring hur en hälsoundersökning till asylsökande bör utformas och vad den ska innehålla (Folkhälsomyndigheten, 2014). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. (SOF 2011:11) ska undersökningen utmynna i en medicinsk bedömning av behovet av vård den asylsökande har och enligt vilken lag denna skall ges samt en bedömning av behov av råd, stöd eller andra åtgärder enligt smittskyddslagen. Enligt SOSFS 2011:11 sjunde paragraf skall hälso-undersökningar av barn också innefatta hur barnet påverkas av vårdnadshavarnas och andra familjemedlemmars hälsa. Undersökningen börjar med ett hälsosamtal som vid behov leder fram till en medicinsk undersökning, provtagning och kroppsundersökning. Innehållet i undersökningen är alltså i viss mån reglerat, men det finns inga standardiserade former för hur dessa samtal och undersökningar skall gå till.

Asylsökande har ofta ackumulerat vårdbehov under längre tid (Crowley, 2004; Hunt, 2007) vilket innebär att hälsoundersökningar är viktiga, dels ur smittskyddssynpunkt och dels för att individen kommer i kontakt med vården (Folkhälsomyndigheten, 2014). Hälsoundersökningen påverkar inte asylprocessen utan är frivillig och gratis (SOF 2011:11). Det är få som verkligen genomgår ett hälsosamtal vilket uppmärksammas bland annat genom EU-projekt samt genom en rad utredningar och dokument socialstyrelsen och folkhälsomyndigheten tagit fram (Carlsson, 2012, Folkhälsomyndigheten, 2014).

Asylsökande är i sig en högst sårbar grupp med hög prevalens av både fysisk och psykisk ohälsa (Crowley, 2004, Hunt, 2007). Sjukdomar som HIV/AIDS, tuberkulos, parasitsjukdomar, hepatit A och B, ospecifika smärtor och psykisk ohälsa är vanligt bland asylsökande och studier visar att över hälften troligtvis lider av psykisk ohälsa. Så många som 25% av flyktingar och asylsökande beräknas besväras av Posttraumatisk Stressyndrom, PTSD (Hunt, 2007).

Hos flyktingbarn är beteendestörningar, missbruk, självskadebeteende och nedsatt allmänhälsa vanligare än hos den övriga befolkningen och många av dessa barn behöver professionell hjälp (Eide & Hjern, 2013; Crowley, 2009). Trots detta saknar asylsökande, flyktingar och hemlösa i stor utsträckning tillgång till psykisk hälso- och sjukvård pga avsaknaden av permanent adress (Hunt, 2007). Detta i kombination med en minskad budgetpost för psykisk hälsa i både sluten- och öppenvård bidrar till den oroväckande dåliga hälsan hos den redan svårt utsatta gruppen (Hunt, 2007). Forskning visar att hälso- och sjukvårdens svar på behovet hos asylsökande barn inte är tillräckligt samt att det är nödvändigt med mer resurser och bättre kompetens inom hälso- och sjukvård som berör den psykiska hälsan för dessa barn (Ascher, 2007). FNs särskilda rapportör uppger vidare att Sverige inte avsätter tillräckliga insatser för folkhälsans målrealisation (Hunt, 2007).

I världsländet möter den asylsökande nya kulturella förväntningar, trossystem och samhällsliga värden som många gånger är främmande (Crowley, 2009). Den första kontakten med sjukvården är troligtvis en predikator för vidare kontakt och dennas natur och det är därför viktigt att förklara hälso- och sjukvårdens system för den asylsökande (Crowley, 2009). Sjuksköterskor är en yrkesgrupp som spelar en stor roll i dessa människors första möten med vårt lands hälso- och sjukvård och det är därför viktigt att mötet etablerar en förtroendefull relation med den asylsökande och vårdpersonalen (Crowley, 2009; Snellman, 2009). Hälso- och sjukvårdspersonal spelar också en stor roll i indentifierandet och dokumentationen av kränkningar av mänskliga rättigheter (Hunt, 2007). För ensamkommande asylsökande barn är det än viktigare med en god kontakt med vuxna i vården (Crowley, 2009).

Det är viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att erkänna den stress och det ofta bakomliggande traumat i att vara flykting och asylsökande (Crowley, 2009, Hunt, 2007) Detta sker genom att bekräfta individen med ett salutogent förhållningssätt, där hälsa är i fokus, istället för sjukdom (Langius-Eklöf, 2010) samt främjande av hopp och Känsla Av Sammanhang - KASAM.

Teoretisk referensram

Hälsa

Hälsa är ett relativt resultat av människans totala och aktuella livssituation och kan beskrivas som att vara "hel som människa" (Lepp, 2010). Begreppet hälsa kan ses ur ett beteendevetenskapligt, samhällsinriktat och medicinskt perspektiv (Willman, 2010). Forskningsområdet hälsa kombinerat med ofrivillig migration och asylprocessen är komplext och bottenar i politik, etik, juridik, folkhälsa, omvårdnad och medicin (Crowley, 2009).

Känsla Av Sammanhang (KASAM) är ett begrepp som utvecklades inom psykologin och är avgörande för bildandet av hälsa och graden av KASAM avgör hur svåra konsekvenserna av ett sjukdomstillstånd blir (Antonovsky, 1987, Langius-Eklöf, 2010). I Antonovskys (1987) hälsokontinuum är meningsfullhet den mest betydelsefulla faktorn för bildandet av KASAM, tillsammans med tillvarons hanterbarhet och begriplighet. "Ju mer begripligt, hanterbart och meningsfullt en person upplever och uppfattar sitt liv generellt desto högre KASAM har den personen " (Langius-Eklöf, 2010:s.99). Modellen används här för att förklara och förstå skapandet av hälsa ur ett holistiskt perspektiv.

Hälsa i form av avsaknaden av sjukdom har ingen betydelse om livet saknar mening och innehåll. "Hopp är ofrånkomligt sammanväxt med hälsa och kvalitet i livet" (Willman, 2010:s.39) och kan beskrivas som att inte ge upp. Då upplevelsen av hopp är en grundläggande förutsättning för att människan ska kunna uppleva hälsa är det också en viktig omvårdnadshandling att inge hopp hos denna utsatta och psykiskt såväl som fysiskt illa mående patientgrupp. Att använda KASAM som modell för skapandet av hälsa möjliggör en ökad förståelse och möjlighet att främja hälsa hos utsatta patientgrupper (Willman, 2010).

Vårdrelationen

En vårdrelation skapas ur denna korta eller långa kontakt patienten har med en professionell vårdgivare och är beroende av vad de båda förväntar sig av relationen samt hur de behandlar och förhåller sig till varandra (Nyström, 2009). Relationen har ett maktmässigt asymmetriskt förhållande, är värdepositiv och karaktäriseras av respekt, förtroende och ömsesidighet. En vårdande vårdrelation anses medföra önskvärda, goda effekter för patienten. Sjuksköterskan har ett stort ansvar för att initiering, etablering och utveckling av vårdrelationen sker kontinuerligt och i samråd med patienten (Snellman, 2009).

Transitioner

Flykt från sitt hemland innebär en livstransition och utmanar ofta personens egen identitet. "En transition innebär att en persons sociala status förändras vilket kan ske genom utvecklingsrelaterade, situationsrelaterade eller hälso- och sjukvårdsrelaterade förändringar" (Ternstedt & Norberg, 2010:s.41). Att genomgå transitioner innebär större utsatthet för hälsorisker som sjuksköterskor kan hjälpa personen att hantera och förstå samt facilitera transitionen i sig och skapandet av den nya identiteten (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, Hillfinger, DeAnne & Schumacher, 2000).

Sjuksköterskans etiska koder

Sjuksköterskan skall i sitt yrkesutövande främja hälsa, lindra lidande, återställa hälsa och förebygga sjukdom. Omvårdnad ska ges respektfullt, med beaktande av mänskliga rättigheter, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning ellersjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning (ICN, 2012).

Problemformulering:

Hälsan hos asylsökande är tidigare främst studerad ur ett folkhälsoperspektiv. En kunskapsbrist föreligger där hälsans relation till socio-miljö möter vårdrelationen och sjuksköterskans roll i skapandet av hälsa. Det är sparsamt beskrivet hur sjuksköterskor kan verka för ett bibehållande och främjande av hälsa hos asylsökande.

Syfte:

Syftet med denna studie är att beskriva hur asylsökandes hälsa påverkas av asylprocessen och hur sjuksköterskor kan bidra till bibehållande och främjande av hälsa.

Metod

Denna studie är en litteraturoversikt i enlighet med Fribergs (2012) struktur för examensarbeten.

