
Hur nyanlända kan landa

Slutrapport för Landaprojektet om hur ett psykosocialt stöd för svårt traumatiserade flyktingar kan möjliggöra en väg in i samhället

Emma Envall Ryman



Röda Korsets Center
för torterade flyktingar

Förord

Landa är ett pilotprojekt som riktats till nyanlända flyktingar i Stockholm med psykiska och sociala problem som är patienter på Röda Korsets Center för torterade flyktingar.

Torterade och traumatiserade flyktingar rapporteras ha hög frekvens av psykisk ohälsa, i synnerhet gällande depression, posttraumatiskt stress och andra ångestsyndrom. Trots detta visar forskningen att nyanlända flyktingar inte har den tillgång till psykiatrisk och psykologisk vård som de skulle behöva. Språk, kultur och otillräcklig kompetens vad gäller komplexa trauma är barriärer som kan vara förklaring till denna brist. Dessutom är en vanlig bedömning inom psykiatrisk/psykologisk vård att det inte är möjligt att påbörja behandling för patienter som inte har fast bostad och som har en instabil social situation.

Tidiga behandlingsinsatser för nyanlända är viktigt både för att undvika lidande för personen och utveckling av kroniska tillstånd, men också för att skapa förutsättningar för en lyckad integration. Men för att kunna genomföra tidiga behandlingsinterventioner för flyktingar i en instabil social situation behövs resurser, kompetens och metoder som syftar till att skapa yttre stabilisering för patienten, parallellt med den psykiatriska/psykologiska behandlingen, så att patienten inte hoppar av utan istället kan fullfölja behandlingen.

Landprojektet har blivit en stor framgång. Tack vare väl utprovade metoder inom socialt arbete som vi använt för vår patientgrupp, har patienterna kunnat fortsätta sin behandling – sitt arbete med den inre problematik de brottas med – samtidigt som de fått hjälp att ta tillbaka makten över sina egna liv i den yttre världen.

Arbetsmodellen är nu implementerad i den ordinarie verksamheten på Röda Korsets Center och vår förhoppning är att detta goda exempel ska väcka intresse och inspirera andra i verksamheter som möter nyanlända traumatiserade flyktingar.

Projektet är finansierat genom bidrag från Stockholms Stad.

Stockholm den 28 mars 2017

/Monica Brendler Lindqvist/
Verksamhetschef
Röda Korsets Center för torterade flyktingar

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Bakgrund	4
1.2 Målgrupp	5
1.3 Syfte och målsättning	5
1.4 Rapportens disposition och läsanvisning	5
2. Teoretisk referensram	5
2.1 Migrationsstress	5
2.2 Trauma och posttraumatiskt stressyndrom	6
2.3 Psykosocialt stöd och traumabehandling	6
3. Psykosociala behov och hinder för traumabehandling	8
3.1 Hälsa – Psykisk och fysisk ohälsa	8
3.2 Myndighetskontakt – Bristande kontakt med myndigheter	8
3.3 Bostad – Bostadslöshet	9
3.4 Återförening – Familj kvar i hemlandet eller på flykt	10
3.5 Försörjning – Arbetslöshet och fattigdom	11
3.6 Samhällsinformation – Förstår ej samhällssystemet	11
3.7 Nära relationer – Ensamhet	12
4. Arbetsmetod och tillvägagångssätt	12
5. Resultat	15
5.1 Hälsa	16
5.2 Myndighetskontakt	17
5.3 Bostad	19
5.4 Återförening	23
5.5 Försörjning	24
5.6 Samhällsinformation	25
5.7 Nära relationer	26
6. Utvärdering	26
7. Slutord	29
Referenser	32

1. Inledning

Ismail kom som asylsökande till Sverige för ett par år sedan och när han hade fått uppehållstillstånd ansökte han om familjeåterförening med sin maka Fazila och sina fem barn. De kom till Sverige efter ett år och efter det att Ismail nyligen påbörjat sin behandlingskontakt med Röda Korsets Center för torterade flyktingar.

Ismail har svår posttraumatiskt stressyndrom med dissociativa symptom, efter att ha upplevt många svåra trauman i sitt hemland. Han har sett släkt och vänner dö under bombanfall och han har försökt rädda en svårt skadad pojke som avled i hans famn. Ismail har mar- drömmar, yrsel och flashbacks – återkommande minnesbilder av de traumatiska händelserna. Han är lättskrämd, ljudkänslig och överdrivet vaksam samt har psykosomatiska besvär och smärtproblematik. Ismail har varit nedstämd och uttryckt livsleda under perioder när han känt sig under stor press.

På grund av svåra symptom och nedstämdhet kunde Ismail inte bo kvar på Migrationsverkets anläggningsboende när han var asylsökande utan flyttade hem till sin syster med familj i Stockholm. När Fazila och barnen kom till Sverige så erbjöds de ingen bosättning av någon myndighet utan flyttade tillfälligt in hos Ismails syster. När de kontaktade socialtjänsten fick de besked om att de inte hade rätt att ansöka om stöd där. Ismail ordnade tillfälligt ett andrahandskontrakt till familjen under två månader. Därefter var de återigen bostadslösa.

Ismail mådde allt sämre, han gick ner i vikt och hans symptom förvärrades avsevärt. Bostadslösheten och Ismails försämrade hälsa innebar en otrygghet och ett försämrat mående även hos barnen, vilket ledde till att de remitterades till barn- och ungdomspsykiatri och att en orosanmälan gjordes till socialtjänsten. Den svåra psykosociala situationen medförde att Ismail inte kunde tillgodogöra sig sin traumabehandling på Röda Korsets Center. Behandlingen kompletterades därför med Landaprojektets psykosociala stöd för att skapa stabilitet för Ismail och hans familj så att han skulle kunna fortsätta i sin behandling och må bättre.

Det psykosociala stödet fokuserade på att aktualisera familjen inom socialtjänsten för att de skulle få hjälp med att tillfälligt lösa sin boendesituation. Detta avvisades dock inledningsvis av socialtjänsten med hänvisning till att makarna var självförsörjande genom etableringsersättningen från Arbetsförmedlingen och att Ismail under sin asyprocess tackat nej till Migrationsverkets anläggningsboende. Landaprojektets socionom påbörjade då ett stärkande och samordnade arbete gällande Ismails nätverk. Genom ett flertal kontakter samt nätverksmöten med Ismail, makan och ansvariga från Röda Korsets Center, Arbetsförmedlingen, Barn- och Ungdomsenheten samt Försörjningsstödsenheten inom socialtjänsten började situationen stabilisera sig för familjen.

Familjen beviljades så småningom ett tillfälligt boende på vandrarhem och därefter en jourlägenhet. Det medförde att hela familjen blev tryggare och kunde äta samt sova regelbundet och barnen började leka och gå i skolan igen. Ismails symptom minskade betydligt och han kunde återuppta traumabehandlingen.

1.1 Bakgrund

Världen upplever idag en av vår tids värsta flyktingkatastrofer då människor i flera länder tvingas fly från omfattande krig och konflikter. Antalet människor på flykt ökade i Europa, Sverige och Stockholm under år 2015 för att sedan minska år 2016 till följd av restriktioner i lagen och hårdare gränskontroller. För en del av de flyktingar som sökt asyl och som kommer att prövas utifrån den nya lagen väntar en oklar framtid i Sverige. Klart är dock att många av dessa flyktingar har svåra erfarenheter av tortyr, krig och flykt bakom sig.

Undersökningar som gjorts visar att en tredjedel av de flyktingar som flyr till andra länder är traumatiserade och i behov av trygghet, stabilitet och vissa fall primärvård. Enligt internationell forskning är ungefär 8-10 % av flyktingarna svårt traumatiserade och är därmed i behov av specialiserad psykiatrisk behandling. Om dessa individer inte får rätt stöd kommer både deras hälsa och deras möjligheter till att etablera sig i Sverige att kraftigt försämrats.

Röda Korsets Center för torterade flyktingar är sedan 1985 en psykiatrisk specialistmottagning för flyktingar som traumatiserats av krig och tortyr samt till deras anhöriga. Patienterna kommer från många delar av världen och de allra största grupperna kommer i dagsläget från Syrien, Afghanistan, Iran och Eritrea – där några av världens mest akuta och omfattande konflikter pågår. På Röda Korsets Center erbjuds psykiatrisk, psykologisk och psykoterapeutisk traumafokuserad behandling, individuellt och i grupp.

De allra flesta av patienterna på Röda Korsets Center har en sammansatt problematik. De har som svar på de traumatiska händelserna varit med om ofta utvecklat flera psykiska problem och lider ofta av exilrelaterad stress. De nyanlända patienterna har ofta en krävande ekonomisk och social situation. Det handlar om att de inte har fått sina grundläggande behov – exempelvis bostad – tillgodosedda och att detta blir ett hinder för dem att ta till sig behandlingen. Det kan till exempel vara mycket svårt att fokusera på det egna måendet när levnadssituationen i det nya landet fortfarande är otrygg och konflikt fortsatt pågår i det gamla hemlandet. Behandlarna har då bistått med stödinsatser som exempelvis psykosocial rådgivning och psykopedagogiska samtal, men i takt med att antalet patienter som är nyanlända flyktingar har ökat på Röda Korsets Center har behandlarna erfarit att behovet av stödinsatser också har ökat. Behandlarna har upplevt att insatserna blivit allt mer omfattande och komplicerade samt krävt allt mer tid och fler kontakter med externa aktörer runt patienterna.

Utifrån denna bakgrund sökte, och beviljades, mottagningen projektmedel från Stockholms stad för att genom Landaprojektet utveckla en arbetsmodell på Röda Korsets Center som skulle innebära att nyanlända patienter vid behov skulle kunna erbjudas ett extra intensivt psykosocialt stöd. Förhoppningen var även att detta skulle kunna komplettera socialtjänstens insatser som riktar sig till målgruppen och stärka mottagningens samarbete med socialtjänsten i stadens olika stadsdelar. Projektet startade den 1 mars 2015 och avslutades den 31 december 2016.

1.2 Målgrupp

Projektet har riktat sig till patienter – myndiga, svårt traumatiserade flyktingar som är beviljade uppehållstillstånd – på Röda Korsets Center för torterade flyktingar i Stockholm. Aktualisering på mottagningen sker genom remiss eller egenanmälan. Projektets målgrupp avsåg mer specifikt nyanlända flyktingar och dess anhöriga, som är boende eller skrivna i Stockholms stad, och som har psykosociala svårigheter som försvårar deras möjligheter till att ta till sig den pågående behandlingen.

1.3 Syfte och målsättning

Syftet med stödinsatsen var att patientens ouppfyllda psykosociala behov ska minskas och att hen därmed bättre ska kunna tillgodogöra sig behandlingen som hen genomgår på mottagningen. Genom att patienten får ett samordnat stöd gällande sina psykosociala svårigheter och sitt psykiska mående så stärks också dennes möjligheter till att etablera sig i Sverige och knyta an till det svenska samhället. Hen kan landa i Sverige.

Projektets målsättning var:

- Att 36 nyanlända patienter och deras anhöriga skulle delta år 2015 och 40 nyanlända patienter och deras 140 anhöriga samt 320 professionella aktörer skulle delta i projektverksamheten år 2016.
- Att patienten kan tillgodogöra sig traumabehandling på mottagningen.
- Att patienten och dess anhöriga kommer i kontakt med Stockholms utbud av föreningsliv, kulturella, ideella och kommunala verksamheter.

1.4 Rapportens disposition och läsanvisning

Rapporten har inletts med en beskrivning av projektets bakgrund, målgrupp, syfte och målsättning (avsnitt 1). I kommande del (avsnitt 2) ges en teoretisk referensram gällande migrationsstress, trauma och posttraumatisk stressyndrom samt psykosocialt stöd och traumabehandling. Därefter presenteras de psykosociala behoven som målgruppen har (avsnitt 3) och sedan projektets arbetsmetod (avsnitt 4). Resultat och utvärdering presenteras i de avslutande avsnitten (5 och 6) och slutligen sammanfattande slutord (avsnitt 7). De läsare som är intresserade av att veta mer om projektets arbetsmodell kan med fördel ta del av avsnitt 2, 4 och 5. Läsare som vill veta mer om projektets erfarenheter gällande samhällsstruktur och dess inverkan på målgruppen hänvisas till avsnitt 3, 5 och 7. Alla fallbeskrivningar i rapporten är avidentifierade med fingerade namn.

