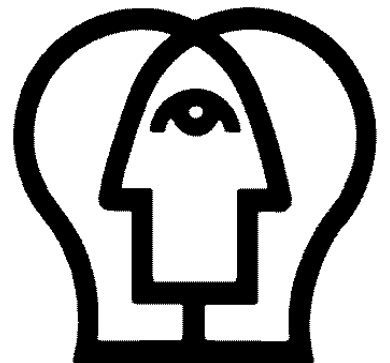


Förekomst av psykiatriska diagnoser bland papperslösa migranter
som söker vård hos Röda Korset

Johanna Ohakas

Handledare: Gunilla Berglund
PSYKOLOGEXAMENSUPPSATS, 30 HP, 2011

STOCKHOLMS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



Förekomst av psykiatriska diagnoser bland papperslösa migranter som söker vård hos Röda Korset

Johanna Ohakas

Papperslösa migranter riskerar ständigt att upptäckas och utvisas. De saknar de flesta medborgerliga rättigheter. Subventionerad sjukvård är en sådan som frivilligorganisationer idag försöker hjälpa till med. På grund av papperslösas illegala status saknas kunskap gällande deras hälsa och vårdbehov. Föreliggande studie syftar till att undersöka förekomsten av psykiatriska sjukdomar bland de papperslösa individer som sökte vård hos Rosengrenska Stiftelsen vid ett givet tillfälle i september 2010. 21 personer deltog i studien och metoden som användes var M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Sjutton personer uppfyllde en eller flera diagnoser i M.I.N.I. Komorbiditeten var frekvent. PTSD, depression och paniksyndrom var de mest förekommande diagnoserna och viss grad av självmordsbenägenhet fanns hos 90 % av gruppen. Även om man med försiktighet skall uttala sig om studiens resultat, eftersom antalet deltagare var få, kan det konstateras att den psykiatriska hälsan var mycket dålig hos denna grupp papperslösa migranter och att det i Sverige idag finns en grupp människor med betydande vårdbehov.

Årligen tvingas 60 till 70 miljoner människor i världen till flykt undan väpnade konflikter, förföljelse och naturkatastrofer. De flesta stannar inom det egna landet eller flyr till ett närliggande land (UNHCR, 2010). En minoritet söker sig till västländerna. Under de senaste två åren har antalet människor som tvingats fly undan väpnade konflikter ökat. Denna ökning antas fortsätta. I slutet av 2009 var det 43,3 miljoner människor som tvångsförflyttades världen över, detta är den högsta siffran sedan mitten av nittiotalet (UNHCR, 2010). Av dessa var 15,2 miljoner flyktingar. En del av alla flyktingar söker sig till Sverige. De två första åren av 2000-talet ökade i Sverige antalet asylsökande väsentligt men minskade under 2003-2005. Antalet asylsökande ökade igen under 2006 då många irakier sökte asyl och antalet minskade under 2008 i jämförelse med 2007. Antal asylsökanden från Serbien bidrog till en ökning igen under 2010. Samma år hade, fram till 1 december, 29 600 personer sökt asyl i Sverige och 2009 var antalet 24 200. Migrationsverket gjorde 2010 en prognos för antalet personer som kommer att söka asyl i Sverige under 2011 vilken visar på 31 000 personer (Migrationsverket, 2010). I dessa siffror innefattas även barn och ensamkommande barn.

När uppehållstillstånd beviljas av Migrationsverket görs detta på följande grunder: konventionsflykting (se nedan), skyddsbehov (exempelvis människor som riskerar att utsättas för tortyr eller dödsstraff), synnerligen ömmande omständigheter eller övrigt (exempelvis tidsbegränsat uppehållstillstånd). I utlänningslagen finns FN:s flyktingkonvention, Genèvekonventionen. Här finns regler för vilka som har rätt till asyl

i Sverige. Varje asylansökan skall prövas och ge de som enligt konventionen är flyktingar asyl. En så kallad konventionsflykting är den person som i sitt hemland har orsak att vara rädd för förföljelse på grund av följande: sin ras, sin nationalitet, sin religiösa eller politiska uppfattning, sitt kön eller sin sexuella läggning, eller att han eller hon tillhör en viss samhällsgrupp. En person som bedöms vara en flykting får en flyktingstatusförklaring vilket är en internationell statusförklaring grundad på regler i FN:s flyktingkonvention och EU:s skyddsgrundsdirektiv. (Migrationsverket, 2010).