Studien började med en litteratursökning som gav mer kunskap om ämnet, som sedan fördes vidare till en problemformulering innefattande ämnesområdet. Denna *inledande informationsökning* genomfördes för att förstå var relevant forskning kan hämtas samt överblicka ämnet i ett sk. "helikopterperspektiv" (Friberg, 2012) och formulera ett syfte. Därefter började den *egentliga litteratursökningen* som efterföljdes av dataanalysen. Då forskningsområdets komplexitet och tvärvetenskapliga natur gav begränsad tillgång till användbart omvårdnadsforskningsunderlag ändrades syftet under informationsökningarna till att innefatta relevanta studier också utanför omvårdnadsområdet.

Datainsamling

På grund av forskningslägets begränsade underlag genomfördes egentlig informationsökning på Pubmed och CINAHL för att säkerställa tillräcklig inkludering av omvårdnadsforskning och -litteratur relaterad till sjuksköterskans profession och roll i mottagandet utav asylsökande. Göteborgs Universitetsbiblioteks metasöktjänst SUMMON användes för att söka i flera källdatabaser samtidigt och därmed nå all, för syftet, relevant forskning. Sökorden som användes var: Asylum seek*, unaccompanied minors/child*, undocumented migrants, nursing, health, Sweden. Under samtliga sökningar lästes alla titlar på artiklarna. De titlar som kunde svara mot syftet generade genomläsning av abstrakten. Då abstrakt uppfattades svara mot syftet lästes artikeln i sin helhet.

- *Inklusionskriterier*: peer reviewed, engelsk- eller svenskspråkiga, högst 10 år gamla.

- *Exklusionskriterier*: studier utanför Europa exkluderades i söktjänstens "subject terms".

Sekundärsökning (Östlundh, 2012) genomfördes för att fånga in forskningsmaterial som refererats till i redan insamlad litteratur. Här inkluderades bland annat material från FN och EU. Inhämtning av relevant lagtext, projektrapporter och andra dokument från SKL och Socialstyrelsen genomfördes parallellt med litteratursökningen.

Dataanalys och kvalitetsgranskning

Femton artiklar som efter genomläsningen ansågs svara mot syftet kvalitetsgranskades enligt Willman, Stolt och Bahtsevanis (2011) mall. Beroende på granskningsresultat delades artiklarna in i hög, medel eller låg kvalitet. De artiklar som innehöll alla kriterier erhöll hög kvalitet och de som saknade en eller flera kriterier erhöll medelkvalitet. Saknades ett flertal kvaliteter erhöll artikeln låg kvalitet och uteslöts ur studien. Av de 15 artiklar som kvalitetsgranskades erhöll 11 artiklar hög kvalitet och 2 medelkvalitet och har medtagits i studien. Sju av de valda artiklarna är kvalitativa och sex är kvantitativa (v.g. se Bilaga 1).

Under genomläsningen identifierades teman som berör skapandet av asylsökandes hälsa. Dessa teman användes sedan för att identifiera resultat relevanta för studiens syfte. Resultaten sammanställdes därefter under respektive tema och jämfördes för att identifiera skillnader och likheter (Friberg, 2012).

Forskningsetisk granskning

Artiklarna i den här studien var alla etiskt granskade och godkända. Två studier; Nielsen et al. (2008) och Suurmond et al. (2010), granskades inte av någon etisk kommitté, i enlighet med danska och holländska regler, men studierna inhämtade tillstånd från danska Datatillsynsmyndigheten (vars arbetsuppgift är att övervaka personupplysningslagen) respektive från de holländska sjuksköterskornas arbetsgivare - Community Health Services for Asylum Seekers.

Resultat

I artiklarna den här studien granskat kan ett antal tematiska områden urskiljas som särskilt påverkar hälsan hos asylsökande. Resultaten kommer främst från Sverige, Norge och Danmark men en artikel har studerat ensamkommande barn i Belgien och en annan i Holland. En tredje har undersökt hur språkbarriärer påverkar vårdmöten i Schweiz.

Hälsan hos asylsökande

Resultaten visar att det går att relatera många generella hälsoproblem till migration och att fly från sitt hemland (Seglem et al. 2011, Samarasinghe et al. 2010, Jakobsen et al. 2014) och gruppen asylsökande har hög prevalens av fysisk och psykisk ohälsa (Lindgren et al. 2012, Suurmond et al. 2010). Då de ofta har exponerats för krig, förtryck, förföljelse och i vissa fall också tortyr och omänsklig behandling har asylsökande ofta ett ackumulerat vårdbehov och ett större vårdbehov än övrig befolkning (Hultsjö & Hjelm, 2005, Lindgren et al. 2012).

Resultaten visar att tidigare upplevelser av traumatiska livshändelser påverkar barnens hälsa (Hultsjö & Hjelm, 2005, Lindgren et al. 2012, Samarasinghe et al. 2010). De kvalitativa studierna återger traumatiska upplevelser av krig och våldtäkt, PTSD och sjukdomar de ådragit sig i hemlandet som riskfaktorer för deras hälsa (Hultsjö & Hjelm, 2005, Samarasinghe et al. 2006).

Vervliet et al. (2013) redovisar en hög frekvens av traumatiska livshändelser från tiden i hemlandet och under själva flykten, men också under och efter ankomsten till värdlandet. Lindgren et al. (2012) visar att utsattheten för våld, hot om våld och att en närstående varit utsatt var hög bland både asylsökande och andra invandrare, men att frekvensen av psykisk ohälsa var klart högre hos de asylsökande.

Symtom på psykisk ohälsa är vanligare hos asylsökande än hos övriga invandrare och det föreligger en underdiagnosticering av psykologiska besvär hos asylsökande (Lindgren et al. 2012). Detta exemplifieras i resultat från Jakobsen et al. (2014) som visar att bland asylsökande barn som anlände ensamma till Norge hade 9,8 % utsatts för sexuella övergrepp, 27,9 % hade upplevt livshotande medicinska problem, 77,9% varit med om fysisk misshandel, 81,7 % hade genomgått livshotande situationer och 96,3 % hade upplevt någon form av negativ livshändelse. Av de barnen som uppfyllde diagnostiska kriterier för psykiska diagnoser, fick 30,6 % diagnosen PTSD, 9,4 % Depression, 4,4 % Agorafobi, 4,4 % Dystymi/depressiv neuros/neurotisk depression och 3,8 % fick diagnosen generaliserat ångestsyndrom (Jakobsen et al. 2014).

Samarasinghe et al. (2006) fann att sjuksköterskor uppfattade att psykosomatiska symtom kunde visa sig hos både asylsökande barn och vuxna. Depression och somatisering i form av gastrit, eksem och smärtor kan även uppstå efter asylprocessen. Enligt Samarasinghe et al. (2010) upplevde sjuksköterskor sig inte kompetenta nog att hantera psykosomatiska besvär.

Enligt Lindgren et al. (2012) uppgav 56 % av de asylsökade att de blivit separerade från nära familjemedlemmar vilket är en definitiv stressfaktor (Samarasinghe et al. 2010). Kvalitativa resultat indikerar att ett boende med landsmän till den asylsökande är en faktor som kan anses bidra till ett välbefinnande (Samarasinghe et al. 2010, Seglem et al. 2011) och många barn saknar information kring hur sökandet efter deras anhöriga gick (Lundberg & Dahlqvist, 2012).

De studier som undersökte hälsan hos ensamkommande barn noterade flera faktorer som särskilt påverkar hälsan. Kön, ålder, boendeform och härkomst är omständigheter som påverkar skapandet av hälsa hos asylsökande barn som anländer ensamma i det nya landet och för många barn är psykosocialt stöd och terapi nödvändigt (Seglem et al. 2011).

För asylsökande barn är antalet omflyttningar och övergångar, tiden under utredning och kulturell isolation påfrestande faktorer (Nielsen et al. 2008). Barn som överklagat beslut i sin asylprocess mår sämre än de som inte överklagat och barn som fått beslut om avslag och de som befinner sig i processen finner det ofta svårt att tänka på sin framtid (Lundberg & Dahlqvist, 2012).

Jakobsen et al. (2014) redovisar en över tid stabil psykisk sjuklighet hos ensamkommande barn i Norge. Inte heller Seglem et al. (2011) eller Vervliet et al. (2013) visar något samband mellan depression och tidslängd i värdlandet. Kvalitativa resultat pekar däremot på att lång väntetid i asylprocessen är en stresskälla som kan leda till psykisk ohälsa för både barn och vuxna och att frekvensen av ohälsa är kopplad till längden på asylprocessen (Lundberg & Dahlqvist, 2012, Nielsen et al. 2008, Samarasinghe et al. 2006).