2. Teoretisk referensram

2.1 Migrationsstress

Den psykiska ohälsan som kan uppstå i samband med flykt kan förstås som en reaktion på en eller upprepade traumatiska händelser och långvarig stress. Vanligtvis kopplas denna reaktion till det som orsakade flykten – till exempel krig, tortyr, förföljelse – men forskning visar på att förhållandena under och efter flykten också är avgörande för att öka eller

minska risken för psykisk ohälsa¹. Det handlar exempelvis om materiella och personliga förluster som förlust av språk, status och anhöriga. Om väntan, saknad och ensamhet. Om ansvar och förväntningar från kvarvarande familjemedlemmar och den ångest som orsakas av att inte ha överblick och kontroll över sitt boende och sin försörjning – det vill säga sin trygghet. För att återhämta sig från svåra upplevelser behöver den utsatta personen återfå en känsla av trygghet. Att minska stressfaktorerna efter migration kan därför ha stor betydelse för att en person som flytt inte ska utveckla ohälsa. Livet behöver bli förutsägbart och de sociala, ekonomiska och familjemässiga förhållandena behöver vara så stabila som möjligt. Och om psykiska besvär har utvecklats är det mycket viktigt att få hjälp med att bearbeta de traumatiska händelserna.

2.2 Trauma och posttraumatiskt stressyndrom

Till följd av traumatiska händelser kan en person som ovan nämnts utveckla psykiska tillstånd – som exempelvis posttraumatiskt stressyndrom, ångestsjukdomar och depression. Om personen dessutom varit utsatt för upprepade och/eller kroniska och långvariga traumatiska händelser så kan hon lida av det som kallas komplex posttraumatiskt stressyndrom. Problematiken innebär att man återupplever sina värsta minnen utan att kunna kontrollera när de dyker upp. De kommer som flashbacks – snabba ögonblicksbilder – när personen till exempel sitter i skolbänken eller i möten med myndighetspersoner. Då bryter de koncentrationen och försätter individen i ett tillstånd av akut rädsla. Det gör att personer med posttraumatiskt stressyndrom ibland uppfattas som ouppmärksamma och ofta har svårt att minnas vad som sagts under ett möte. De kan reagera på snabba rörelser och höga ljud, men även skarpa röster, kritik och upplevda orättvisor då det kan aktivera en känsla av att vara hotad. Många lider av panikattacker och förknippar sina minnen med att inte kunna andas eller att få våldsam hjärtklappning. Därför, och för att minnesbilderna i sig är fruktansvärda, försöker man ofta undvika allt som kan utlösa dem.

2.3 Psykosocialt stöd och traumabehandling

Psykosocialt stöd innebär att bistå med hjälp till människor att återhämta sig efter en kris som har omkullkastat livet. Psykosocialt stöd kan vara både preventivt och kurativt. Det minskar risken att utveckla psykisk ohälsa och hjälper individer och samhällen att komma över och hantera psykosociala problem som kan ha uppstått från chocken och effekterna av kriser. Dessa två aspekter av psykosocialt stöd bidrar till att stärka människors resurser och förmågor att möta och hantera (resiliens) nya kriser eller andra utmanande livsomständigheter.²

¹ Kirmayer, L. 2011. *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. Montréal: Canadian Medical Association Journal.

² *Psychosocial interventions. A handbook*. (2009). Köpenhamn: International federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support.

Termen psykosocial visar att det finns en samhörighet mellan psykiska och sociala processer och att dessa kontinuerligt samspelar med varandra³. Psykosocialt stöd och/eller behandling innebär således att man arbetar med individers välmående i relation till dess omgivning. Till skillnad mot psykologisk behandling fokuserar man i psykosocial behandling mer på individens sociala situation och sammanhang snarare än de intrapsykiska processerna. Det kan handla om kris- eller nätverksintervention, att hitta en meningsfull sysselsättning, gemenskap och social färdighetsträning. Det kan också handla om att förklara och beskriva en individs svårigheter för anhöriga eller andra professionella aktörer genom psykopedagogiska insatser. Eller genom sociala interventioner stötta individen att ansöka om stöd från andra vårdgivare och myndigheter.

Traumabehandling kan beskrivas som bestående av olika stadier. Dessa stadier är inte skilda åt utan kan snarare beskrivas ha en växelverkan och vara beroende av varandra. Det grundläggande stadiet handlar om att patienten ska uppnå en yttre stabilisering – skydd och basala behov som exempelvis bostad, försörjning och familjeåterförening. Behandlingsinslag för att uppnå en yttre stabilisering går ofta ut på psykosocial rådgivning och psykopedagogiska samtal. Ett annat stadie handlar om att genom sedvanlig psykoterapi arbeta med patientens inre stabilisering – exempelvis ökad trygghet och tillit, förmågan att hantera smärta och ångest, stabiliserad sömn och ökat socialt stöd och förbättrade nära relationer. Det innebär till exempel att man i behandlingen fokuserar på avslappning, affektreglering eller familjesamtal. Ett stadie handlar om fokuserad traumabearbetning – som exempelvis exponering⁴ och Eye Movement Desensitization and Reprocessing⁵ [EMDR] – då man i behandlingen fokuserar på och arbetar med det specifika traumat.

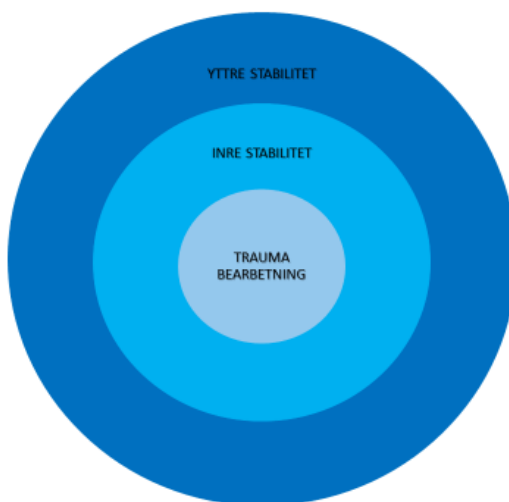


Bild av stadierna i traumabehandling.

³ UNHCR's *Mental Health and Psychosocial Support. For Persons of Concern.* (2013). Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees Policy Development & Evaluation Service.

⁴ Behandlingsmetod inom kognitiv beteendeterapi.

⁵ Ögonrörelseterapi.

3. Psykosociala behov och hinder för traumabehandling

Under projektarbetet har det tydliggjorts att det finns ett antal återkommande psykosociala behov som målgruppen har och som behöver tas hänsyn till för att de ska kunna genomgå traumabehandlingen och tillgodogöra sig denna. Det är grundläggande behov som patienterna har för att de ska kunna uppnå en yttre stabilitet, men de är dock ouppfyllda och utgör därmed ett hinder för traumabehandlingen. De psykosociala behoven är: *1. hälsa, 2. myndighetskontakt, 3. bostad, 4. återförening, 5. försörjning, 6. samhällsinformation och 7. nära relationer.*

3.1 Hälsa – Psykisk och fysisk ohälsa

Det främsta behovet som alla patienterna, som har ingått i projektet, delar är att uppnå en god hälsa – fysiskt och psykiskt. Det senare är också själva grundorsaken till att de är patienter på mottagningen. Den psykosociala aspekten av detta kan kopplas till att de, i och med att de har en nedsatt psykisk och ofta även fysisk hälsa, så har de också en nedsatt allmän funktionsnivå. Detta har beskrivits inledningsvis gällande de symtom som patienterna med posttraumatiskt stressyndrom lider av och vad det innebär i deras vardagliga liv. Det kan i vissa fall medföra att de behöver praktiskt stöd för att kunna ta hand om sig själva och sin ekonomi.

De flesta patienterna har tortyrrelaterade fysiska skador och utöver det också ett flertal somatiska besvär som exempelvis högt blodtryck, diabetes eller smärtor i olika delar av kroppen. Detta hanteras inom primärvården eller inom smärtspecialisering och medför att den ansvarige behandlaren och/eller överläkare ofta har en kontinuerlig kontakt med andra mottagningar. Det är också från vårdcentralen som remittering vid behov vanligen görs för specialistvård hos exempelvis arbetsterapeut, sjukgymnast, ortoped, smärtklinik eller annat liknande. Patienterna har i många fall också tortyrrelaterade skador i munnen och är då i behov av specialiserad tandvård.

Den nedsatta psykiska och fysiska hälsan medför ofta en påfrestning för patientens anhöriga. De är dem som finns i patientens omedelbara närhet och ser hur hen lider av sin dåliga hälsa och alla de symtom som följer med detta. Alla mardrömmar, fysiska smärtor, flashbacks, panikattacker, nedstämdhet, smärtsamma sinnesintryck och andra symtom. Vilket också kan leda till att den anhöriga drabbas av så kallad sekundär traumatisering eller själv utvecklar posttraumatiskt stressyndrom. Det är även den anhöriga – make/maka, barn eller syskon – som behöver hjälpa till med praktiska göromål i patientens liv för att familjens vardag ska fungera. De är en stor belastning som ofta får till följd att även anhöriga lider av en nedsatt hälsa och är i behov av behandling eller annat stöd.

3.2 Myndighetskontakt – Bristande kontakt med myndigheter

Det andra behovet som identifierats – och också delas av alla patienterna – är att ha kontakt med en eller flera myndigheter. Detta kan tyckas självklart eftersom de alla är nya i landet och därför är i behov av samhällets stöd gällande boende, sysselsättning och försörjning. Det kan därför tyckas anmärkningsvärt att alla patienterna delar upplevelsen av att

de har en bristande kontakt med myndigheter i Sverige. Alla efterfrågar stöd i att förbättra sin kommunikation med befintliga myndighetskontakter eller i att etablera en kontakt med en myndighet som de upplever att de inte får tillgång till.

ALLA EFTERFRÅGAR STÖD I ATT FÖRBÄTTRA SIN KOMMUNIKATION MED MYNDIGHETSKONTAKTER ELLER I ATT ETABLERA EN KONTAKT MED EN MYNDIGHET SOM DE INTE FÅR TILLGÅNG TILL.

Många beskriver att de inte har någon fortlöpande kontakt med sin ansvariga handläggare/socialsekreterare, att de upplever sig bli orättvist behandlade och att deras rättigheter inte tillgodoses eller att de inte förstår brev, information eller beslut från olika myndigheter. De berättar också att de inte vet vart de ska vända sig med sina frågor och sitt behov av stöd. Eller att de inte förstår vilken myndighet som ansvarar för vilka frågor och att de bollas fram och tillbaka mellan myndigheter. Flera beskriver också att det inte finns ett fungerande samarbete eller kommunikation mellan dessa myndigheter, eller mellan olika avdelningar inom myndigheten. De ansvariga behandlarna poängterar också just detta som ett betydande hinder för behandlingen, då samordning saknas mellan de myndigheter och vårdgivare som finns runt patienten.

Den bristande kontakten med myndigheter drabbar ofta i lika stor utsträckning patientens familjemedlemmar, då de också och kanske i lika hög grad är beroende av att kontakten fungerar för patientens och dennes familj ska få det stöd och den vägledning de behöver av exempelvis Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Försäkringskassan, Skatteverket och den kommunala socialtjänsten och skolan.

3.3 Bostad – Bostadslöshet

Det tredje psykosociala behovet – bostad – är också det gemensamt för i stort sett alla patienter som deltagit i projektet och då som ett ouppfyllt behov som hindrar dem från att kunna fokusera på sin pågående behandling. Problemet för patienterna är ofta av akut karaktär och skapar stor oro, ångest och känsla av otrygghet. Detta är också ett grundläggande basbehov hos varje individ – att ha ett tryggt och fast hem. Något som är av särskild vikt för att dessa människor som upplevt stor otrygghet ska kunna ha möjlighet att återhämta sig.