Asylsökande är en person som har sökt asyl (skydd) i Sverige tills då de svenska myndigheterna har handlagt ärendet och fattat ett beslut (Swärd, Börjeson & Hjern 2007). Beslutet kan vara avslag på asylansökan eller beviljad asyl. Vid beviljad asyl erhålls ett uppehållstillstånd som kan vara tidsbegränsat eller permanent. Skillnaden mellan att ha svenskt medborgarskap eller permanent uppehållstillstånd är exempelvis att bara svenska medborgare har en fullständig rätt att arbeta och bo i Sverige, har rösträtt till riksdagsvalen, kan bli invalda i riksdagen samt kan bli poliser eller yrkesmilitärer. I övrigt gäller i princip samma rättigheter och skyldigheter i båda fallen. Tiden för asylhandläggning är ofta över ett år (Migrationsverket, 2010). Familjeanknytning är det vanligaste skälet till att människor från länder utanför Norden och EU får tillstånd att bosätta sig i Sverige. Med familjeanknytning menas att det finns en stark anknytning till en familjemedlem i Sverige. Exempel på detta är att man har eller väntar barn tillsammans med någon som är bosatt i Sverige, är barn till någon som är bosatt i Sverige eller om man är gift/ sambo/ingått partnerskap eller har som avsikt till motsvarande med någon bosatt i Sverige (Migrationsverket, 2010). Det kan också gälla en person befinner sig i ett beroendeförhållande till någon släkting bosatt i Sverige av ekonomiska, sociala eller känslomässiga skäl. Om ett barn har flyktingstatus eller är skyddsbehövande i Sverige har barnets föräldrar rätt att återförenas med barnet.

Tabell 1. Avgjorda asylärenden hos Migrationsverket 2000-2010. Avskrivna och övriga är personer som exempelvis avviker eller återtar sin ansökan eller att asylprövningen skall övertas av annan stat. Uppgifterna är hämtade från Khosravi (2006) samt Migrationsverket (2010).

År	Avgjorda	Beviljade	Avslag	Avskrivna och övriga
2000	17444	7234 (42 %)	8982 (51 %)	1228 (7 %)
2002	27157	5514 (20 %)	18497 (68 %)	3146 (12 %)
2004	35308	3399 (10 %)	27876 (79 %)	4033 (11 %)
2005	21325	2838 (13 %)	15867 (74 %)	2620 (13 %)
2009	27418	7487 (27 %)	13309 (49 %)	6622 (24 %)
2010	31266	8727 (28 %)	15187 (49 %)	7352 (24 %)

Ovanstående årtal följer ej jämna årsintervall, eftersom alla uppgifter gällande avgjorda asylärenden inte finns tillgängliga hos Khosravi (2006) och Migrationsverket (2010).

Den myndighet som prövar ansökningar från människor som antingen vill flytta till Sverige eller som vill komma till Sverige på besök är Migrationsverket. Det finns tre instanser för beslut gällande asylärenden vilka är Migrationsverket, Migrationsdomstolarna och Migrationsöverdomstolen. Tabellerna 1 och 2 avser enbart de som fattats i första instans, Migrationsverket.

Tabell 2. Invandring till Sverige efter medborgarskapsregioner år 2008. Data från Migrationsverket, (2010).

Medborgarskapsregion	Antal
Norden	9251 (11 %)
EU (exklusive Norden)	23855 (29 %)
Övriga Europa	6140 (7 %)
Afrika	9357 (11 %)
Nordamerika	1960 (2 %)
Sydamerika	1915 (2 %)
Asien	28737 (34 %)
Oceanien	393 (< 0,5 %)
Statslösa/okänt medborgarskap	1710 (2 %)
Totalt:	83318

Gällande medborgarskapsland var den största invandrargruppen Irak sedan följt av Polen, Somalia och Danmark.

De tio vanligaste medborgarskapsländerna som människor sökte asyl ifrån i Sverige 2009 var i inbördes ordning: Somalia, Irak, Kosovo, Afghanistan, statslös, Ryssland, Eritrea, Iran, Mongoliet och Serbien.