Vervliet et al. (2013) fann att fler stressfaktorer gav fler symtom på psykisk ohälsa. I Belgien ökade medianantalet rapporterade stressfaktorer med tid, särskilt avseende diskriminering men också avseende skola, relationer med familjemedlemmar, bostadsproblematik och åldersbestämning (Vervliet et al. 2013). Enligt Seglem et al. (2011) kan boendeformen hos ensamkommande barn vara en prediktor för senare psykiskt mående. Exempelvis visade fler ensamkommande flyktingbarn depressionssymtom i de kommunerna med hög andel högutbildade (Seglem et al. 2011).

I den danska studien utförd av Nielsen et al. (2008) rapporterade omkring 37 % av barnen som bodde med minst en förälder psykiska problem. Seglem et al. (2011) visar att ensamkommande flyktingbarn uppvisar en hög frekvens av depression även efter att de fått en fast bostad, jämfört med övrig befolkning. Cirka 20 % av ensamkommande barn uppvisade symtom på depression efter i snitt 3,4 år

i Norge (Seglem et al. 2011). Bland barn under 14 år var frekvensen av depression och PTSD lägre än hos de äldre (Seglem et al. 2011).

Den här studien fann motsägelsefulla resultat avseende barnets kön i relation till dess hälsa. Seglem et al. (2011) fann en högre depressionsfrekvens hos flickor än pojkar medan Nielsen et al (2008) redovisar en generellt sämre hälsa hos pojkar än flickor. Hos många asylsökande upplevdes att traumatiska upplevelser och sorger inte var tillräckligt kommunicerade och/eller bearbetade inom familjerna och flickor upplevdes uttrycka dessa trauman och sorger i större utsträckning än pojkar (Samarasinghe et al. 2006)

Asylprocessen

Under tiden transitionen pågår och asylansökan handläggs är social utsatthet, rasism, social passivitet och förlust av kontroll är riskfaktorer för psykisk och fysisk ohälsa för både barn och vuxna (Samarasinghe et al. 2006, Seglem et al. 2011). Samarasinghe et al. (2006) fann att en hög utbildning och stark socio-ekonomisk bakgrund är faktorer som gör transitionen det innebär att fly, lättare.

Det psykiska måendet under själva asylprocessen är extremt fragilt och att sjuksköterskor uppfattar att den juridiska processen som följer en asylansökan bara är ett av flera stressmoment den asylsökande måste hantera i det nya landet (Nielsen et al. 2008, Seglem et al. 2011, Samarasinghe et al. 2006). Samarasinghe et al. (2010) konstaterar att kontextuella, socio-miljömässiga faktorer som att leva med arbetslöshet, bearbeta trauman och hantera social segregation tillsammans med asylprocessen är hinder för hälsa. Förändrade familjeroller och ovänliga attityder i det nya landet är andra riskfaktorer för att familjen och dess medlemmar ska utveckla psykisk och fysisk ohälsa och även familjekonflikter (Berlin et al. 2012, Samarasinghe et al. 2006).

Föräldrar tappar förmågor och energi på grund av asylprocessens stress och måendet hos föräldrarna speglas hos barnen, till exempel genom att barn slutar leka om mamman är suicidal (Samarasinghe et al. 2006). Lundberg & Dahlqvist (2012) och Vervliet et al. (2013) påtalar att många barn mår dåligt under asylprocessen och behöver professionell hjälp.

Vårdrelationer

Det är viktigt att etablera en förtroendefull förbindelse med den asylsökande och mötet leder till att patienten och vårdaren skapar en vårdrelation (Suurmond et al. 2010).

Asylsökande flyktingar betraktas som den patientgrupp som oftast försätter sjuksköterskor i problematiska situationer, framkallar mest frustration inom akutvård och anses vara en "högljudd" patientgrupp som "lever ut" sina symtom (Hultsjö & Hjelm, 2005). Att inte få full tillgång till sjukvård och stressen i asylprocessen kan anses vara bidragande orsaker till att denna patientgrupp ofta upplevs som högljudd och besvärlig (Lindgren et al. 2012).

Resultaten visar att det är viktigt att främja hälsa för flyende familjer ur ett systemorienterat perspektiv där familjestabilitet främjs genom att visa familjen respekt, fokusera på relationer och interaktioner mellan familjemedlemmar och genom att se dem som värdefulla för samhället. Att i transitionen stödja skapandet av den nya identiteten för att främja självkänsla och stabilitet anses extra viktigt i de 3-5 första åren och sjuksköterskans interventioner bör fokusera på just byggandet av identitet och att reducera effekterna av kontextuella socio-miljömässiga stressfaktorer (Samarasinghe et al. 2006). Ett fokus på socio-miljömässiga faktorer får sjuksköterskan att träda in i sociopolitiska arenor och att sköterskorna anser att detta komplicerar arbetet för dem (Samarasinghe et al. 2010). Sjuksköterskor upplevde uppgiften att värdera och uppskatta migranternas hälsa som svår (Berlin et al. 2012).

I studierna Samarasinghe et al. (2010) genomförde använde sig sjuksköterskorna utav antingen en etnocentrisk, empatisk eller holistisk metod för att att närma sig familjen och främja dess hälsa.

Ett holistiskt förhållningssätt integrerade andra professioner och institutioner för en familjefokuserad omvårdnad, bland annat genom att koordinera insatser för att hitta saknade familjemedlemmar.

Den etnocentriska metoden fokuserade på att främja familjemedlemmarnas individuella hälsa genom fokus på den egna kulturen ur ett etnorelativt perspektiv. Sjuksköterskor som använde sig av en etnocentrisk metod tyckte att det var svårt att möta och vårda psykosomatiska problem och det framkom att de tyckte att omvårdnad utövad med en etnocentrisk metod kan leda till ackulturativ stress och innebära ökad frustration hos sjuksköterskan. Den etnocentriska metoden var dock bäst för att upptäcka infektionssjukdomar (Samarasinghe et al. 2010).

De sjuksköterskor som använde sig av en empatisk metod för att främja individuell hälsa kunde lätta psykisk stress genom att låta patienten berätta om sina upplevelser (med tolk). Den empatiska metoden kunde användas för att skapa en tillitsfull relation med den asylsökande genom att bland annat vara nyfiken på de asylsökandes hemland och använda humor. Den empatiska metoden möjliggjorde förtroende och förståelse i vårdrelationen. Den empatiska metoden höjde också familjens självkänsla och upprätthöll identiteten hos individerna (Samarasinghe et al. 2010).

Arbetet med att underlätta kontakt med andra myndigheter enligt familjens behov anses utav sjuksköterskor vara en nödvändighet och i detta avseende var den holistiska metoden klart bäst lämpad (Samarasinghe et al. 2010). Med den holistiska metoden kan det i familjer från kollektivistiska kulturer vara bra att rita ett genogram samt fråga om hemsituation och familjemedlemmarnas roller för att korrekt förstå familjen och dess individer (Samarasinghe et al. 2010).

Sjuksköterskor bör i ett familjesystemperspektiv stödja föräldrarna i sin roll och att hjälpa familjen att processa trauman på ett genusmedvetet och ickestigmatiserande sätt (Samarasinghe et al. 2006). I familjefokuserad vård och omsorg är inkommerade stödjande samtal om adaptation och ackulturation användbara och hälsofrämjande (Samarasinghe et al. 2010). De sjuksköterskor som använde sig av en holistisk metod för att främja familjens hälsa fann att även om tidigare liv och erfarenheter var viktiga var framtiden och dess visioner minst lika viktiga för ett gott mående (Samarasinghe et al. 2010).

Hälsoundersökningar

Hälsoundersökningar av asylsökande är viktiga, dels ur smittskyddssynpunkt och dels för att individen kommer i kontakt med vården, får information om det svenska sjukvårdssystemet och vart man som asylsökande kan vända sig. Sjuksköterskor är i detta möte ofta den första vårdkontakten i Sverige och har i dessa undersökningar ett stort ansvar för att individens hälsa utvärderas och optimeras samt att relationen initieras på ett bra sätt. Det är ett stort problem är att många asylsökande av olika anledningar inte kommer för att undersöka sig och sin hälsa (Samarasinghe et al. 2010, Suurmond et al. 2010).

I Wångdahls (2014) fokusgruppsdiskussioner framkom att många upplever att det kan vara svårt att komma i kontakt med asylsökande och logistiken gällande kallelser till ambulerande verksamheter uppfattas som extra svår. Både Migrationsverks- och landstingspersonal upplever tidsbrist i samband med arbetet med hälsoundersökningar och önskar snabbare uppföljning av genomförda undersökningar. Det framhålls som viktigt att informera den asylsökande om att hälsoundersökningen är frivillig, gratis, viktig och innebär en möjlighet för dem att kontrollera sin hälsa, samt att den är till för deras egen skull. Det är också viktigt att meddela att tystnadsplikt gäller och att hälsoundersökningen inte påverkar asylprocessen (Wångdahl, 2014).