De flesta patienter har kontrakt som inneboende eller andra- och tredjehandshyresgäster. Dessa kontrakt är ofta korta och hyran är hög. Ibland finns inga skriftliga kontrakt. I flera fall saknar patienterna och deras familj helt något hyreskontrakt som ger dem tak över huvudet. I bästa fall medför det att de beviljas tillfälligt boende via socialtjänsten. I de flesta fall medför det att de flyttar runt hos olika bekanta och landsmän. I vissa fall innebär det att de tvingas sova i källare, garage, tunnelbanan eller utomhus. I samtliga fall medför bostadsproblemet att patienten och dennes familj lever i stor ovisshet om var de ska sova och vistas framöver.

Patienterna beskriver att de inte vet vilken myndighet de ska vända sig till för att få stöd i bostadsfrågan eller var de kan få praktiskt stöd i att självständigt söka bostad. De flesta –

men inte alla – har tidigare informerats och fått hjälp med att skriva in sig i bostadskön hos Bostadsförmedlingen i Stockholm. Ett fåtal vet hur man söker och får bostad via Bostadsförmedlingen. Återkommande är beskrivningarna av hur myndigheter hänvisar bostadsfrågan till någon annan myndighet och hur alla hänvisar patienterna till att söka bostad på egen hand.

En patientgrupp som har särskilt svårt att förstå vilken myndighet de ska vända sig till gällande bostadsfrågan är de familjer där föräldrarna fått uppehållstillstånd på grund av anknytning till sitt barn som tidigare vistats i Sverige som

PATIENTERNA SOM ÄR BOSTADSLÖSA BETALAR OFTA NÅGON FÖR ATT VARA MANTALSSKRIVEN PÅ EN ADRESS FÖR ATT GES TILLTRÄDE TILL SAMHÄLLSSYSTEMET.

ett ensamkommande flyktbarn. Barnen har från början av sin asylprocess fått ett omfattande stöd via kommunen och socialtjänsten med bostad, ekonomi och kontakt med myndigheter i form av en god man. När deras föräldrar anländer upphör ofta stödinsatserna via kommunen och familjen erbjuds sällan stöd med bosättning utan hänvisas till att de själva ska lösa bostadsfrågan. Ofta slutar det dock med att familjen ansöker om stöd hos socialtjänsten och i vissa fall beviljas tillfälligt boende på vandrarhem.

Möjligheterna att ta sig in på bostadsmarknaden i Stockholm för asylsökande och nyanlända är mycket begränsade och beskrivs av patienterna själva som i stort sett obefintliga. Det medför att de får en mängd erbjudanden om att för stora summor pengar köpa hyreskontrakt och att de i sitt desperata läge ibland överväger det som ett alternativ. Många som är bostadslösa, eller flyttar runt, betalar också någon för att vara mantalsskriven på dess adress. Framför allt för att ha kunna ges tillträde till samhällssystemet – exempelvis etableringsprogrammet hos Arbetsförmedlingen – men också för att ha en möjlighet till kontakt med myndigheter och andra aktörer, dels som en kommunal tillhörighet och dels för en fysisk postadress.

En annan följd är att patienterna och deras anhöriga också delar upplevelsen av trångboddhet, ibland extrem sådan. Beskrivningarna är återkommande om hur svårt det är att leva så många personer på en sådan liten yta: tjugo personer som bor i en lägenhet, sju personer som sover i ett och samma rum, tretton personer som delar på en toalett, tre familjer som bor på femtiotvå kvadratmeter och många familjer som delar på ett kök och ett fåtal toaletter på vandrarhemmet. Framför allt beskriver föräldrarna hur det påverkar deras barn negativt då de inte kan leka, studera eller sova ordentligt. Ett flertal familjer beskriver också hur de har drabbats av vägglöss där de bor eller har bott och de svårigheter som det har medfört.

3.4 Återförening – Familj kvar i hemlandet eller på flykt

Majoriteten av de patienter som ingått i projektet delar upplevelsen av att vara, eller ha varit, separerade från sin familj – sina barn, föräldrar och/eller syskon – som befinner sig i hemlandet eller på flykt i ett tredje land. De patienter som fortfarande är separerade har

därmed delat behovet av att få återförenas med sin familj. Patienterna är i många fall mycket oroad över sina familjemedlemmar och deras säkerhet och vet ibland inte var de befinner sig. Behandlarna beskriver hur oron och ovetskapen omöjliggör att patienten kan fokusera på sig själv och sin behandling. Som nämndes inledningsvis är en förutsättning för att den utsatta personen ska kunna återhämta sig från traumatiska upplevelser att denna återfår en känsla av trygghet för sig och sin familj.

3.5 Försörjning – Arbetslöshet och fattigdom

Patienterna och deras behandlare beskriver återkommande hur den ekonomiska stress som många av dessa personer lever med pressar och oroar dem. De saknar medel för att kunna betala för de basala behoven mat, kläder och bostad samt om de har behov av medicin och läkarvård. Många har skulder till släkt och vänner i hemlandet eller här i landet till följd av finansiering av sin och familjens flykt hit. De som har någonstans att bo betalar ofta mycket höga hyror och mer än den kostnad som står på det eventuella hyreskontraktet. Nästan alla patienterna försörjer sig genom ekonomisk ersättning via Arbetsförmedlingen eller ekonomiskt bidrag/försörjningsstöd från socialtjänsten. För de patienter som har barn har försörjningen även kompletterats med barnbidrag och ofta bostadsbidrag från Försäkringskassan och/eller studiebidrag från Centrala studiestödsnämnden samt etableringstillägg och bostadstillägg från Arbetsförmedlingen om patienten är inskriven i etableringsprogrammet.

Många patienter är sedan tidigare vana vid en annan levnadsstandard och tycker att det är mycket svårt att de inte klarar sin försörjning på egen hand. Vissa beskriver också att det är oklart för dem från vilken myndighet de får sin ersättning och hur planeringen ser ut för att de ska kunna etablera sig på arbetsmarknaden. Gemensamt för dem alla är att de gärna vill lära sig svenska och delta i svenskundervisning, men att de till följd av framför allt de flashbacks och minnessvårigheter som följer av diagnosen posttraumatiskt stressyndrom har svårt att tillgodogöra sig undervisningen.

3.6 Samhällsinformation – Förstår ej samhällssystemet

Under projektarbetet har det också framkommit att patienterna ofta tycks sakna information gällande grundläggande samhällsfrågor. Detta kan tyckas märkligt då de patienter som har ingått i projektet har uppehållstillstånd och därför vanligen har varit i Sverige minst ett år. De har under denna tid ofta träffat ett flertal myndighetspersoner där de har delgivits samhällsinformation och de har kanske även deltagit i samhällsorienterande aktiviteter. Återkommande beskriver också tjänstemän som har deltagit i projektet att patienterna har fått information vid upprepade tillfällen om olika saker och patienterna själva beskriver att de inte har fått det. Det kan exempelvis gälla hur man får en bostad, arbete, stödinsatser eller bidrag.

För de patienter och deras anhöriga som har varit i behov av samhällsinformation har de ofta varit kopplat till något av ovanstående behovsområden. Men det har sammantaget gjort att de inte förstår samhällssystemet i Sverige eller på vilket sätt de ska gå tillväga för att få sina behov tillgodosedda.

3.7 Nära relationer – Ensamhet

En svårighet för flera patienter är att de är ensamma i Sverige och saknar nära relationer. Den huvudsakliga orsaken till det är att de tvingats fly och lämna sin familj, släkt och vänner. Många patienter sörjer också sina nära som har dött eller som är kvar i hemlandet. Många bär på skuld känslor över att de överlevde när andra dog, eller att de lämnade sitt land när andra blev kvar. En person som varit med om ett trauma lever ofta i skräck för att den traumatiska händelsen ska inträffa igen. Det kan också vara en bidragande orsak till att en patient kan ha svårt att påbörja nya relationer i det nya landet. En annan anledning är den brist på tillit till andra människor som följer av att man utsatts för tortyr eller andra extremt traumatiserande upplevelser. Den psykiska ohälsan medför också bristande lust och ork att uppsöka nya sammanhang med nya människor. En annan försvårande omständighet för att möta nya människor är att befinna sig i ett nytt land med ett nytt språk.

4. Arbetsmetod och tillvägagångssätt

Arbetsmetoden i projektet har utgått ifrån grundläggande **systemteori** och **nätverksarbete**. Detta är väl etablerade teorier och en metod inom socialt arbete som framhåller vikten av att arbeta med hela systemet och nätverket i psykosocialt arbete för att möjliggöra processer inom och mellan individer. Arbetsmetoden har även inkluderat den psykosociala samtalsmetoden **counselling**. Det är en problembaserad behandling där samtalet syftar till att man i samverkan med patienten ska formulera en problemställning som utgår från dennes psykologiska och sociala situation för att kunna samordna olika insatser som leder till en positiv förändring för denne. Behandlingen och förändringsarbetet utgår från att medvetandegöra och stötta patientens egna resurser⁶.

Vidare har modellen byggts upp utifrån den ordinarie behandlingsverksamheten på mottagningen och att de **psykosociala behoven** hos patienterna har kopplats till **nätverket** runt dem som består av anhöriga, Röda Korsets Center samt en mängd olika externa myndigheter och aktörer.

Arbetet har inletts med att den ansvariga **behandlaren bedömer** att dennes pågående behandling med en nyanländ patient på mottagningen **hindras** på grund av att patienten har en alltför svår sociala situation. Behandlaren kopplar då in en **socionom**, från Landaprojektet, för att bistå patienten med ett utökat psykosocialt stöd utöver sin pågående behandling. Det kompletterande stödet som patienterna då får syftar till att det som utgör ett hinder för den pågående behandlingen ska minskas genom att socionomen ser till att patientens **psykosociala behov** tillgodoses genom **nätverket**. Socionomens arbete med patienten sker hela tiden i ett tätt samarbete med den ansvariga behandlaren som fortsatt arbetar med patienten i behandlingssamtal.

Socionomen gör inledningsvis **en kartläggning** tillsammans med patienten för att ta reda på vilka psykosociala behov patienten har och vilka kontaktpersoner hen har, eller saknar,

⁶ Larsson, S. och Tryggved, S. (red.). 2010. *Counselling - stödsamtal i socialt arbete*. Stockholm: Gothia förlag.

hos myndigheter och i övriga samhället. Patienten och socionomen gör sedan gemensamt **en problemformulering** i vilken de kommer överens om vilket/vilka behov som bör prioriteras och vilka kontaktpersoner som ska kontaktas. Detta utgör grunden för socionomens **uppdrag**. Det följs återkommande upp och revideras vid de kontinuerliga counsellingsamtalen som socionomen har med patienten. I alla samtal och möten används tolk på plats om behov finns och om möjligt används samma tolk återkommande för en patient.

Den första **externa kontakten** som socionomen kommunicerar med är den myndighet eller tjänsteman som är ansvarig för patientens främsta sociala behov. Detta för att inhämta mer information och kartlägga myndighetens handläggning samt för att därefter kunna göra en bedömning av hur en process i rätt riktning ska kunna ske. Därefter initierar socionomen ett antal **aktiviteter** som syftar till att minska de psykosociala hindren som finns. Aktiviteterna är beskrivningar av de handlingar som kan möjliggöra en utveckling mot att det psykosociala behovet ska uppnås. Socionomens uppgift är att se till att dessa aktiviteter genomförs av myndigheter, vårdgivare, civilsamhället, anhöriga och individerna själva.