Definitioner

I stora drag kan individer som befinner sig i Sverige utan uppehållstillstånd delas in i två grupper, asylsökande och papperslösa. Begreppet papperslös är en direkt översättning av den franska termen *sans papier* då det i Frankrike används ordet *papier* för identitetshandlingar. I Sverige har dock inte *papper* samma betydelse men papperslös är en vanlig svensk term på den grupp människor som bor i Sverige utan tillstånd. En migrant utan papper eller dokument är vidare inte nödvändigtvis en illegal invandrare (Khosravi, 2006). Denna benämning *illegal* används mer sällan eftersom begreppet kritiserats då ingen människa kan vara illegal i sig själv (Ascher, 2010). Andra benämningar som används är exempelvis *irreguljära migranter* och *gömda*. Ofta har gömda flyktingar använts då asylsökande fått avslag och ej lämnat landet utan istället gått under jorden (Svärd et al., 2007). Alla papperslösa är dock inte flyktingar utan här ingår även exempelvis även människor som sökt sig till landet för att arbeta utan arbetstillstånd, offer för trafficking, människor som undviker att söka asyl i rädsla för att få avslag, släktingar till människor med tillstånd att bo i Sverige samt människor som stannar kvar i landet när ett turistvisum eller ett studentvisum gått ut (Svärd et al., 2007).

I föreliggande studie används termen papperslös eftersom det är den term som oftast används inom media och opinionsbildning samt av Röda Korset. Vidare definieras papperslös i denna studie som en person som saknar uppehålls- eller arbetstillstånd samt inte för närvarande är asylsökande eller innehar ett visum.

Papperslösa migranter

Antalet papperslösa migranter som håller sig kvar i EU har ökat under de senaste åren. En grov beräkning är att mellan 120 000 och 500 000 personer per år inträder EU utan nödvändiga papper (Romero-Ortuno, 2004). En uppskattning är att det finns ungefär 8

miljoner papperslösa migranter inom EU (Socialstyrelsen, 2010). Av förklarliga skäl finns det inte heller några exakta siffror på hur många papperslösa som befinner sig i Sverige för tillfället. Olika uppskattningar har gjorts av exempelvis polisen, Migrationsverket, Socialstyrelsen, Läkare Utan Gränser och av journalister vilka ligger på mellan 10 000 till 50 000 personer. Sedan slutet av 1900-talet har antalet papperslösa migranter ökat även i Sverige. Försvårande möjligheter till asyl samt en restriktiv policy för immigration och familjeåterförening har lett till denna ökning (Hammar, 1999 refererat i Khosravi, 2006). I slutet av år 2002 överlämnade Migrationsverket 6331 personer till polisen för utvisning och i mitten av 2005 gick motsvarande siffra upp till 16 250 (Khosravi, 2006).

Enligt Molin (2010) finns det en skillnad mellan Stockholm och Göteborg vad gäller varifrån de papperslösa migranterna kommer. I alla fall om man skall titta på vilka som söker vård hos Röda Korset. De största grupperna i Stockholm var under 2009 från Mongoliet, Bolivia, Chile samt många från de forna Sovjetrepublikerna och från Mellanöstern. I Göteborg utgjordes den största gruppen av individer från forna Jugoslavien inklusive romer från Kosovo. Därefter kom de flesta från Irak, Iran och Afghanistan.

Då papperslösa migranter står utanför svensk lagstiftning befinner de sig i en särskilt utsatt situation. En mängd problematiska situationer uppstår vid avsaknad av giltig legitimation såsom exempelvis i kontakt med myndigheter, hyresvärdar, arbetsgivare, vårdcentraler och så vidare (Khosravi, 2006). Khosravi, (2010) beskriver papperslösas rädslor och ger exempel på undvikande av olika slag för att slippa uppmärksamhet eller minska risken för att upptäckas av polisen. De undviker allmänna platser, stannar inne så ofta de kan, undviker att åka kollektivt, går inte över gatan för röd gubbe och så vidare. Läkare Utan Gränser (2005) påtalar i en studie (se nedan) att många (68 % av respondenterna i studien) rapporterade att de upplevde en extrem rädsla för att återvända till sina hemländer. Hälften (53 %) fruktade risk att dödas eller skadas allvarligt vid ett återvändande till hemlandet.