De som tycks delta allra minst i hälsoundersökningarna är unga män. Varför de inte dyker upp kan bero på flera orsaker och Wångdahl (2014) uppger att brist på kunskap kring vad en hälsoundersökning är, att den asylsökande känner sig frisk och ser inte meningen eller behovet att delta och att vissa uppfattar det som skamligt att må dåligt är vanliga anledningar till att inte gå på hälsoundersökningen. Rädslor som hindrar asylsökande från att delta kan t.ex. vara rädsla för att hälsoundersökningen påverkar asylprocessen, att information från hälso-undersökningen ges till Migrationsverket, rädsla för myndigheter i allmänhet, rädsla för kropps-undersökning (till exempel gynekologisk undersökning) och/eller för sprutor. Kollektivtrafiks-kostnader uppges också vara ett hinder för att komma till mottagningen (Wångdahl, 2014).

Under fokusgruppsdiskussioner framkom att både Migrationsverks- och landstingspersonal upplevde att det kan vara svårt att prata och ställa frågor om sex och samlevnad, sexuellt överförbara sjukdomar, tortyr, övergrepp, trauma och psykisk ohälsa (Wångdahl, 2014). Sjuksköterskor ställs inte sällan inför situationer där de inte kan hjälpa en lidande person, exempelvis på grund av att de inte kunde remittera patienten vidare (Hultsjö & Hjelm, 2005). Personal inom hälso- och sjukvården upplever det som omoraliskt att ställa frågor om något som man inte kan erbjuda hjälp direkt, i fall det skulle behövas (Wångdahl, 2014).

Enligt personal från både Migrationsverket och landstingen är det många asylsökande som inte förstår informationen i och kallelsen till hälsoundersökningen. Separata informationsträffar för asylsökande, som enbart ska handla om hälso- och sjukvården i Sverige och hälsoundersökningen föreslås för att höja deltagandet i hälsoundersökningarna (Wångdahl, 2014).

Lindgren et al. (2012) framhåller att det generellt behövs en ökad koordination mellan institutioner och aktörer i asylprocessen, inte minst för att underlätta sjuksköterskans arbete. Enligt Wångdahl (2014) skulle invandrarföreningar och andra frivilligorganisationer kunna underlätta arbetet med asylsökande exempelvis genom att informera och motivera asylsökande att delta i hälsoundersökningen. Migrationsverket och landstinget önskar också att vidare inkoorporera patientkontoret, olika kvinnoorganisationer, Röda korset, Röda korsets center för tortyrskadade, Tandvården och psykiatrin mer i verksamheten kring hälsoundersökningar.

Att värdera hälsa och hälsorisker hos barn genom deras psykosociala utveckling och hemmiljö, identifiera och beskriva riskfaktorer, upplevs av sjuksköterskor som en svår arbetsuppgift, ofta beskriven i abstrakta ordalag som per definition är öppen för godtyckliga tolkningar (Berlin et al. 2012). Sjuksköterskorna tyckte att det var svårt identifiera riskfaktorer för barnens hälsa då deras obekanta hemmiljöer gör dem svåra att värdera och att det kan vara svårt att sätta sig in i familjens liv. Enligt Berlin et al (2012) upplevdes det som osäkert hur man som sjuksköterska skulle gå vidare med riskfaktorer som kan påverka barnet och dess utveckling negativt. Klargörande strategier (sk. elucidating strategies), såsom hembesök, användes med gott resultat då sjuksköterskor kände sig osäkra på huruvida hemmiljön utgör en riskfaktor eller inte. Vissa situationer kunde också påverka sjuksköterskornas egen tillvaro på ett personligt och existentiellt plan. (Berlin et al. 2012). För vårdpersonal som omhändertagit traumatiserade flyktingar upplevs samtal och debriefing viktigt i efterförloppet (Samarasinghe et al. 2010).

Kulturell kompetens

Hur ett vårdmöte sker och att kulturen hos den man möter tas i beaktande, är viktigt att den viktiga vårdrelationen ska kunna upprättas och fungera samt för att den asylsökande skall få rätt vård. Studien Samarasinghe et al. genomförde (2010) visar att främjandet av flyktingfamiljers hälsa är interrelaterad till den kulturella kompetensen hos deras sjuksköterskor.

En hög kulturell kompetens hos hälso- och sjukvårdpersonal ger en bättre vård för asylsökande och kan därmed hjälpa att överbygga olikheter mellan olika gruppers hälsotillstånd. Suurmond et al.

(2010) visar att kulturell kompetens ger förståelse, kunskap och verktyg för att arbeta med människor från olika kulturer och att det är viktigt med kunskaper om politisk och humanitär situation i den asylsökandes ursprungsland. Kunskaper om epidemiologi och sjukdomsprevalens i ursprungslandet samt medvetenhet om den juridiska kontexten i ursprungslandet. Kunskaper om flyendets effekter på hälsan är lika viktigt som en förståelse för hur kultur formar individuellt beteende och tänkande (Suurmond et al. 2010). Hälso- och sjukvårdspersonal måste känna till och erkänna dessa bidragande faktorer till skapandet av hälsa och att kulturell kompetens innebär medvetenhet om den egna kulturen (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Det är viktigt att sjuksköterskor i vårdmötet visar färdigheter i att kunna etablera förtroendefull relation till den asylsökande, för att på ett bra sätt kunna ställa delikata frågor kring traumatiska upplevelser och personliga problem, fråga patienten vad den tycker är viktigt och förklara hälso- och sjukvårdssystemet (Suurmond et al. 2010). Att samtala om familjen och eventuella stresskällor upplevs som ett bra sätt att genom familjecentrerad vård främja hälsa hos både individer och hos familjen som helhet (Samarasinghe et al. 2010). Att facilitera sociala nätverk genom att samarbeta med andra insitutioner och instanser av svensk hälso- och sjukvård leder till en bättre integration för familjen och främjer social hälsa (Samarasinghe et al. 2010). Sjuksköterskorna tyckte också att en vänlig attityd och ett genuint intresse för individerna främjar deras psykiska hälsa och det bedömdes som viktigt att berömma anpassningar till svenska seder och kulturella värden (Samarasinghe et al. 2010). För asylsökande barn är det än viktigare med kontakt med vuxna på hem och i vården (Lundberg & Dahlqvist, 2012).

Resultaten visar att sjuksköterskor anser att kulturell kompetens är viktigt (Berlin et al. 2012, Hultsjö & Hjelm, 2005, Samarasinghe et al. 2010, Suurmond et al. 2010). Dock tyckte många sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal att de saknade kulturell kompetens (Hultsjö & Hjelm, 2005) och Samarasinghe et al. (2010) redovisar att svenska sjuksköterskor inte känner sig nog utbildade inom transkulturell kommunikation och kulturell kompetens. En generell kulturell kompetenshöjning av sjukvårdspersonal efterfrågas även av Lindgren et al. (2012) och Suurmond et al. (2010) poängterar att hälso- och sjukvårdspersonal ofta själva måste hitta strategier för att möta asylsökande personer.

Enligt Wångdahl (2014) är möjligheten att delta i kompetenshöjande insatser relevanta för arbetet med hälsoundersökningar av asylsökande varierande för både Migrationsverks- och landstingspersonal. En del får lov att delta i många utbildningar, kurser och studiebesök medan andra "får slåss för att få delta på en enda" (Wångdahl, 2014;Pp.21).

Enligt Samarasinghe et al. (2010) är ofrivilliga migranter oftare mindre benägna att absorbera den nya kulturen vilket i sin tur kan generera än mer stress. Detta kombinerat med ökad social utsatthet, rasism och förlust av kontroll över sin ekonomiska situation ökar sårbarheten för psykisk och fysisk ohälsa och sjuksköterskor anser att det finns en risk att hälso- och sjukvårdspersonal ser dessa flyktingar som offer och vidare traumatiserar dem istället för att se dem som motståndskraftiga och modiga familjer (Samarasinghe et al. 2010).

Kulturella skillnader kan leda till olika förväntningar på vård och omsorg. Samarasinghe et al. (2010) menar att om familjen har en plats i samhället och klara roller fungerar den bättre än annars. Sjuksköterskor kunde främja föräldrarnas roller i familjen genom att samarbeta med sociala myndigheter, terapeuter och andra hälso- och sjukvårdsinsanser och att uppmuntra deltagande i exempelvis diskussionsgrupper för föräldrar och matlagningskurser för kvinnor. Personlig kontinuitet och att samarbeta med andra professioner ansågs viktigt för arbetet med barn och deras föräldrar också enligt de sjuksköterskor Berlin et al. (2012) intervjuat.