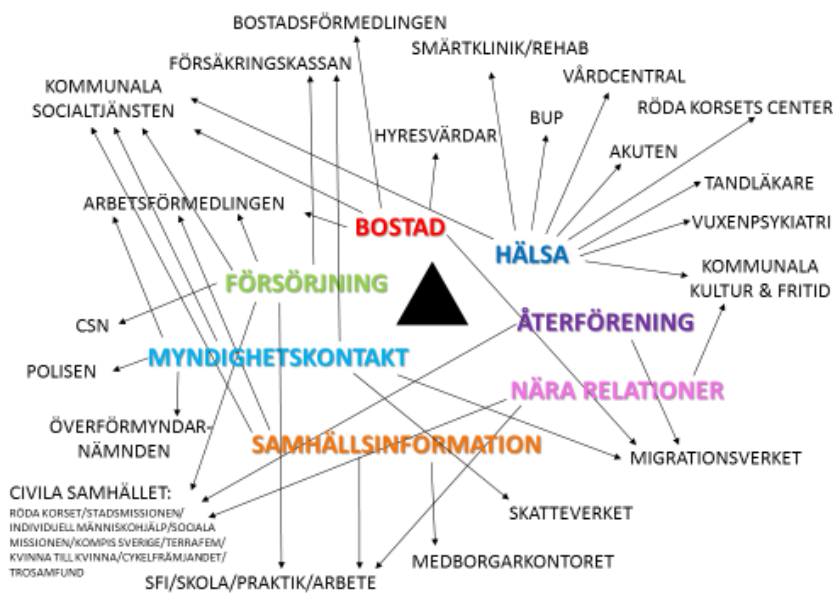


Bild av patienten, nätverket och de psykosociala behoven.

Detta innebär att ett nätverksarbete inleds genom att socionomen kontaktar, aktiverar och **samordnar nätverket** runt patienten för att förbättra nätverkets **samverkan**. För att möjliggöra detta kan socionomen exempelvis behöva kontakta myndigheter och aktörer i patientens befintliga nätverk eller etablera nya kontakter åt den nyanlända patienten och dennes familj. Socionomen kan också behöva ge socialjuridisk rådgivning till patienten gällande myndighetsbeslut eller hjälpa till med olika praktiska frågor gällande ansökningshandlingar, avslagsbeslut eller bostadssökande likt det som beskrivs i den inledande fallbeskrivningen. Eller delta vid möten hos myndigheter. Det kan även handla om att vägleda patienten och

dess anhöriga till stadens utbud av föreningsliv, kulturella, ideella och kommunala verksamheter.

I vissa fall är det nödvändigt att sammankalla alla aktörer runt patienten till ett eller flera **nätverksmöten**. Ett nätverksmöte är ett bra verktyg för psykosocialt arbete genom att det kan ge ökad förståelse och förbättrad samverkan samt bidra till att nätverket delar information och kunskap. Det ger en ökad insyn i vad andra aktörer gör och en insikt i vad som brister när samarbete inte fungerar. Alla aktörer får en övergripande bild och nätverket kan uppnå en samsyn samt en gemensam planering. Mötet bör inte ses som en enskild händelse utan som en del i ett större sammanhang. Det kräver goda förberedelser för att kunna skapa det bästa förutsättningarna för själva mötet. Och det är viktigt med ett bra uppföljande efterarbete för att bibehålla den stabiliserande kraften som nätverksmötet kan ha bidragit till. Det kan exempelvis innebära att man har ett förmöte med patienten för att planera syfte, frågeställningar och vilka som ska bjudas in. Det är också viktigt att inbjudan är tydlig samt att mötets tid och plats anpassas till deltagarnas möjlighet att närvara. Mötet i sig bör ha en tydlig ram och präglas av god möteskultur. Det kräver en kompetent och neutral mötesledare som tar ansvar för mötets struktur och process. Nätverksmötet kan då fungera som en slags katalysator för en positiv förändring och stabiliserande kraft – för individen, men också för hela nätverket. Vid behov bör uppföljande nätverksmöte bokas in för att bibehålla nätverkets gemensamma styrka.⁷

Kopplat till de psykosociala behoven så kan det som socionomen gör exempelvis vara:

1. *Hälsa* Råd och stöd i att ansöka om en boendestödare hos kommunen.
2. *Myndighetskontakt* Sammankalla och hålla i ett eller flera nätverksmöten.
3. *Bostad* Råd och stöd för att söka boende själv eller akut hos kommunen.
4. *Återförening* Fylla i ansökningshandlingar till Migrationsverket om familjeåterförening eller resebidrag.
5. *Försörjning* Stöd i ansökan om ekonomiskt bidrag hos en myndighet eller en frivilligverksamhet.
6. *Samhällsinformation* Informera om samhällets olika stödsystem och vad som skiljer dem åt samt vilka rättigheter en medborgare har.
7. *Nära relationer* Vägleda till en kontaktperson i en förening eller ett trossamfund.

Genom att socionomen har sin tillhörighet i en specialistpsykiatrisk mottagning innebär det en unik position då det medför att patienten kan erbjudas ett samordnat stöd gällande sina

⁷ Hedberg-Eriksson, K., Tenerz, B., Ström, M. och Moody Källberg, M. 2013. *Engagerande nätverksmöten: metod och praktisk tillämpning*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

psykosociala svårigheter och sitt psykiska mående. Det innebär att fokus blir på hela människan. För att möjliggöra det är det av stor vikt att socionomen arbetar i **team** tillsammans med ansvarig behandlare, läkare och sjuksköterska på mottagningen. Det medför en ökad samsyn och en möjlig avlastning gällande de olika professionernas ansvarsområden.

Arbetsmodellen kan användas både vid kortare och längre kontakter med individer samt gällande enstaka eller flera professionella kontakter samt psykosociala behov. Modellen kan således användas både för en kontakt med en myndighet/ett nätverksmöte och för en längre kontakt bestående av ett flertal kontakter med myndigheter/flera nätverksmöten. Avgörande är dock att kontakten med individen präglas av den psykosociala samtalsmetoden counselling så att en inledande problemformulering görs. Det medför också att arbetsmodellen innebär ett **individpassat stöd som syftar till att skapa trygghet, stabilitet och egenmakt hos individen**. Som tidigare nämnts är det av särskild vikt hos målgruppen som till följd av svåra trauman och migrationsrelaterad stress upplever stor maktlöshet och otrygghet.

Det bör dock påpekas att det i Landaprojektet varit förunnat att socionomen haft ett begränsat antal uppdrag gällande individer och deras nätverk. Detta är sällan möjligt för en likvärdig socionom inom en myndighet då denne ofta är ansvarig för ett stort antal individer som är i behov av stöd.

5. Resultat

Under det första projektåret 2015 deltog 20 nyanlända patienter och deras 80 nära anhöriga – make/maka, föräldrar, barn och syskon – samt 216 stycken professionella aktörer i projektverksamheten. Det innebar att målsättningen på 36 stycken patienter inte uppnåddes, men siffrorna på övriga medverkande anhöriga och professionella kontakter visade på ett större antal projektdeltagare än väntat. Siffrorna uppvisade ett genomsnitt på 11 stycken professionella aktörer per patient. Under det andra projektåret deltog 27 stycken nyanlända patienter och deras 88 stycken nära anhöriga samt 382 stycken professionella aktörer i projektet. Det medförde i genomsnitt drygt 14 stycken professionella aktörer per individ. Det var således även under det andra året färre antal patienter som deltog i projektet än vad målsättningen var, men samtidigt deltog fler professionella aktörer än vad som förutsades.

Hälften av de patienter som deltog under det första året 2015 var flyktingar från Afghanistan och därefter från Syrien, Iran, Eritrea och ett fåtal andra enstaka länder. Under det andra projektåret år 2016 var majoriteten av de deltagande flyktingar från Syrien med 29 % och strax därefter Afghanistan med 26 % och sedan Eritrea, Iran samt övriga länder så som: Bangladesh, Palestina, Azerbajdzjan och Marocko. Siffrorna påvisar att en tydlig ökning skett gällande patientgruppen nyanlända syrier på Röda Korssets Center under år 2016 och att de haft behov av att ingå i projektet. Sett till det totala antalet deltagande patienter under båda projektåren så var både köns- och åldersfördelningen jämn.

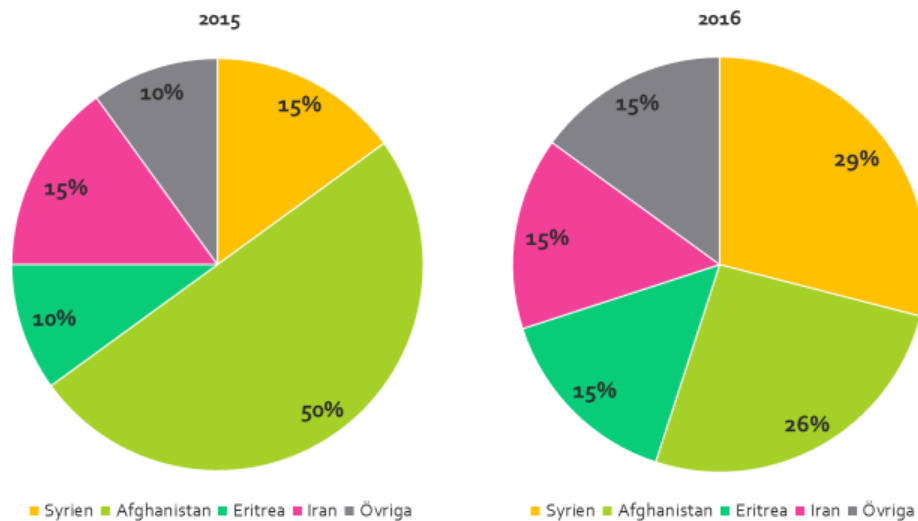


Bild av projektdeltagande patienters ursprungsland.

5.1 Hälsa

I arbetet med att patienterna ska uppnå behovet en förbättrad hälsa har fokus varit på det som också är ett av projektets huvudsakliga mål – att stödja patienterna så att de ska kunna ta till sig och aktivt delta i sin behandling på mottagningen. Det har bland annat inneburit att socionomens uppgift varit att se till att patienterna får ett samordnat stöd från alla de aktörer som finns runt patienten och dennes familj. I första hand har socionomen haft en mängd kontakter och ett flertal nätverksmöten med patienten och de vårdgivare och myndigheter som kan tillgodose, eller remittera vidare till, annan typ av vård och stöd än det som sker via Röda Korsets Center – främst Arbetsförmedlingen och socialtjänsten samt vårdcentralen. Ett antal av patienterna har haft tortyrrelaterade skador i munnen och har därför varit i behov av specialiserad tandvård. Då det ofta innebär mycket omfattande och kostsamma ingrepp, så har dessa patienter i de flesta fall behövt stöd i att söka ekonomiskt bidrag för att kunna betala dessa tandvårdskostnader. För några har det beviljats av socialtjänsten genom försörjningsstöd och för någon genom frivilligorganisationen Stadsmissionen. Några patienter har även remitteras av behandlarna till den specialisttandläkare som Röda Korsets Center sedan många år har ett nära samarbete med. Hon har specialiserad kompetens för tandskador som avser person som har utsatts för trauma så som tortyr.

Andra åtgärder har varit att hjälpa patienterna att ansöka om kompletterande stöd från exempelvis kommunen så som boendestödjare, kontaktperson eller god man. Detta har också kunnat innebära en avlastning för de anhöriga som ofta tar ett stort ansvar för praktiska saker i patientens liv. Många av de anhöriga har också fått hjälp med att ansöka om egen individuell behandling på Röda Korsets Center och/eller på Barn- och Ungdomspsykiatriska [BUP] mottagningen Trauma eller annan typ av stöd från ansvarig socialtjänst som exempelvis familjebehandling eller kontaktperson.

Fallbeskrivning

Hasan kom till Sverige som ensamkommande barn utan vårdnadshavare och sökte asyl för tre år sedan. Han har under sin uppväxt i tidig ålder varit utsatt för traumatisering genom våld och övergrepp och detta vid upprepade tillfällen samt upplevt ett flertal separationer. Under flykten till Sverige utsattes han för ytterligare trauman. Detta har orsakat att han lider av komplex posttraumatiskt stressyndrom som gör att han har svårigheter att lita på andra, svårt att sätta personliga gränser, isolerar sig, kroppsliga symtom så som smärta i magen, svårt med sin självreglering, sömnproblem och självdestruktivt beteende. I samband med att han blev myndig remitterades han från Barn- och ungdomspsykiatri till Röda Korsets Center för att få trauma-behandling.