Att ha och ta del av samhällets försäkrings- och utbildningssystem eller arbets- och bostadsmarknad har papperslösa inte möjlighet till. Papperslösa migranter kan lätt bli utnyttjade på en mängd olika sätt. I Khosravis (2006) studie framgick olika typer av yrken bland papperslösa vilka var restaurang/café/kiosk, butik, städ, reklamutdelning och bygg (n=17). Samtliga jobb för papperslösa var av naturliga skäl svarta jobb. Många av personerna arbetade mer än 50 timmar per vecka medan andra arbetade mindre än 10 timmar per vecka och den genomsnittliga lönen låg på 33 kronor per timma. Vidare uppgav många att arbetstillfällena var kortvariga och med uppsägning utan varsel. Många uppgav att de inte vågade ifrågasätta diverse arbetsförhållanden i rädsla för att bli av med arbetet (Khosravi, 2006).

Mänskliga rättigheter och rätten till vård

En av de grundläggande mänskliga rättigheterna är rätten till hälsa. I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. I Sverige har det de senaste åren pågått en livlig debatt gällande papperslösas rätt till vård, eftersom de inte

har samma rättigheter till vård som svenska medborgare. Även för asylsökande är hälso- och sjukvården begränsad (Läkare Utan Gränser, 2005). Med begränsad menas att de exempelvis inte innefattas i primärvård, mödravård eller får fortlöpande behandling av allvarliga kroniska sjukdomar. Landstingen måste dock utföra akut vård för såväl papperslösa som asylsökande, så även turister. Detta enligt hälso- och sjukvårdslagen. Ingen generell definition eller allmänna råd förekommer om vad som skall räknas som akut vård eller ej. Dock får de stå för hela vårdkostnaden, även i akuta fall. Ett besök på en akutmottagning kan kosta 2000 kronor och en förlossning kan kosta den enskilda individen 20 000 kronor. Ingen nekas behandling vid exempelvis förlossning eller hjärtinfarkt men det finns otaliga exempel på fall (Ascher, 2010) där personer nekas vård vid mindre akuta problem, även om dessa utvecklas till allvarliga tillstånd och konsekvenser om de lämnas obehandlade. Sverige är till exempel ett av de länder som inte kostnadsfritt ger bromsmediciner till HIV- och AIDSsmittade papperslösa. Andra exempel på obehandlade sjukdomar bland papperslösa är depression, missbruk, PTSD, HIV, TBC, Hepatit C och så vidare (Socialstyrelsen, 2010).

Även om många vårdinstanser vill ta emot papperslösa, saknas det tydliga direktiv för hur detta skall administreras. Dessutom har de inte rätt till subventionerad vård utan måste stå för hela vårdkostnader vilket många inte har någon möjlighet till. Med nuvarande praxis är Sverige ett av de mest restriktiva länderna i Europa när det gäller att erbjuda papperslösa sjukvård. I en studie av PICUM (Plattform for International Cooperation on Undocumented Migrants, 2007) jämfördes vården för papperslösa migranter i elva EU-länder. Tillsammans med Österrike var Sverige sämst på att erbjuda papperslösa vård. I till exempel Spanien, Italien, Frankrike och Belgien har den stora majoriteten av papperslösa rätt till gratis eller kraftigt kostnadsreducerad sjukvård.

Papperslösa och asylsökande barn har samma rättigheter till vård som alla andra barn i Sverige, vilket innebär tillgång till all form av vård. (Läkare Utan Gränser, 2005). Dock gäller inte detta barn som inte sökt asyl i Sverige. Alltså en asylansökan för barnet måste ha gjorts, oavsett om barnet fått avslag, för att barnet skall ha rätt till obegränsad vård. Det görs i Sverige således en skillnad mellan papperslösa barn som sökt asyl och papperslösa barn som inte sökt asyl.