Språkbarriärer

Språkbarriärer är vanliga mellan vårdare och patient, ofta påtagliga och utgör ett hinder för att rätt vård ska komma den asylsökande till godo (Samarasinghe et al. 2006). I mötet mellan sjuksköterska och en asylsökande anses vissa viktiga begrepp upplevas som extra svåra men också viktiga att förklara - t.ex. vad landstinget är för någonting, vad det är för skillnad på Migrationsverket och landstinget, vad en vårdcentral är och vad tystnadsplikt, akutvård och "vård som inte kan anstå" innebär (Wångdahl, 2014). Verbal kommunikation med asylsökande är ofta svår (Berlin et al. 2012) men Hultsjö & Hjelm (2005) uppger att även kroppsspråket kan utgöra en språklig barriär.

Bischoff et al. (2003) påpekar att en dålig kommunikation leder till att symtom inte kommuniceras och sjukdomstillstånd kan förbises av vårdpersonal. Den asylsökande blir då ej remitterad till rätt vårdinstans och många gånger missas också viktiga nyckelupplevelser i den asylsökandes liv som traumatiska livshändelser.

Hultsjö & Hjelm (2005) uppger att strömlinjeformade rutiner för kommunikation med tolk är en förutsättning för kostnadseffektiv och högkvalitativ, säker vård. Det är tydligt att professionella tolkar är det bästa alternativet för en god kommunikation (Bischoff et al. 2003). Kommunikation med så kallade ad hoc-tolkar, exempelvis när en närstående tolkar eller när sjuksköterskor tolkar på sitt modersmål, kan inte säkerställa en god kommunikation (Bischoff et al. 2003) och användandet av barn som tolkar kan instabilisera familjen och dess interna relationer (Samarasinghe et al. 2006).

Gällande kommunikation, generellt, anses en personlig kommunikation och delgivning av information ansikte mot ansikte vara viktig (Wångdahl, 2014). För en god kommunikation kan det också hjälpa att tala långsamt och tydligt, tänka på sitt kroppsspråk och använda sig av den rumsliga omgivningen som hjälp. Att lära sig några ord från ett främmande språk och informera om svenska seder är också något som sjuksköterskor framhöll som fruktbara strategier för att etablera en god kommunikation (Samarasinghe et al. 2010).

Diskussion

Metoddiskussion

Då många faktorer tillsammans bildar hälsa är alla påverkbara aspekter intressanta. I en översiktlig litteraturstudie av detta slag blir därför forskningsinformation från flera akademiska discipliner och fält viktiga att inkludera för att adekvat kunna beskriva den komplexa situationen de asylsökande befinner sig i. I enlighet med Fribergs (2012) struktur för litteraturstudier skapar den här studien en god förståelse för de asylsökandes hälsosituation och sjuksköterskors attityder kring att vårda asylsökande, men bilden behövde kompletteras med evidens från länder med liknande situation och system som Sverige. Det finns en risk att subjektivitet präglar urvalsprocessen och vidare påverkar valet av artiklar. Risken för subjektivt urval finns också i den här studien.

Studiens svagheter ligger i mångt och mycket i bristen på reliabelt forskningsmaterial kring vårdrelationer mellan asylsökande och vårdpersonal. Idag saknas också tillförlitlig forskning som förklarar hur skapandet av hälsa påverkas av sociomiljömässiga faktorer som att "stå utanför" samhället och vad detta vidare betyder för bildandet av en vårdrelation. Denna kunskapslucka påtalas också i flera av artiklarna som är inkluderade i den här studien.

Resultatdiskussion

Resultaten är distinkta och ofta explicita gällande asylsökandes sämre fysiska och psykiska hälsa samt att de ofta bär med sig erfarenheter av krig, våld och förtryck. Asylprocessen innebär en situation där den enskilde har litet inflytande över sin livssituation och dämed också begränsad förmåga att

påverka sin hälsa. För många är asylprocessen uppenbart svår och innebär livslidande i form av stressfaktorer som påverkar deras hälsa negativt. Förståelse för detta lidande innebär att sätta sig in i den andres livssituation och att erkänna dessa känslor. Här har sjuksköterskan som möter den asylsökande ett stort ansvar.

Vårdrelationen är av avgörande betydelse för hur patient och vårdare interagerar med varandra, hur vården går till och vad den resulterar i. Förtroende, förståelse och ett professionellt förhållningssätt är alla förutsättningar för att kunna skapa en god vårdrelation (Snellman, 2009).

Den sammanlagda stressen det innebär att vara asylsökande kan påverka beteendet hos dessa personer. Beteenden som att "vara högljudd" och "leva ut symtom" tolkas ofta som kulturella skillnader utav sjukvårdspersonal, men är i själva verket sätt att hantera en osäker och stressande tillvaro. På grund av låg kulturell kompetens kan attityder kring detta beteende då bli hindrande för skapandet av en god vårdrelation och bidrar sannolikt till att sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal upplever det som prövosamt att vårda asylsökande. Detta hinder kan övervinnas dels genom kompetenshöjningar hos personalgrupper som arbetar med asylsökande och dels genom att erkänna stressfaktorers långverkande effekt på hälsan och det ofta bakomliggande traumat i att vara flykting och asylsökande. De sammanlagda stressfaktorerna i tidigare trauman och nuvarande livssituation bör tas i beaktning ur ett holistiskt perspektiv och patienten bör lämnas utrymme att berätta så mycket hen vill kring dessa upplevelser (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Sjuksköterskan skall på ett vänligt sätt bemöta patienten och etablera en förtroendefull relation med den asylsökande. Förmågan att reflektera över egna värderingar och föreställningar som kan tänkas påverka vårdmötet och omvårdnadshandlingar är av stor betydelse och leder till förståelse för den asylsökandes situation genom öppen och ärlig kommunikation, tolerans för olikheter och respekt för den andres person (Snellman, 2009).

För att förstå och bekräfta patienten och dess känslor krävs ett holistiskt synsätt där tillvarons alla aspekter och faktorer vägs in (Samarasinghe et al. 2006). I mötet med familjer bör sjuksköterskan anlägga ett familjesystemperspektiv för att förståelse för familjen och dess individer ska uppstå. Ett så kallat familjegenogram kan vara ett bra hjälpmedel för att skapa denna förståelse (Samarasinghe et al. 2010).

De närmaste åren kommer sannolikt att innebära en ytterligare ökning av ensamkommande asylsökande flyktingbarn till Sverige och om dessa barn ska kunna öppna sig och berätta måste de känna sig säkra (Hultsjö & Hjelm 2005). För att detta ska kunna ske måste de betraktas som barn först och främst och asylsökande i andra hand. Sjuksköterskor har en svår uppgift att nå dessa barn och etablera en god vårdrelation. Risken att vidare traumatisera den asylsökande genom samtal om det förflutna bör minimeras om sjuksköterskan anlägger ett helhetsperspektiv och förklarar på ett icke-stigmatiserande sätt varför det är viktigt att förstå de stressfaktorer som är aktiva i den asylsökandes tillvaro. Att samtala om tidigare upplevelser är ett bra sätt att bearbeta traumatiska livshändelser och att våga fråga är en viktig uppgift för sjuksköterskan (Samarasinghe et al. 2010).

I mötet med asylsökande är några faktorer särskilt stressande för sjuksköterskor. Det kan kännas olustigt att fråga om saker man inte känner att man kan hjälpa till med som sjuksköterska. Exempelvis finns det ofta inte någonstans att hänvisa tortyrskadade flyktingar till för vidare vård, vilket kan göra att sjuksköterskor inte frågar om tidigare upplevelser i hemlandet och viktig information om den asylsökandes hälsa förbises (Samarasinghe et al. 2006). Med tydliga lokala riktlinjer och kunskap om vart man kan hänvisa patienter (exempelvis Röda Korsets Center för Tortyrskadade) kan dessa personer få hjälp med sitt lidande och sjuksköterskor kan känna trygghet i sin yrkesroll och utförda omvårdnadshandlingar (Samarasinghe et al. 2010).

I mötet med den asylsökande, till exempel under en hälsoundersökning, ska sjuksköterskor förhindra vårdlidande, lindra sjukdomslidande och bekräfta ett eventuellt livslidande (Wiklund, 2009). Nära hälften av alla som undersöks visar symtom på dålig psykisk eller fysisk hälsa och arbetsuppgiften att identifiera dessa symtom och hälsorisker upplevs av sjuksköterskor som både viktigt och svår. Att i mötet med den asylsökande dokumentera anamnes och bakgrundshistorik är viktigt för att identifiera tidigare trauman, fysisk och psykisk ohälsa och brott mot de mänskliga rättigheterna. Att låta patienten berätta om sina upplevelser kan också vara ett sätt att bearbeta trauman och skapa en förståelse som ytterligare kan stärka en etablerad vårdrelation.