När Hasan påbörjade sin behandlingskontakt på Röda Korsets Center avslutades samtidigt inom kort tid alla hans stödinsatser – god man, kontaktperson och stödboende – och helt kontakten med den socialtjänst som stöttat honom sedan han kom hit tre år tidigare. Det betydelsefulla nätverk av professionella personer som gemensamt hade stöttat Hasan fanns inte längre kvar. Hasans psykiska hälsa försämrades mycket snabbt och hans symtom förvärrades märkbart och ledde också till kognitiva svårigheter med att minnas och fatta beslut, ökad depressivitet och självdestruktivitet. När han sedan i snabb takt förlorade sitt tillfälliga boende, skola, extrajobb och dagliga rutiner blev symtomen alltmer allvarliga och akuta samt suicidrisken hög.

Den psykoterapeutiska och psykiatriska behandlingen på Röda Korsets Center kompletterades därför med ett psykosocialt stöd för att skapa stabilitet för Hasan så att han skulle kunna fortsätta i sin behandling och må bättre. Det psykosociala stödet fokuserade på att återuppta kontakten med socialtjänsten och Överförmyndarnämnden så att han skulle kunna få hjälp med att få ordning på sin ekonomi, boende och skolgång. Det gamla och det nya nätverket bjöds in till ett inledande nätverksmöte för att klargöra Hasans behov av stöd och på så vis stabilisera hans aktuella situation. Det var tydligt att Hasans situation och psykiska ohälsa gav upphov till att nätverket i sig också blev oroligt och pressat. Det medförde att ett flertal nätverksmöten följde och kontinuerlig kontakt med ansvariga tjänstemän för att samordna och stabilisera nätverket. Hasans situation och hälsa kunde därmed förbättras med hjälp av samhälleliga stödinsatser så som god man, boendestödjare, boende, skola och fortsatt traumabehandling.

5.2 Myndighetskontakt

I arbetet med att förbättra patienternas myndighetskontakt har den viktigaste aspekten varit att socionomen arbetat nätverksinriktat. Fokus har varit på att kontakta, aktivera och samordna nätverket runt patienten. Inledningsvis har en kontakt etablerats med varje individuell tjänsteman som är ansvarig för patienten på de olika myndigheterna. Och för att därefter inhämta information om dennes bedömningar, beslut och pågående utredningar gällande patienten och dess familj. Parallellt med det har socionomen förmedlat patientens uppfattning om sina behov och önskemål gällande stöd. I de fall det inte funnits en pågående kontakt, har socionomens uppgift varit att hjälpa patienten att etablera en sådan.

En viktig uppgift har varit att bistå i att hjälpa till med kommunikationen mellan patienten och myndigheten. Alla patienterna har beskrivit svårighet i att förstå brev, beslut eller annan muntlig information som de fått från Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Försäkringskassan och den kommunala socialtjänsten. Och alla har fått hjälp med detta. Här kan naturligtvis språket utgöra ett visst hinder och de kognitiva svårigheter som diagnosen posttraumatiskt stressyndrom medför i form av koncentrations- och minnessvårigheter. Vissa patienter är också analfabeter vilket försvårar ytterligare. Därför har arbetet också

gått ut på att till de ansvariga tjänstemännen förmedla information om patientens psykiska ohälsa och den funktionsnedsättning detta kan medföra. På så vis tydliggörs behovet av att patienten exempelvis delges information upprepat och skriftligen samt att myndigheten har en minskad kravnivå på denna individ.

Arbetet har också inneburit att patienter fått hjälp med formulera sig muntligen och skriftligen gällande ansökningar om stöd hos en myndighet eller hjälp med att överklaga avslagsbeslut samt yttra sig till domstol. Det har exempelvis gällt ansökan om familjeåterförening och resebidrag hos Migrationsverket eller ansökan om förtur hos Bostadsförmedlingen. Främst har det dock gällt ansökan om stöd hos socialtjänsten.

Majoriteten av patienterna har beskrivit svårigheten att veta till vilken myndighet de ska vända sig med sina behov av stöd och sina frågor. En förklaring till detta kan vara att målgruppen gäller just nyanlända personer och att de av den anledningen har svårt att orientera sig och veta vilken myndighet som ansvarar för vad. Men det förklarar inte patienternas återkommande beskrivningar av hur de bollas mellan olika myndigheter eller mellan olika avdelningar inom myndigheten. För att förtydliga och minska förvirringen för patienterna har socionomen då arbetat som en *samordnande aktör* i nätverket.

I rollen som samordnare har målsättningen varit att tydliggöra hela nätverket runt patienten – både för patienten, anhöriga och professionella – och de olika aktörernas olika uppgifter. Syftet har varit att på så vis stärka länkarna mellan olika aktörer i nätverket och klargöra ansvarsfördelningen dem sinsemellan. Det har framför allt handlat om att sammankalla till och hålla i nätverksmöten med patienten, anhöriga och ansvariga parter. Men det har även inneburit att socionomen överlämnat information och kontaktuppgifter mellan externa aktörer eller följt med patienten till möten på en myndighet eller hos en frivilligorganisation. Det har hållits 57 stycken nätverksmöten med alla de patienter som deltagit och socionomen har varit sammankallande för majoriteten av dessa. Socionomen har också medverkat vid 30 stycken externa möten tillsammans med patienterna.

En försvårande omständighet i nätverksarbetet har varit att patientens professionella nätverk tenderar att bli stort och snabbt förändras. Dels handlar det om att patienten har så många kontakter, men också att de befintliga tjänstemännen ofta ersätts av nya då det inom flera myndigheter är en stor personalomsättning. Det förklarar dock inte det stora antal handläggare som de patienter som är aktuella på fler än en avdelning inom socialtjänsten – exempelvis Ekonomiskt bistånd, Barn- och Ungdom, Socialpsykiatri/Vuxen – är tvungna till att ha. Dessa omständigheter leder troligtvis till att information går förlorad och måste upprepas samt att nya relationer måste etableras. För denna patientgrupp är just detta särskilt svårt, då den egna minnesfunktionen och tilliten till andra människor är nedsatt. Det senare gäller särskilt i relation till myndighetspersoner i och med

EN FÖRSVÅRANDE OMSTÄNDIGHET HAR VARIT ATT PATIENTENS PROFESSIONELLA NÄTVERK TENDERAR ATT BLI STORT OCH SNABBT FÖRÄNDRAS.

att tortyr och förtryck i hemlandet kan ha skapat en generell rädsla i kontakten med myndigheter.

Det är bekymmersamt att dessa människor upplever att de har svårt att få ta del av sina rättigheter via samhällets olika stödsystem, speciellt då det handlar om en mycket utsatt grupp individer i vårt samhälle. De har inte bara en nedsatt funktionsnivå till följd av psykisk och fysisk ohälsa, utan är också nya i landet och behärskar därför sällan det svenska språket eller förstår nämnda samhällssystem. För de enskilda patienterna tycks det, i mötet med ansvariga tjänstemän, som att det ofta förutsätts att även dessa nyligen bosatta personer ska känna till de lagar och regler som gäller samt veta hur man formulerar sig. De har även rapporterat att det känns som att de förväntas kunna ta reda på vad som gäller genom att vända sig till någon i civilsamhället eller i sitt privata nätverk. Ett sådant antagande bygger dock på att patienten överhuvudtaget har ett nätverk och även ett relativt resursstarkt sådant. Det är sällan fallet för dessa individer då de ofta lever isolerat och deras släkt och vänner kanske inte ens finns i Sverige.

De patienter som har haft störst behov av hjälp gällande kontakten med myndigheter är de som på egen hand under en längre tid har försökt etablera en kontakt med framför allt socialtjänsten och som har upplevt att de inte får tillgång till myndigheten och därmed möjlighet att ansöka om stöd. De har ofta handlat om att patienten inte bedöms tillhöra den aktuella stadsdelen eller Stockholms stad, eftersom de är skrivna på en adress och bor eller vistas på en annan.

5.3 Bostad

Bostadslösheten är den fråga som är svårast att hjälpa patienterna med. Och det är också kring den som det är svårast att få till en fungerande samverkan med övriga aktörer. Naturligtvis är den stora bostadsbristen i staden en stor del av problemet. Det behövs många fler bostäder. Men under arbetets gång har det också förtydligats att det finns ett flertal problematiserande aspekter gällande bostadsfrågan i mottagandet av nyanlända.

Ingen av de medverkande patienterna har haft ett förstahandskontrakt på en bostad och de fåtal som har haft andrahandskontrakt har gällt korta kontraktstider. Typen av boendeform som patienterna och deras anhöriga har förändras hela tiden. Men det som är vanligast förekommande för dem är att vara akut bostadslös eller beviljad tillfälligt boende via socialtjänsten. De som är akut bostadslösa flyttar ofta runt veckovis hos släktingar, vänner eller landsmän. Enstaka har dock tvingats att sova i källare, garage eller i lokaltrafiken. De som beviljas tillfälligt boende bor ofta på så kallade hotellhem/vandrarhem.

I Stockholms stads program mot hemlöshet 2014-2019 anges det att nyanlända familjer med barn har en annan problematik än andra familjer som står utanför bostadsmarknaden, nämligen den att de aldrig fått ett eget boende och på så vis aldrig har etablerat sig på den ordinarie bostadsmarknaden eftersom de saknar inkomster, boendereferenser och kötid i

bostadsförmedlingar⁸. Den problematiken är tydlig hos alla de barnfamiljer, och även de ensamstående, som ingått i projektet.

De stödåtgärder som har skett inom projektets ramar har varit information och rådgivning om bostadssökande och var man kan få praktiskt stöd med det. Men den huvudsakliga åtgärden har varit att stötta patienten i kontakt med de myndigheter och aktörer som är

TROTS BEFINTLIGA LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH ÖVERENSKOMMELSER SÅ FRAMSTÅR DET SOM OTYDLIGT VILKEN MYNDIGHET SOM ANSVARAR FÖR BOSÄTTNINGEN NÄR DEN NYANLÄNDA HAR BEVILJATS UPPEHÅLLSTILLSTÅND.

ansvariga för frågan – socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Bostadsförmedlingen i Stockholm. Detta har i de flesta fall kunnat hjälpa patienten att beviljas ett akut, tillfälligt boende via socialtjänsten. Dessa biståndsbeslut beviljas dock vanligtvis endast en vecka i taget, vilket innebär att patienten och dennes familj inte vet om socialtjänsten kommer att bevilja dem boende kommande vecka. Ofta innebär dessa veckovisa beslut också att familjen måste byta tillfälligt boende och flytta runt veckovis, vilket får till följd att familjen inte vet var de ska bo nästa vecka och att familjemedlemmarna ständigt måste lära sig nya vägar till skolan, SFI och andra platser. Detta stämmer inte överens med stadens program mot hemlöshet i vilket två av målen uppges vara att: "Alla familjer eller vårdnadshavare med barn som har haft en osäker boendesituation mer än en månad ska erbjudas ett längre beslut om boende"⁹ och att: "Alla som har varit akut hemlösa mer än en månad erbjuds minst sex månaders beslut om boende"¹⁰.

De flesta av patienterna som beviljats akut boende har också fått ta del av det praktiska stöd som många socialtjänster numera erbjuder sina bostadslösa klienter – så kallad "boskola" eller kontakt med stadsdelens boendesamordnare. Vissa av patienterna beskriver det som ett stöd och andra som mer av en kontrollfunktion för myndigheten. I ett flertal fall har en ansökan om förtur gjorts till Bostadsförmedlingen i Stockholm, men ingen har ännu beviljats detta. I kontakten med Arbetsförmedlingen har svaret återkommande varit att de inte kan hjälpa patienten i denna fråga. Några gånger har den ansvariga handläggaren kopplat in en socialkonsulent från Arbetsförmedlingen i syfte att patienten ska få stöd i kontakten med ansvarig socialtjänst.

I kontakten med ansvariga myndighetspersoner blir det tydligt att bostadsfrågan väcker en stor frustration och maktlöshet även hos de tjänstemän som möter denna målgrupp. Trots befintliga lagar, förordningar och överenskommelser gällande nyanländas etablering så framstår det som otydligt var ansvaret för bosättningen ligger och framför allt när den nyanlända har beviljats uppehållstillstånd. Tydligt är dock att hur och var den nyanlända varit

⁸ Stockholms stads program mot hemlöshet 2014-2019. Dnr: 3.2 – 619/2013, s. 24.