Att nå dessa personer kan försvåras av att språkliga faktorer komplicerar kommunikationen och därmed också skapandet av en god vårdrelation. Resultat visar att det är viktigt att sjuksköterskor använder sig av professionella tolkar (Bischoff, 2003, Hultsjö & Hjelm, 2005) i kontakten med asylsökande som inte kan tala svenska.

Lindgren et al. (2012) påtalar att en standardisering av hälsoundersökningarna behövs. I dagsläget finns inga gemensamma intervjutekniker för hälsosamtal och en nationell vägledning skulle göra dessa undersökningar systematiska och gemensamma och därigenom säkra att de blir lika och rättvisa. Med ytterligare akademisk utbildning i interkulturell kommunikation och kulturell kompetens bör dugligheten hos svenska sjuksköterskor öka ytterligare i kontakt med asylsökande.

Att som sjuksköterska vara medveten om de effekter organisatoriska brister i integrations- och sjukvårdssystem har på den enskilde asylsökande är en förutsättning för att kunna erkänna och visa förståelse för de känslor den asylsökande känner. Exempelvis implementerades 2011 ett nytt handhavande för asylsökande barn som skulle hålla nere väntetiden till högst tre månader. I praktiken är det dock inte ovanligt med väntetider över tio månader (Lundberg & Dahlqvist, 2012) vilket utgör en stressfaktor och hälsorisk för dessa barn. Flera artiklar konstaterar att hälso- och sjukvårdens svar på behovet hos asylsökande är inte tillräckligt. Dessa artiklar pekar på att det är nödvändigt med mer resurser och bättre kompetens i hälso- och sjukvården som berör asylsökandes hälsa (Lundberg & Dahlqvist, 2012, Lindgren et al. 2012).

Fortsatt forskning

Den kunskapsbrist som påtalas i flera av de artiklarna som den här studien tagit del av är en indikation om att fortsatt forskning är nödvändig. Fler studier om hur skapandet av hälsa går till hos traumatiserade personer under svåra förhållanden i ett nytt och okänt land är behövlig och skulle öka förståelsen för dessa människors situation och därigenom också bidra till skapandet av en bättre hälsa. Hälsoundersökningarna av asylsökande erbjuder ett utmärkt tillfälle att ur ett folkhälsoperspektiv studera, kartlägga och identifiera hälsorisker och friskfaktorer hos dessa personer. Vidare forskning som kartlägger skapandet av hälsa över lång tid är önskvärd och skulle sannolikt bidra till en bättre integration av dessa människor.

Implikationer för klinisk praxis

För att sjuksköterskor ska kunna etablera en god vårdrelation i mötet med en asylsökande patient bör särskild hänsyn tas till den komplicerade livssituation hen ofta befinner sig i. Genom ett ärligt bemötande och holistiskt synsätt kan sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal lindra lidande samt främja KASAM och hälsa. Patienten bör lämnas utrymme att på egna villkor berätta om sin tillvaro utöver aktuellt sjukdomslidande för att skapa förståelse och hjälpa patienten att bearbeta eventuella traumatiska livsupplevelser.

I kommunikationen med asylsökande ska sjuksköterskor om möjligt använda sig av professionella tolkar för att säkerställa en god och säker vård. För att underlätta en verbal kommunikation kan

sjuksköterskor också tänka på hur ens eget kroppsspråk uppfattas, tala långsamt och tydligt, använda sig av den rumsliga miljön som kommunikativt hjälpmedel och gärna lära sig några ord från det aktuella språket. Sjuksköterskor bör också reflektera över sitt eget beteende och dess relation till den egna kulturen för att uppvisa kulturell kompetens. I mötet kan sjuksköterskor också facilitera den asylsökandes integration genom att exempelvis förklara sjukvårdssystemet och berätta om svenska seder.

Sjuksköterskor bör i övrigt vara den asylsökande behjälplig genom att underlätta kontakt med aktuella myndigheter och andra aktörer för att lindra livslidande och främja KASAM. Att hjälpa med något litet kan betyda mycket.

Referenser:

- Alexander, S. (2010) "Humanitarian bottom league? Sweden and the right to Health for undocumented migrants" *European Journal of Migration and Law* 12, Pp. 215–240
- Antonovsky, A. (1987) "Hälsans Mysterium" Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm
- Ascher, H. (2007) "Skarp FN-kritik manar till nytänkande" *Läkartidningen*;45
- Berlin, A. Hylander, I. Thörnkvist, L. (2012) "Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents – a theoretical model" *Scand J Caring Sci*;22, Pp. 118-127
- Bischoff, A. Boviera, P.A. Isaha, R. Francoise, G. Arielb, E. Louisa, L. (2003) "Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral" *Social Science & Medicine* Iss. 57, Pp. 503–512
- Carlsson J. (2012) "Antalet hälsoundersökningar för asylsökande måste öka" *Folkhälsomyndigheten* Hämtad den 17 november 2014, tillgänglig på <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/historik-smi-2003-2013/historik-smi-nyheter/2012/januari/antalet-halsundersokningar-for-asylsokande-maste-oka/>
- Council Directive 2003/9/EC (2003) "Laying down minimum standards for the reception of asylum seekers" *Official Journal of the European Union*, 6.2, Hämtad den 20 november 2014, Tillgänglig på www.ue.eu.int
- Crowley, C. (2009) "The mental health needs of refugee children: A review of literature and implications for nurse practitioners" *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, ISSN 1041-2972, 06, Volume 21, Pp. 322
- Eide, K. Hjern, A. (2013) "Unaccompanied refugee children – vulnerability and agency" *Acta Paediatrica*, Vol:102, ISSN 0803-5253,
- Förenta Nationerna, FN (2008) "Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna", UD:s officiella översättning, Publicerad av UNRIC Brussels, Pp. 1-18, Hämtad den 17 november 2014. Tillgänglig på: <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/>
- Friberg, F. (2012) "Att göra en litteraturoversikt", *Dags för uppsats*, Friberg, F. (red.) Studentlitteratur, Lund, Pp. 133-143
- Hjern, A. Brendler-Lindqvist, M. Norredam, M. (2012) "Age assessment of young asylum seekers" *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), ISSN 0803-5253, 01/2012, Volume 101, Issue 1, Pp. 4 - 7
- Hultsjö, S. Hjelm, K. (2005) "Immigrants in emergency care: Swedish health care staff 's experiences" *International Nursing Review* 52, Pp. 276–285
- Hunt, J. (2007) "Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Mission to Sweden" United Nations General Assembly, A/HRC/4/28/Add. 28 February 2007, Pp. 1-30
- International Council of Nurses, ICN (2012) "ICN:s etiska kod för sjuksköterskor" Översättning av Svensk Sjuksköterskeförening, ISBN: 978-92-95094-95-6, Pp. 1-17, Hämtad den 15 Jan 2015.

Tillgänglig på: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Jakobsen, M. Demott, M. A. M. Heir, T. (2014) "Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway" *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 10, Pp. 53-58

Langius-Eklöf, A. (2010) "Känsla av Sammanhang" *Omvårdnadens Grunder - Hälsa och Ohälsa*, Edberg, A-K. Wijk, H (red.) ISBN: 978-91-44-04876-5, Studentlitteratur, Pp. 95-113

Lepp, M. (2010) "Skapande och Kreativitet" *Omvårdnadens Grunder - Hälsa och Ohälsa*, Edberg, A-K. Wijk, H (red.) ISBN: 978-91-44-04876-5, Studentlitteratur, Pp. 139-169

Lindgren, J. Ekblad, S. Asplund, M. Irestig, R. Burström, B. (2012) "Mental ill health among asylum seekers and other immigrants in Sweden" *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol.8, Iss.4 Pp. 167 – 179

Lundberg, A. Dahlqvist, L. (2012) "Unaccompanied Children Seeking Asylum in Sweden: Living Conditions from a Child-Centered Perspective" *Refugee Survey Quarterly*, Vol. 31, No. 2, Pp. 54–75

Meleis, A. Sawyer, L.M. Eun-Ok, I.M. Hillfinger, M. DeAnne, K. Schumacher, K. (2000) "Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory" *Advances in Nursing Science*, Sept 2000, Volume 23, Iss.1, Pp. 12-28

Migrationsinfo (2013) "Papperslösa" Hämtad den 10 november 2014. Tillgänglig på: <http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/papperslosa/>