⁹ Ibid., s. 25.

¹⁰ Ibid., s. 22.

bosatt fram till denna tidpunkt är av stor vikt. Har du en gång tackat nej till ett anvisat boende från Migrationsverket, så stängs många dörrar även längre fram.

Anvisningslagen, som trädde i kraft mars 2016, har visserligen medfört ett visst klargörande¹¹. Lagen innebär att kommuner är skyldiga att ta emot flyktingar som fått uppehållstillstånd och att det sedan årsskiftet

HAR DU EN GÅNG TACKAT NEJ TILL ETT ANVISAT BOENDE FRÅN MIGRATIONSVERKET SÅ STÄNGS MÅNGA DÖRRAR ÄVEN LÄNGRE FRAM.

är Migrationsverket – och inte som tidigare Arbetsförmedlingen – som är ansvarig myndighet för att anvisa till kommunerna. Lagen omfattar dock i huvudsak endast de nyanlända som har vistats på Migrationsverkets anläggningsboenden samt kvotflyktingar. Ett stort problem är att många anvisas och har anvisats till en annan kommun än där personen har varit bosatt och även att erbjudandet bara har skett vid ett tillfälle¹². Den nyanlända erbjuds alltså ofta att flytta till en annan kommun i en annan del av landet och många tackar nej till detta. Patienterna beskriver att det beror på att de under sin första tid byggt upp ett nätverk och lokalkännedom som ger dem viss trygghet och tillhörighet i det nya landet på den aktuella orten.

De flesta nyanlända flyktingar i Stockholm är personer som under sin asylprocess har valt att bo hos släkt och vänner – så kallat eget boende [EBO] – istället för boende ordnat av Migrationsverket – så kallat anläggningsboende [ABO]. Detta medför att det är många asylsökande som flyttar in till Stockholm och att de påbörjar sin etablering i staden. Deras bostadssituation är dock sällan hållbar i längden eftersom de i regel bor inhysta tillfälligt hos anhöriga eller bekanta. När dessa nyanlända beviljas uppehållstillstånd så får de inget erbjudande om kommunanvisning och bosättning eftersom de inledningsvis av Migrationsverket har registrerats som att de har ordnat sitt boende på egen hand. Vissa patienter berättar också att de inte uppfattat att de har fått ett erbjudande om bosättning, eller framför allt vad det får för konsekvenser för dem när de tackar nej till ett sådant. Detta blir ofta klart först senare när de söker stöd hos kommunens socialtjänst på grund av att de är bostadslösa.

VID DEN TIDPUNKT SOM PATIENTERNA **ANSÖKER** OM STÖD HOS SOCIALTJÄNSTEN SÅ **KAN** INTE BEHOVET TILGGODOSES PÅ ANNAT SÄTT EFTERSOM ANVISAN OM BOENDE SKETT FÖR LÄNGE SEDAN.

I stadens riktlinjer för *Handläggning av ekonomiskt bistånd* framgår det att flyktingar som omfattas av Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare och som ansöker om ekonomiskt bistånd ska likabehandlas med svenska medborgare

¹¹ Lag (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning.

¹² 6 § Förordningen (2010:408) om mottagandet för bosättning av vissa nyanlända invandrare.

vad gäller rätten till ekonomiskt bistånd¹³. Och gällande bostadslöshet ska samma egenansvar och krav gälla för nyanlända som för andra sökanden. Men det som också är klart uttalat i dessa riktlinjer är vad som ofta möter patienterna – muntligen eller i skriftliga avslagsbeslut – när de ansöker om stöd från socialtjänsten, nämligen den undantagsregel som anger att: ”Om den sökande tackar nej till boende via Migrationsverket eller Arbetsförmedlingen kan detta vara grund för avslag på ansökan om bistånd till hotellboende eller motsvarande då behovet kan tillgodoses på annat sätt än genom ekonomiskt bistånd.”¹⁴ Ett problem för de sökande är dock det faktum att vid den tidpunkt som patienterna *ansöker* om stöd hos socialtjänsten, så *kan* inte behovet tillgodoses på annat sätt eftersom erbjudandet om anvisat boende från Migrationsverket eller Arbetsförmedlingen har skett långt tidigare i etableringsprocessen, då de inte blivit upplysta så att de förstod konsekvenserna av detta. Dessa erbjudanden upprepas heller inte och det går inte att ångra beslutet att man tidigare har tackat nej.

Denna policy och reglering medför att många av patienterna och deras familjer får avslag när de ansöker om stöd hos socialtjänsten. Svårast är det för de akut bostadslösa som är skrivna på en adress och sover på en annan eller flera andra adresser. I de flesta fallen har stödet inom projektets ram då inneburit att en mängd kontakter tagits med flera olika socialtjänster utan att det resulterat i att någon ny lösning har nåtts gällande patients bostadslöshet. Upplevelsen är också att det sällan görs skillnad på om ansökan gäller en ensamstående individ eller en barnfamilj. I avslagsbeslut från socialtjänsten gällande tillfälligt boende har det även angetts att barnperspektivet har beaktats genom att ett tillfälligt boende inte är att betrakta som barnets bästa eller att det inte framkommit några brister i föräldraförmågan. Detta är svårt att förstå och synes inte vara i linje med hur barnets bästa beskrivs i socialtjänstlagen med förarbeten. Flera av de barnfamiljer som har ingått i projektet har fått avslag på ansökan om akut boende eller har blivit avhysta från tillfälligt boende utan att ha haft något annat alternativ.

Fallbeskrivning

För patienten Mirjam så kom det psykosociala stödet att handla om att försöka hjälpa henne och hennes barn att få sin tillhörighet erkänd av en socialtjänst så att hon skulle ha möjlighet att ansöka om tillfälligt boende. Hela familjen hade varit akut bostadslös sedan de kom till Sverige och hade hela tiden flyttat runt hos bekanta och landsmän. När hon kom till Röda Korsets Center så bodde Mirjam tillsammans med de yngre barnen tillfälligt inhyst hos en familj och de äldre barnen hos en annan familj. Inom ett par veckor flyttade de vidare. Mirjam hade hoppats på att de skulle få hjälp av socialtjänsten när de fått uppehållstillstånd ett år tidigare, men hade avisats från tre olika socialkontor. Mirjam var – likt många andra nyanlända – skriven på en adress och tillfälligt sovandes på flera olika andra adresser då hon var utan egen bostad och således också utan ett hyreskontrakt.

För att Mirjam skulle kunna uppnå en yttre stabilisering och ha möjlighet att stanna kvar i traumabehandlingen så stöttades hon av socionomen i kontakten med Arbetsförmedlingen och

¹³ Stockholms stads Riktlinjer vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Beslutade av kommunfullmäktige 2014-05-05.

¹⁴ Ibid, s. 69

socialtjänsten. Hon fick socialjuridiskt stöd gällande muntliga och skriftliga ansökningar och överklagande till socialtjänsten samt yttrande till Förvaltningsrätten. Hon fick stöd i kommunikationen med myndigheter vid upprepad kontakt via telefon, mail och möten. Trots detta stöd så avvisades Mirjam och hennes barn av fyra olika socialtjänster med hänvisning till att den egna kommunen/stadsdelen inte var att betrakta som vistelsekommun.

Först när familjen på egen hand lyckades teckna ett kortvarigt andrahandskontrakt fick de tillhörighet hos en femte socialtjänst. Till följd av fortsatt stöd i kommunikationen med socialtjänsten och samordning av nätverket så erbjöds familjen så småningom ett kommunkontrakt för en bostad där de kunde bo permanent. Och Mirjam kunde fortsätta i traumabehandlingen, avsluta sjukskrivningen och delta i svenskundervisningen. Om Mirjam inte hade fått ett utökat psykosocialt stöd så hade hon troligtvis avbrutit sin behandlingskontakt på Röda Korsets Center inom ett par veckor.

5.4 Återförening

De flesta av de medverkande flyktingarna delar upplevelsen av att vara separerade från sin familj och har antingen innan de ingick i projektet återförenats med sin familj i Sverige eller väntar ännu på att få göra det. Det som kunnat erbjudas inom projektet är stöd i form av familjeetableringsinsatser som har skett utifrån två olika förutsättningar. Dels har insatser genomförts inför en möjlig återförening och dels när familjen väl återförenats i Sverige.

I arbetet för att hjälpa patienterna att återförenas med sin familj så har det framför allt handlat om kontakt med tjänstemän på Migrationsverket för att få information om pågående handläggning av ansökningar om familjeåterförening och praktisk hjälp med att göra ansökningar eller resestöd hos Migrationsverket. Socionomen har också förmedlat kontakt med Svenska Röda Korsets migrationsrådgivare som erbjuder stöd för familjeåterförening, efterforskning och i vissa fall resebidrag. Det har framför allt handlat om att få information om reglerna för familjeåterförening och hur de anhöriga ska gå tillväga för att söka uppehållstillstånd därifrån de befinner sig eller i vissa fall hjälp med efterforskning av försvunna anhöriga. Socionomen har också kunnat bistå i att överlämna information till ansvariga myndigheter – som exempelvis socialtjänsten, Försäkringskassan, BUP och Arbetsförmedlingen – om när de anhöriga beräknas anlända så att familjen får stöd när de återförenas i Sverige. Under projektet har det gemensamma arbetet resulterat i att åtta stycken familjer har kunnat återförenas genom att 16 barn och fyra äkta hälfter kommit till Sverige. Två familjer väntar fortfarande på att återförenas.

Den andra typen av familjeetableringsinsats som har skett har handlat om stöd när familjen väl har återförenats i Sverige i syfte att familjen ska nå en gemensam etablering i landet. Det har då framför allt handlat om familjesamtal på mottagningen utifrån ett psykosocialt fokus. Men det har också inneburit kontakt med olika myndigheter, så att familjen erbjuds det stöd de behöver och har rätt till.

Den så kallade begränsningslagen som infördes i svensk lagstiftning juni 2016 har bland annat medfört att majoriteten av flyktingarna numera får tillfälliga istället för permanenta uppehållstillstånd och att mycket restriktiva regler gäller för familjeåterförening. Denna lagändring kommer att ha en negativ inverkan på traumatiserade flyktingars möjlighet till

etablering under lång tid framöver och även medföra ett ökat behov av sociala stödinsatser samt traumabehandling. Poängteras bör naturligtvis att det är en mänsklig rättighet att få bo tillsammans med sin familj vilken är fastslagen både i svensk lagstiftning och i internationella konventioner. Framför allt är barns rätt till ett familjeliv och rätt till sina föräldrar fastslagen i Barnkonventionen, som enligt regeringen ska bli svensk lag inom kort.

Fallbeskrivning

För patienten Fatima innebar det utökade psykosociala stödet bland annat att hon fick stöd i att hålla kontakt med tjänstemän på Migrationsverket så att hon fick information om pågående handläggning av ansökningar om familjeåterförening med hennes make och barn. När hennes familj beviljats uppehållstillstånd så fick hon också praktisk hjälp med att göra en ansökan om resestöd hos Migrationsverket så att hennes familj skulle kunna resa hit.

Innan familjen kommit till Sverige bjöd vi in hennes professionella kontakter på Arbetsförmedlingen och socialtjänsten till ett nätverksmöte på Röda Korsets Center. Det visade sig att handläggarna inte kände till att Fatima hade en familj och var separerad från sina barn. Nätverket planerade gemensamt hur familjens skulle tas emot – var de skulle bo, hur de skulle folkbokföras hos Skatteverket, skrivas in hos Försäkringskassan, barnen skrivas in i kommunal förskola och skola samt maken i Arbetsförmedlingens etableringssystem, vilka ekonomiska ersättningar som de skulle ta del av och vilka som var ansvariga för att olika delar genomfördes. Och att myndigheterna hade en minskad kravnivå på Fatima gällande deltagande i aktiviteter under den första tiden då familjen kom och då barnen skulle skolas in.

Det resulterade framför allt i att Fatima var lugnare och tryggare både innan och efter det att familjen kommit till Sverige. Och att hon kunde förmedla det till sina barn och sin man som kom till ett nytt land. Att deras tillfälliga, men stabila, boende var ordnat innan barnen och maken kom. Att Fatima kunde köpa en barnvagn och barnkläder samma vecka som barnen kommit. Och det innebar också att familjen relativt omgående var inskrivna i alla samhällssystem, hade pengar till mat och annat samt kunde börja i förskola, skola och på SFI inom ett par veckor.

5.5 Försörjning

De flesta patienter försörjer sig genom etableringsersättning från Arbetsförmedlingen och/eller försörjningsstöd från socialtjänsten samt socialförsäkringsersättningar via Försäkringskassan. Återkommande har dock varit att patienten och dennes eventuella familj står utan försörjning eller inte uppnår existensminimum. Orsaken till det har varit flera.

Frånvaro från sysselsättningen leder till avdrag både gällande etableringsersättning och försörjningsstöd. Alla patienterna som medverkat i projektet mår psykiskt dåligt, och de flesta lider även av fysiska besvär, vilket påverkar deras möjligheter till att ha full närvaro på exempelvis SFI. Flera har således återkommande fått avdrag. Vissa av patienterna har också blivit sjukskrivna eller rekommenderade av sin läkare att inte ha full sysselsättning till följd av sitt nedsatta hälsotillstånd. För vissa har det inneburit att de inte längre varit berättigad till full ersättning från etableringsprogrammet. Patienten har då behövt ansöka om kompletterande eller fullt försörjningsstöd från socialtjänsten. Det har dock varit oklart för patienten vad det i praktiken innebär och därför har patienten plötsligt stått utan några ekonomiska medel alls. Detta har också varit fallet då etableringsprogrammet varit slut och

patientens kontakt med Arbetsförmedlingen avslutats utan att en ny kontakt på socialtjänsten tagit vid.

Röda Korset Center har sedan flera år ett samarbete med Arbetsförmedlingen genom att patienterna kan remitteras direkt till en arbetsförmedlare som sitter i mottagningens lokaler två dagar per vecka och kan erbjuda ett utökat stöd för sysselsättning. Detta möjliggör en tät kontakt och samverkan gällande patientgruppen mellan mottagningen och Arbetsförmedlingen och att aktiviteter kan utformas utifrån de förutsättningar som patienten har.

Stödet som huvudsakligen har kunnat erbjudas är dock likt det som tidigare har beskrivits gällande patientens andra behovsområden. Socionomen har kontaktat ansvariga handläggare på Arbetsförmedlingen och socialtjänsten för att diskutera patientens hälsa och sysselsättningsnivå. I vissa fall har informationen bilagts med ett skriftligt intyg från ansvarig behandlare eller ett läkarutlåtande. I andra fall har samverkan och informationsutbyte skett genom ett eller flera nätverksmöten. Patienten har också kunnat få socialjuridisk rådgivning och praktiskt stöd gällande ansökan om stöd hos socialtjänsten. Detta har dock inte alltid varit tillräckliga åtgärder för att undanröja hindren.

För de flesta patienterna har det varit svårt att etablera en kontakt med socialtjänsten och få sin ansökan mottagen och handlagd. Den främsta orsaken har uppgivits vara att patienten inte bedöms vara be-

VARKEN LAGSTIFTNING ELLER SOCIALSTYRELSENS DIREKTIV OM ANSVARIG KOMMUN TÄCKER IN DENNA PROBLEMATIK.

rättigad till försörjningsstöd då hon är att anse som självförsörjande genom inkomst i och med att hon har etableringsersättning från Arbetsförmedlingen. Detta trots att en hög hyra gör att familjen inte uppnår existensminimum. Den svåraste problematiken har dock varit då patienten inte bedöms tillhöra kommunen eller stadsdelen, då de är skrivna på en adress men boende på en annan. Som beskrivits ovan är det vanligt förekommande bland patienterna att de har två olika adresser. I arbetet med denna problematik erfar projektet att varken lagstiftning eller direktiv från Socialstyrelsen gällande vistelsebegreppet och ansvarig kommun täcker in denna problematik¹⁵. Det har resulterat i att patienterna inte får sina rättigheter och behov tillgodosedda och att de ofta står helt utan försörjning.

Socionomen har också kunnat bistå patienterna med barn att ansöka om ekonomiskt bidrag för barnfamiljer från frivilligorganisationer och trossamfund. De har då kunnat beviljas några tusenlappar för inköp av mat, fritidsaktiviteter, kläder eller annat till sig och sina barn. De har också kunnat få hjälp med vinterkläder och vinterskor, vilket för flera familjer inneburit en allt för stor utgift för att vara möjlig att inhandla.

5.6 Samhällsinformation

Bristen på samhällsinformation hos patienterna bör ses och förstås utifrån att det tar lång tid att sätta sig in och göra sig bekant med ett nytt samhällssystem och särskilt då man ännu

¹⁵ 2 a kap. Socialtjänstlagen [SoL] och Socialstyrelsens meddelandeblad nr 3/2011.

inte behärskar det nya landets språk. Det kan även ha andra orsaker. Det finns exempelvis signaler om att Migrationsverket i sitt arbete med mottagande av asylsökande ger ett övermått av information. Den stora mängden och tidpunkten kan troligen medföra att många har svårt att ta till sig informationen och nyttja den.

Vad det gäller detta projekts specifika målgrupp så kan problemet med stor sannolikhet ytterligare försvåras av de koncentrations- och minnessvårigheter som följer av diagnosen posttraumatiskt stressyndrom. Här fyller naturligtvis projektet en viktig funktion genom att bistå patienten i informationsöverföringen mellan myndigheten och patienten samt att till de ansvariga tjänstemännen förmedla kunskap om trauma, posttraumatiskt stressyndrom och de symtom detta medför. Och på så vis tydliggöra behovet av att patienten framöver delges information på ett mer anpassat sätt, exempelvis skriftligen och vid flera tillfällen. Socionomen har till flera patienter, utifrån specifika behov, också informerat om samhällets olika stödsystem och vad som skiljer dem åt samt vilka rättigheter en medborgare har.

Ett resultat av arbetet kan också kopplas till det som de patientansvariga behandlarna beskriver i sin utvärdering av projektarbetet. De menar att i och med att det utökade stödet fungerar jagstärkande hos patienten, så stärks hon också i sin förmåga att förstå sina samhälleliga rättigheter och ta tillvara på dem.

5.7 Nära relationer

De flesta patienter delar upplevelsen av att vara isolerade och ensamma. Ett fåtal av dem som medverkat i projektet har framhållit en önskan om att bryta sin ensamhet och påbörja nya relationer. Stödet till dessa individer har främst bestått i att hitta nya sammanhang, men där de i viss mån kan känna igen sig och uppleva sig vara trygga. För en patient har det inneburit att socionomen följde med till en gruppverksamhet hos en församling som praktiserade hennes religion. För en annan har det lett till att hon har kunnat påbörja arbetspraktik hos en ideell kulturförening där hon har träffat ett flertal vänner. En tredje har aktualiserats hos Röda Korsets volontärstöd Kompis Sverige. Ett antal familjer har fått muntlig och skriftlig information om Kulturhusets Rum för barn och Stockholms stads koloverksamhet. Och en man har lärt sig att cykla via Cykelfrämjandets cykelkurser för vuxna och har därefter deltagit i föreningens cykelutflykter med andra cyklister.

6. Utvärdering

Projektet och dess resultat har huvudsakligen utvärderats av de ansvariga behandlarna på Röda Korsets Center. Dels genom deltagande utvärdering i workshop/fokusgrupp vid fyra olika tillfällen med sex månaders mellanrum. Och dels genom skriftliga utvärderingsenkäter efter varje avslutat uppdrag gällande patienterna och dess nätverk. De deltagande patienterna har också utvärderat projektarbetet genom ett antal strukturerade frågor i samband med att kontakten med socionomen avslutas. Övriga deltagande aktörer – anhöriga och professionella aktörer – har inte medverkat i utvärderingen då bedömning gjorts att de inte kan ha kännedom om huruvida projektets målsättningar har uppfyllts eller ej.

När de ansvariga behandlarna i sin sista muntliga utvärdering beskriver vad Landprojektet är och har gått ut på, så uppger de att arbetet handlar om *relationen mellan mental hälsa och psykosocialt välmående*. Och att arbetet syftar till *att skapa klarhet, stabilitet och egenmakt för patienterna så att de kan ta emot traumabehandlingen* på Röda Korsets Center. Patienterna själva beskriver att kontakten med socionomen givit dem: *trygghet, minskad stress och förvirring, tillit, ett stöd för att ta tillvara sina rättigheter och tilltro till sin egen förmåga*.

Patientutsagor

"Jag var vilsen och förvirrad innan jag kom hit. Vilsen i samhället. Ni har hjälpt mig mycket. /.../
Nu vet jag vem som ansvarar för vad. Jag känner mig nyvaken. Som nykläckt."

– patient som hade många kontakter och flera nätverksmöten.

"Att ha stöd av er är viktigare än att problemen löser sig och jag får en bostad. För det ger mig kraft. /.../ Ni är min familj. Utan ert stöd hade jag inte levt idag."

– patient som var bostadslös och hade en längre stödkontakt.

"Förut tänkte jag på döden. Nu tänker jag på livet."

– patient med kort stödkontakt och som fick ett arbete.

"Förut ville min dotter bli pilot. Efter att du har hjälpt oss vill hon bli socionom."

– flerårigt akut bostadslös patient med barn som fick en bostad hos en kommun.

Ett av Landprojektets huvudsakliga målsättningar var att det utökade psykosociala stödet av socionomen skulle medföra att den deltagande patienten skulle kunna tillgodogöra sig den pågående traumabehandlingen. Utvärdering visar att den ansvarige behandlaren bedömer att det kompletterande stödet av socionomen medfört att en klar majoritet (88 %) av de nyanlända flyktingar som fått stödet har kunnat fortsätta i behandlingen varav den absoluta majoriteten (70 %) har kunnat ta till sig behandlingen bättre än tidigare. Behandlarna uppger att deras patienter i och med stödet exempelvis har blivit lugnare, mer hoppfulla och förmögna till att använda sina egna resurser. Behandlarna framhåller vikten av att patienterna uppnår en yttre stabilisering – bostad, familjeåterförening, sysselsättning, ekonomi – genom att deras psykosociala behov synliggörs och tillgodoses. Detta för att överhuvudtaget kunna uppnå den inre stabilisering – trygghet och tillit – som patienterna behöver för att förbättra sitt mående och sedermera slutföra den traumafokuserade behandlingen. Det utökade stödet beskrivs av behandlarna också ha en direkt inverkan på den inre stabiliseringen hos patienterna genom att stödet fungerar jagstärkande. Individerna synliggör på så vis sina egna resurser både för sig själv och för andra vilket bidrar till egenmakt/empowerment. Behandlarna uppger vidare att deras behandlingsallians stärks genom att de kan erbjuda patienten det stöd som de efterfrågar gällande sina sociala problem genom kontakten med en socionom. Det beskrivs stärka patienterna tillit till behandlaren och på så vis förstärks förmågan att tillgodogöra sig traumabehandlingen. Stödet beskrivs också hjälpa behandlaren själv då det gör att det blir lättare att möta patienten i dennes svåra sociala situation. Ett flertal ansvariga behandlare framhåller att det utökade stödet kan ses som en del av stabiliseringsfasen och således som en del av traumabehandlingen.

Endast för ett fåtal individer som ingått i projektet bedöms det som att det inte går att avgöra om deras medverkan inte har lett till att individen bättre har kunnat ta till sig behandlingen på mottagningen. Orsaken till att de för dessa inte förändrats uppges exempelvis vara att nya sociala behov tillkommit och/eller bristande förmåga hos individen att ta till sig erbjudna samhälleliga stödinsatser. Dessa orsaker kan också förstås som att ytterligare psykosociala hinder uppkommit som inte ingått i det ursprungliga uppdraget till socionomen. En möjlig lösning som diskuterats för att förbättra resultatet är att behandlaren återremitterar en sådan patient till socionomen och att ett nytt uppdrag formuleras. För vissa individer kan det vara andra anledningar som gör att de inte kan gå i traumabehandling just för tillfället som exempelvis att de får ett arbete eller flyttar till en annan ort.