Migrationsverket (2014:A) "Statistik – Inkomna asylärenden, ensamkommande barn 2004-2014" Hämtad den 10 november 2014. Tillgänglig på: <http://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Kommuner/Om-ensamkommande-barn-och-ungdomar/Statistik.html>

Migrationsverket (2014:B) "Avgjorda asylärenden beslutade av Migrationsverket, 2013" Hämtad den 10 november 2014. Tillgänglig på: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-och-statistik/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2013.html>

Nielsen, S. Norredam, M. Christiansen, K. Obel, C. Hilden, J. Krasnik, A. (2008) "Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study" *BMC public health*, ISSN 1471-2458, Volume 8, Issue 1, Pp. 293

Norredam, M. Mygind, A. Krasnik, A. (2005) "Ethnic Disparities in Health. Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies" *European Journal of Public Health*, Vol. 16, No. 3, Pp. 285–289

Nyström, M. (2009) "Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa" *Omvårdnadens Grunder – Perspektiv och förhållningssätt*, Friberg, F & Öhlén, J. (red.) Studentlitteratur, Pp.408- 425

Samarasinghe, K. Fridlund, B. Arvidsson, B. (2006) "Primary Health Care Nurses' conceptions of involuntarily migrated families' health" *International nursing review*, ISSN 0020-8132, 12/2006, Volume 53, Issue 4, Pp. 301 - 307

Samarasinghe, K. Fridlund, B. Arvidsson, B. (2010) "Primary health care nurses' promotion of involuntarily migrant families' health" *International nursing review*, ISSN 0020-8132, 06/2010, Volume 57, Issue 2, Pp. 224 – 231

- SCB (2014) "Asylsökande under 2012 och 2013, efter medborgarskap och kön"
Hämtad 7 november 2014; Tillgänglig på http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik--Riket/82972/
- Seglem, K. Oppedal, B. Raeder, S. (2011) "Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors" *Scandinavian journal of psychology*, ISSN 0036-5564, 10/2011, Volume 52, Issue 5, pp. 457 – 464
- SFS 2008:344 *Lag om Hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Justitiedepartementet, Stockholm
- SFS 2013:407 *Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.* Socialdepartementet, Stockholm
- SFS 2013:647 *Lag om ändring i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Justitiedepartementet, Stockholm
- Sigvardsson, E. (2010) "Reglering av papperslösas tillgång till sjukvård sker lokalt i brist på lagstiftning – en översikt och typologi" *Läkartidningen*, Vol. 107, Issue 23 , Pp. 1-14
- Snellman, I. (2009) "Vårdrelationer – en filosofisk belysning" *Omvårdnadens Grunder – Perspektiv och Förhållningssätt*, Friberg, F. Öhlén, J. (red.), Studentlitteratur, Pp. 377-407
- SOFS 2011:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Hämtad den 19 november 2014; Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11>
- Suurmond, J. Seeleman, C. Rupp, I. Goosen, S. Stronks, K. (2010) "Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers" *Nurse Education Today* 30, Pp. 821–826
- Sveriges kommuner och landsting, SKL (2014) "Utvecklingsarbete för ensamkommande barn – Ett projekt med samverkansperspektiv", ISBN: 978-91-7585-097-9, Linköpings Tryckeri AB
- Ternstedt B-M. & Norberg A. (2010) "Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv" *Omvårdnadens Grunder – Perspektiv och Förhållningssätt*, Friberg, F. Öhlén, J. (red.), Studentlitteratur, Pp. 30-65
- Vervliet, M. Lammertyn, J. Broekaert, E. Derluyn, I. (2013) "Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors" *Eur Child Adolesc Psychiatry* 23:Pp. 337–346
- Wiklund, L. (2009) *Lidande – en del av människans liv" Omvårdnadens Grunder – Perspektiv och Förhållningssätt*, Friberg, F. Öhlén, J. (red.), Studentlitteratur, Pp. 295-325
- Willman, A. (2010) "Hälsa och Välbefinnande" *Omvårdnadens Grunder - Hälsa och Ohälsa*, Edberg, A-K. Wijk, H (red.) ISBN: 978-91-44-04876-5, Lund, Studentlitteratur, Pp. 27-43
- Willman, A. Stoltz, P. Bahtsevani, C (2011) *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning & klinisk verksamhet.* Lund, Studentlitteratur
- Wångdahl, J. (2014) "Uppfattningar om arbetet med hälsoundersökningar för asylsökande - Resultat från fokusgrupper med Migrationsverks- och landstingspersonal i fyra län våren 2012." *Socialmedicinsk rapportserie*, Uppsala, ISSN 1402-7070, Pp. 1-28
- Östlundh, L. (2012) "Informationssökning", *Dags för uppsats*, Friberg, F. (red.) Studentlitteratur, Lund, Pp. 57-80

Bilaga 1 – Databassökningsmatris

- *Trunkering* (Östlundh, 2012) användes på orden markerade med asterisk (*).
- Där sk. *Boolesk söklogik* (Östlundh, 2012) användes är operatorerna utskrivna med versaler.

Nedan redovisas genomförda sökningar på databasen Pubmed den 17 november 2014 med sökord, antal träffar, lästa abstract och lästa artiklar samt vilket urval sökningarna resulterade i.

Sökord:	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar
((asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor)	560	21	11
((Asylum *) OR unaccompanied refugee) AND sweden	123	9	8
((health) AND asylum seek*) AND sweden	28	5	5
((asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor) AND sweden	24	5	5
((Asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor) AND nurs*) AND sweden	4	2	2
((Nurs*) AND asylum seek*) AND sweden	4	4	3
((Unaccompanied *) AND Sweden	4	3	3
Sökningarna resulterade i att följande artiklar valdes:			(Berlin et al. 2008) (Jakobsen et al. 2014) (Nielsen et al. 2008) (Norredam et al. 2005) (Seglem et al. 2011) (Vervliet et al. 2014)

Sökningar på CINAHL gjorda den 20 november 2014 redovisas nedan:

Sökord:	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar
((asylum *) OR refugee) AND sweden) AND health	364	8	7
((asylum *) OR unaccompanied refugee) AND sweden) AND nurs*	123	5	5
((asylum *) OR unaccompanied refugee) AND sweden) AND health	123	17	7
((asylum *) OR unaccompanied refugee) AND sweden) AND nurs*) AND health	26	3	3
Sökningarna resulterade i att följande artiklar valdes:			(Samarasinghe et al. 2010) (Samarasinghe et al. 2006) (Suurmond, et al. 2010) (Bischoff et al. 2003) (Hultsjö & Hjelm, 2005)

Sökningar på Göteborgs Universitetsbiblioteks Metasöktjänst SUMMON gjorda den 18 november 2014 redovisas nedan:

Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar
((asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor)	560	11	10
((Asylum seek*) OR unaccompanied minor*) OR unaccompanied children)	174	3	3
((asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor) AND Health	112	4	3
((asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor) AND sweden	24	5	4
((Asylum *) OR unaccompanied child*) OR unaccompanied minor) AND nurs*) AND sweden	4	2	2
((Nurs*) AND asylum seek*) AND sweden	4	2	2
((Unaccompanied *)) AND Sweden	4	3	2
((asylum *) AND nurs*) AND sweden	4	2	2
Sökningarna resulterade i att följande artiklar valdes:			(Lundberg & Dahlqvist, 2012) (Lindgren et al. 2012)

Bilaga 2 – Artikelöversiktsmatris

I nedanstående matris framgår författare, titel, år, land, kvalitet, syfte, metod och relevanta resultat.

Författare, År, land, kvalitet	Syfte	Metod	Resultat
Berlin, A. Hylander, I. Thörnkvist, L. 2012 Sverige Kvalitet: Hög	Att beskriva kärnproblem, som sjuksköterskor upplever dem, i interaktion med och utlandsfödda barn och deras föräldrar.	Kvalitativ: 15 Sjuksköterskor inom den svenska primärvården intervjuades efter ifyllt rekryteringsformulär. Forskningsmetoden "Grundad teori" användes för att generera en sannolikhetsbaserad teori om den sociala interaktionen och för att förklara oartikulerade sociala processer.	Sjuksköterskornas främsta oro rörde risken att missa symtom på ohälsa och riskfaktorer i barnens hem och psykosociala miljö på grund av otillräcklig information och/eller obekanta/odefinierbara faktorer.
Bischoff, A. Boviera, P.A. Isaha, R. Francoisea, G. Arielb, E. Louis, L. 2003 Schweiz Kvalitet: Hög	Att undersöka om språkbarriärer är ett hinder i screeningintervjuer med asylsökande.	Kvantitativ: 723 standard screening questionnaires, undersöktes tillsammans med information om språklig användning. Intervjuerna mellan sjuksköterskor och asylsökande patient analyserades avseende närvaro/frånvaro av tränad och otränad tolk. Sjuksköterskorna dokumenterade också sina egna upplevelser av kommunikationen och kvaliteten på denna.	Viktigt att påtala språkbarriärer i mötet med asylsökande för att säkerställa en fullgod kommunikation. Att använda professionella tolkar gav bäst kommunikation.
Hultsjö, S. Hjelm, K. 2005 Sverige Kvalitet: Hög	Att undersöka vilka problem hälso- och sjukvårdspersonal upplever i vården av migranter och att jämföra dessa.	Kvalitativ: Fokusgruppsintervjuer med 35 sjuksköterskor och undersköterskor i akut-, ambulans- och psykiatrisk vård.	Mest och flest upplevda problem i vården av asylsökande var relaterade till kulturella skillnader och språkbarriärer.
Jakobsen, M. Demott, M. Heir, T. 2014 Norge Kvalitet: Hög	Att undersöka frekvensen av psykisk ohälsa hos ensamkommande flyktingbarn kort efter ankomst i Norge.	Kvantitativ: Strukturerade kliniska intervjuer med 160 ensamkommande pojkar fyra veckor och fyra till fem månader efter ankomst till Norge.	Ca 42 procent uppfyllde kriterier för psykisk diagnos, där PTSD var den vanligaste.
Lindgren, J. Ekblad, S. Asplund, M. Irestig, R. Burström, B. 2012 Sverige Kvalitet: Hög	Att undersöka psykisk ohälsa bland nyanlända invandrare i Sverige i relation till deras juridiska status och tidigare erfarenheter av hot, våld och separation samt att undersöka hur deras behov av hälso- och sjukvård möttes.	Kvantitativ: Dokumentation från 555 hälsosamtal och undersökningar samlades in och analyserades avseende erfarenheter av hot, våld, separation, patologiska symtom och åtgärder relaterade till dessa. Då hälsosamtalet ledde till kroppsundersökning samlades också dokumentation kring dessa in och analyserades avseende utförda åtgärder.	Underdiagnosticerade psykologiska besvär hos asylsökande - 43% uppgav symtom på psykisk ohälsa. Utsattheten för våld, hot om våld och att en närstående varit utsatt var hög bland både asylsökande och andra invandrare men frekvensen av psykisk ohälsa var klart högre hos de asylsökande. 72% av asylsökande uppgav att de eller en närstående varit utsatta för hot och eller våld. Hälso- och sjukvårdens svar på behovet hos asylsökande är inte tillräckligt!

Lundberg, A. Dahlqvist, L. 2012 Sverige Kvalitet: Medel	Att presentera nuvarande levnadssituation för ensamkommande flyktingbarn.	Kvalitativ: Semistrukturerade intervjuer med 26 ensamkommande flyktingbarn mellan 13 och 17 år genomfördes med barn-centrerad metodologi.	Måendet hos dessa barn var starkt kopplat till asylansökans utslag. Barnen har ofta svårt att känna hopp för framtiden.
Nielsen, S. Norredam, M. Christiansen, K. Obel, C. Hilden, J. Krasnik, A. 2008 Danmark Kvalitet: Hög	Att undersöka om den psykiska hälsan hos asylsökande barn står i relation till organisationella faktorer i det danska asylsystemet.	Kvantitativ: Hälsan hos 260 asylsökande barn mellan 4 och 16 år som bor med minst en förälder på flyktingförläggning utvärderades genom ett "Strengths and Difficulties Questionnaire" som sedan analyserades avseende psykisk hälsa. Lärare utvärderade hälsan hos 4-16åringar och 11-16åringar fyllde själva i frågeformuläret.	Att vara asylsökande mer än ett år innebär kraftigt förhöjd risk för psykisk ohälsa. Att flytta runt mer än fyra gånger medförde också förhöjda risker för psykisk ohälsa.
Samarasinghe, K. Fridlund, B. Arvidsson, B. 2006 Sverige Kvalitet: Hög	Att beskriva hälsan hos ofrivilliga migrantfamiljer konceptualiserat genom sjuksköterskor i den svenska primärvården	Kvalitativ: 34 Sjuksköterskor i primärvården från två kommuner i södra Sverige valdes strategiskt ut och intervjuades och fenomenografisk kontextanalys användes för att analysera datan.	Familjerna karaktäriserades antingen utav stress, osäkerhet och instabilitet segregerade från övriga samhället eller stabilitet och samhällelig integration. Kontextuella stressfaktorer som osäkerhet relaterad till asylansökan, oprocessade trauman och social segregation påverkar hela familjens hälsa.
Samarasinghe, K. Fridlund, B. Arvidsson, B. 2010 Sverige Kvalitet: Hög	Att beskriva sjuksköterskors främjande av hälsa hos ofrivilliga migrantfamiljer i kulturell transition.	Kvalitativ: 34 Sjuksköterskor i primärvården från två kommuner i södra Sverige valdes strategiskt ut för intervjuer. Datatolkades genom kontextuell fenomenografisk analys.	Tre kvalitativt olika sätt att främja hälsa identifierades; Etnocentrisk för att främja individuell hälsa, Empatisk för att främja individuell hälsa i en familjekontext och Holistisk för att bemyndiga familjen att fungera väl i vardagslivet. Den Holistiska metoden bedömdes som klart bäst för att främja hälsan hos familjerna.
Seglem, K. Oppedal, B. Raeder, S. 2011 Norge Kvalitet: Hög	Att undersöka prediktorer för psykisk ohälsa hos ensamkommande flyktingbarn efter bosättning i Norge.	Kvantitativ: 414 deltagare genomförde var och en ett frågeformulär administrerat i grupp.	Ensamkommande flyktingbarn lider hög risk för psykisk ohälsa även efter bosättning. Vissa grupper visade sig ha inärenta risk- och friskfaktorer. Exempelvis led flickor i högre utsträckning än pojkar av depressiva symtom och barn från Somalia uppvisade en lägre frekvens av symtom.
Suurmond, J. Seeleman, C. Rupp, I. Goosen, S. Stronks, K. 2010 Holland Kvalitet: Hög	Att beskriva vilka kulturella kompetenser sjuksköterskor tyckte var viktiga i arbetet med asylsökande	Kvalitativ: 89 sjuksköterskor i Holland fyllde i frågeformulär och sex gruppintervjuer genomfördes. Ramverksanalys användes sedan för att analysera datan från formulär och intervjuer.	Flera kulturella kompetenser kunde skönjas i dataanalysen; kunskap om situationen i den asylsökandes hemland, hälsoeffekter av att vara på flykt, juridisk kontext i värdlandet, förmåga att förklara hälso- och sjukvård i värdlandet och generella kunskaper relaterade till att använda tolkningstjänster.
Vervliet, Lammertyn, Broekaert, Derluyn, (2013) Belgien Kvalitet: Hög	Att undersöka hälsan hos ensamkommande barn när de anländer till Belgien, efter 6 månader och efter 18 månader.	Kvantitativ: 103 ensamkommande barn mellan 14 och 18 år följdes från att de kom till Belgien fram till 18 månader senare. Studien mätte dagliga stressfaktorer, traumatiska livshändelser och symtom	Hög frekvens av PTSD, ångest och depression hos ensamkommande barn. Ingen signifikant skillnad i deras psykiska hälsa över tid.

Kvalitet: Hög		<p>på psykisk ohälsa vid ankomst, efter 6 och 18 månader. Den totala datan från 3 självrapporterande frågeformulär avseende symtom på ångest, depression och internalisering, traumatiska/stressgenererande livshändelser och dagligen stressgenererande faktorer användes och analyserades genom deskriptiv statistisk analys.</p>	
Wångdahl, J. 2014 Sverige Kvalitet: medel	<p>Att lyfta fram kunskap om vad personal på Migrationsverket och i landstingen har för uppfattningar om arbetet med hälsoundersökningar för asylsökande.</p>	<p>Kvalitativ: 8 fokusgruppsdiskussioner hölls med Migrationsverks- och landstingspersonal. Information ur projektet "Förbättrad struktur och samordning för hälsoundersökningar av asylsökande" - ett stort samverkansprojekt vars primära mål är att öka antalet hälso-undersökningar av asylsökande.</p>	<p>Många fynd kring genomförandet utav hälsoundersökningarna, ex. Upplevde både Migrationsverks- och landstingspersonal tidsbrist, att det fanns strukturella orsaker till att inte alla deltar i hälsoundersökningen, att det föreligger flera kommunikations-svårigheter myndigheterna emellan och mellan myndigheter och de asylsökande.</p>