DE ANSVARIGA BEHANDLARNÄ BEDÖMER ATT EN KLAR MAJORITET AV PATIENTERNA SOM FÅTT STÖDET BÄTTRE HAR KUNNAT TA TILL SIG BEHANDLINGEN.

Anledningen till det lägre antal deltagande patienter än vad som sattes upp som mål kan antas ha ett samband med att det samtidigt var många fler professionella kontakter per patient än vad som antogs i projektplaneringen och att dessa kontakter därmed också kan ha tagit mer arbetstid i anspråk än vad som inledningsvis var planerat. Det kan troligtvis också ha ett samband med att kontakten med de patienter som ingått i projektet ofta har varit långvarig. En starkt bidragande orsak till det är troligtvis de omfattande behov och stora professionella nätverk som många av dem har. Då många tjänstemän byts ut eller tillkommer så tenderar också nätverken att bli allt större ju längre tid som en individ har ingått i projektverksamheten. De utvärderingar som gjorts av ansvariga behandlare visar dock på att de bedömer att det utökade stödet från socionomen medfört en klar förbättring av samverkan hos det professionella nätverket runt patienten hos den absoluta majoriteten (78 %) av de individer som deltagit i projektet.

Projektets målsättning var också att i arbetet informera patienterna och deras anhöriga om och/eller hjälpa dem att etablera kontakt med verksamheter i Stockholms stad. Till största del har det handlat om att bistå dem i att etablera en kontakt med den kommunala socialtjänsten för att de ska få sina sociala behov tillgodosedda gällande framför allt hälsa, försörjning och bostad. Det har också inneburit att patienterna och dess anhöriga lotsats till ideella och andra kommunala verksamheter i staden. Orsaker har bland annat varit att de är i behov av praktiskt, ekonomiskt, materiellt eller juridiskt stöd samt hälsofrämjande och

PATIENTEN SYNLIGGÖR SINA EGNA RESURSER BÅDE FÖR SIG SJÄLV OCH FÖR ANDRA.

sociala fritidsaktiviteter. De ansvariga behandlarna bedömer att för 75 % av de patienter som deltagit i projektet så har deras sociala behov bättre tillgodosetts till följd av att de erhållit ett utökat stöd av en socionom vid sidan av

sin pågående behandling på Röda Korsets Center. Värdet av att en patients sociala behov tillgodoses och att denna kommer i kontakt med ideella och kommunala verksamheter beskrivs av en behandlare så som att patienten efter deltagande i projektet ”nu har en på många sätt förbättrad livssituation. Patientens hjälpbehov har uppmärksammats. Kontakten med Landa har hjälpt [hen] att bli tagen på allvar.”

7. Slutord

I denna slutrapport gällande Landaprojektet har det beskrivits vilka grundläggande behov som svårt traumatiserade flyktingar har i Sverige. Och hur dessa behov kan tillgodoses så de som behöver traumabehandling kan stanna kvar i denna och på sikt må bättre och etablera sig i det svenska samhället.

Det finns ett flertal aspekter i ovanstående resultatdel som visar på en dysfunktionalitet i samhället vad det gäller landets mottagande av traumatiserade flyktingar. Det mest slående är att patienterna i högre grad, eller i lika hög grad, är i behov av kontakt med en annan myndighet än den som ansvarar för etableringen av nyanlända – nämligen socialtjänsten. Och upplevelsen av att patienten och dess behov hamnar mellan olika myndigheters stolar är återkommande i patienternas egna beskrivningar och även i de professionellas redogörelser. Den bild som framför allt har synliggjorts är att de psykosociala behoven är omfattande och så även nätverket som ska tillgodogöra dessa. Det i sig talar för hur svårarbetat det blir för alla inblandade – patienten och dess anhöriga som ska manövrera sig fram i detta spindelnät av kontakter och de ansvariga tjänstemän som ska hitta och samverka sinsemellan. Det tycks som om projektets arbetsmodell har kunnat bistå med en möjlig lösning för denna snårskog.

De psykosociala behov som utöver deras hälsa har varit mest framträdande som ouppfyllda behov för patientgruppen är **1. myndighetskontakt** och **2. bostad**. Detta är allvarligt då det är att anse som två grundläggande behov för en flykting i ett nytt land. Dessa och övriga brister som påtalats i denna slutrapport finns det redan lagstadgade åtgärder för ibland annat Förvaltningslagen, Socialtjänstlagen, Etableringslagen och Anvisningslagen. Det finns också en rad samverkansdokument och förordningar för att etableringen av nyanlända flyktingar ska fungera. Trots detta synes mottagandet inte fungera tillräckligt väl liksom den lagstadgade samverkan mellan ansvariga myndigheter och vårdgivare.

Bostadsfrågan och ett förtydligande gällande vilken myndighet som ansvarar för detta gentemot nyanlända måste naturligtvis lösas på en politisk och nationell nivå. Att en av de mest utsatta grupperna i samhället, som i de flesta fall saknar egna förutsättningar, självständigt ska kunna hitta en bostad synes vara orimligt i de flesta fall. Resultatet av ovanstående blir att traumatiserade nyanlända flyktingar, hänvisas till ett subsystem för att lösa sin bostadssituation. Det innebär att dessa individer inte kommer i kontakt med samhällsföreträdare, utan istället med privatpersoner som ofta utnyttjar deras belägenhet för att tjäna egna pengar. Det är av stor vikt att samhället inte brister i denna fråga så att förutsättning ges för kriminella nätverk att ta över och utnyttja en redan utsatt grupp människor.

Anvisningslagen innebar ett visst klagörande om ansvar för bostadsfrågan, men det finns fortsatt en hel del oklarheter. Det vore exempelvis lämpligt att de myndigheter som är ansvariga inledningsvis i etableringsprocessen – Migrationsverket och Arbetsförmedlingen – bistod med mer resurser. Än bättre vore det om det erbjudande om anvisat boende som Migrationsverket ger de nyanlända flyktingarna skulle kunna ske vid flera tillfällen än endast ett. Viktigast är dock att det finns en medvetenhet inom myndigheten om hur information och kommunikation bör utformas för att den ska nå traumatiserade flyktingar som lider av posttraumatiskt stressyndrom. Samt vad det kan innebära för en flykting längre

ANSVARIGA AKTÖRER MÅSTE VÅGA MÖTA OCH INTE AVVISA DE SOM ÄR I BEHOV AV STÖD.

fram i etableringsprocessen när de tackat nej till ett anvisat boendet – nämligen att de inte får hjälp av den kommunala socialtjänsten.

Det har också synliggjorts att det finns brister i lagstiftningen och direktiv från Socialstyrelsen gällande vistelsebegreppet och ansvarig kommun för denna målgrupp och deras bostadsproblematik. Alltför många har stora svårigheter med att få sin tillhörighet erkänd av en kommun eller stadsdel och kan då inte ansöka om stöd hos socialtjänsten. Därför är det av vikt att det sker förtydliganden i gällande praxis så att det står klart vilken kommunal socialtjänst som är ansvarig.

Tydligt är dock att ett strukturerat, professionellt nätverksarbete mellan de myndigheter och vårdgivare samt anhöriga som finns runt patienten har givit ett förbättrat resultat. I första hand gällande patientens förmåga att tillgodogöra sig behandling, men också gällande andra psykosociala behov som förhoppningsvis kan tillgodoses och bidra med stabilisering. För att möjliggöra detta så är det viktigt att ett psykosocialt stöd likt vår framtagna arbetsmodell sker parallellt med traumabehandlingen. Vilket med fördel görs om man kan arbeta i samma lokaler och bildar ett arbetslag. Det är av särskild vikt gällande traumatiserade patienter att denna inte upplever sig bli bollad mellan ansvariga personer och aktörer, då det kan bidra till att den

splittring som patienten redan erfår i och med traumat kan adderas ytterligare. Det är därför också viktigt att patienten får hjälp med att reda ut och förstå det stora professionella kontaktnät de har. Och att ansvariga aktörer vågar möta och inte avvisar dessa individer som är i behov av stöd.

DET ÄR VIKTIGT ATT SAMARBETET MELLAN ANSVARIGA MYNDIGHETER OCH VÅRDGIVARE UTVECKLAS OCH ATT *EN* INSTANS GES ANSVAR FÖR ATT SAMORDNA NÄTVERKET FÖR DE TRAUMATISERADE NYANLÄNDA FLYKTINGAR SOM BEHÖVER DETTA STÖD.

Det är samhällets ansvar, och särskilt gällande traumatiserade flyktingar, att samarbetet mellan ansvariga myndigheter och vårdgivare utvecklas samt att ett *en* instans ges ansvar för att samordna alla de kontakter som en traumatiserad nyanländ flykting själv inte förmår

förstå eller koppla samman. Denna målgrupp behöver förutom ett nätverk också ha ett personligt stöd som samordnar detta nätverk för att patientens individuella behov ska tillgodoses. Det finns och har funnits flera sådana funktioner i samhället, som exempelvis flyktingsamordnare och personligt ombud inom kommunen samt lots och socialkonsulent inom Arbetsförmedlingen. I projektarbetet har det tydliggjorts att det är nödvändigt att funktionen är professionell och har en allmän kunskap gällande det offentliga systemet och socialjuridik samt mer specifik kunskap om vissa ansvariga samhällsfunktioner. Och utöver det har ett kunnande om migrationsrelaterad stress, trauma, posttraumatiskt stressyndrom och psykiska ohälsa.

Om patienten ska ha nytta av ett individuellt stöd, som består av att samordna och aktivera patientens nätverk, så bör denna ha sin tillhörighet hos en av de ansvariga aktörer som finns runt patientgruppen. Detta för att funktionen ska kunna få mandat av övriga aktörer till att sammankalla nätverket och till att fungera samordnande av detsamma. Förslagsvis bör dessa stödpersoner också arbeta i team eller i arbetslag för att minska sårbarheten i att enstaka personer ensamt är ansvariga och att det ges möjlighet till avlastning.

För de individer som har ingått i Landaprojektet så har det individuella stödet möjliggjorts genom att de är patienter på Röda Korsets Center för torterade flyktingar och genom att projektet finansierats av Stockholms stad. Det finns många flera svårt traumatiserade ny-anlända flyktingar i landet som är i behov av ett individanpassat stöd för att kunna tillgodogöra sig behandling och därmed ges möjlighet till att etablera sig – att landa i Sverige.

Tack till alla medverkande patienter, anhöriga och professionella samt projekthandledare Helén Carlson!

Stockholm, mars 2017

Emma Envall Ryman
Projektledare och socionom
Röda Korsets Center för torterade flyktingar

Referenser

Förordningen (2010:408) om mottagandet för bosättning av vissa nyanlända invandrare.

Hedberg-Eriksson, K., Tenerz, B., Ström, M. och Moody Källberg, M. 2013. *Engagerande nätverksmöten: metod och praktisk tillämpning*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Kirmayer, L. 2011. *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*. Montréal: Canadian Medical Association Journal.

Lag (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrare för bosättning.

Lalos, A., Blom, B., Morén, S. och Olsson, M. (red.). 2014. *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & kultur.

Larsson, S. och Tryggved, S. (red.). 2010. *Counselling – stödsamtal i socialt arbete*. Stockholm: Gothia förlag.

Psychosocial interventions. A handbook. (2009). Köpenhamn: International federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support.

Socialstyrelsens meddelandeblad nr 3/2011.

Socialtjänstlag (2001:453).

Stockholms stads program mot hemlöshet 2014-2019. Dnr: 3.2 – 619/2013.

Stockholms stads Riktlinjer vid handläggning av ekonomiskt bistånd. Beslutade av kommunfullmäktige 2014-05-05.

UNHCR's Mental Health and Psychosocial Support. For Persons of Concern. (2013). Geneve: United nations High Commissioner for Refugees Policy Development & Evaluation Service.