Flyktingar löper en extra stor risk att utveckla psykiatriska sjukdomar eftersom de kanske tvingats emigrera, upplevt traumatiska händelser samt befinner sig i okänd miljö (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). 2006 granskade FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa, Sveriges lagstiftning och praxis gällande tillgång till hälso- och sjukvård för alla som befinner sig i landet (Hunt, 2007). Bland annat belyser Hunt i rapporten papperslösas och asylsökandes bristande tillgång till vård. Hunt menar att papperslösa migranter och asylsökande är några av de mest utsatta grupperna i Sverige och att internationell lagstiftning gällande mänskliga rättigheter är till för att skydda grupper som dessa. Vidare menar Hunt att den pågående särbehandlingen av papperslösa i Sverige klassas enligt internationella mänskliga rättighetslagar som diskriminering och att lagstiftningen i Sverige inte följer folkrätten. Hunt uppmanar att den svenska regeringen bör ge asylsökande och papperslösa samma rättigheter till vård som Sveriges övriga medborgare. Regeringen beslutade i januari, 2010, att tillsätta en utredning om rätten till hälso- sjukvård för papperslösa och asylsökande. Utredningen beräknas vara klar i maj 2011.

I ett etnografiskt fältarbete har Khosravi (2006) följt 28 papperslösa migranter under ett år i Stockholm. I studien konstaterar Khosravi hur de som inte innehar något medborgarskap inte erhåller mänskliga rättigheter. Han påvisar vidare hur dessa individer omvandlas till *anti-medborgare* och han talar om en *inneslutande uteslutning* av papperslösa. Med detta menas att den suveräna makten inte bara utesluter dessa individer utan dessutom inskränker och reglerar deras liv med hjälp av lagen. De befinner sig i ett rum av icke-existens. Ett av flera exempel är de många berättelser som vittnar om kränkningar och våld i Migrationsverkets förvar. Papperslösa migranter förvaras här i väntan på utvisning – utan rättegång och utan domslut. De förvaras på andra sidan gränsen (metafor) och får inte befinna sig på den sidan där det råder mänskliga rättigheter, då detta är något som bara tillhör de med medborgarskap.

Läkare i världen (2009) genomförde en undersökning i elva europeiska länder gällande papperslösas svårigheter med att få tillgång till vård (n= 125, varav i Sverige n= 103). Undersökningen påvisade att 70 % av deltagarna i Sverige hade haft problem med att erhålla vård. De mest frekventa hindren i Sverige var rädsla för att avvisas vård eller bli gripna (44 %), administrativa svårigheter (43 %) och kostnadshinder (28 %). Vidare hade 25 % nekats vård, 13 % upplevt rasism när de sökt vård och 68 % hade det senaste året helt låtit bli att söka vård.

Vård för papperslösa

Det ideella frivillignätverket Rosengrenska Stiftelsen i Göteborg är en av de instanser i Sverige dit papperslösa kan vända sig för att erhålla vård. Kliniken bedrivs av Röda Korset. Rosengrenska Stiftelsen startade 1998 med syfte att sträva mot tre mål vilka är att avskaffa sig själva, sprida kunskap och förmedla vård. Stiftelsen har en jourtelefon dit papperslösa kan ringa för att erhålla råd och stöd samt för att få hjälp med kontakt med vårdgivare. De kan också komma på kliniken öppettider vilket är en kväll varje vecka. Här får patienterna träffa läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och samtalsterapeuter. Stiftelsen kan också hjälpa till med juristkontakter och tandläkare. Då kliniken har begränsade resurser, exempelvis apparatur, görs ofta en screening eller bedömning och patienterna hjälps vidare för kontakter med exempelvis specialistmottagningar. En del recept på mediciner utfärdas på kliniken.

Psykisk och psykiatrisk ohälsa hos flyktingar och asylsökanden

Med psykiatrisk ohälsa menas de diagnoser vilka ingår i American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR: APA, 2000). Psykisk ohälsa är ett bredare begrepp i vilket psykiatriska diagnoser kan ingå samt även problematik som stress, oro, ångest, nedstämdhet, sömnsvårigheter och irritabilitet (Statens folkhälsoinstitut, 2009). Man kan således ha psykiska problem utan att uppfylla kriterier för en psykiatrisk diagnos.

Aspekter av psykisk ohälsa som påtalas i diverse studier gäller exempelvis oro, ångest, huvudvärk, nedstämdhet, stress och sömnproblematik. Nikelly (1997) beskriver hur flyktingar har förväntningar på att få en bättre tillvaro när de lämnar sitt hemland med fattigdom eller politisk förföljelse, men upplever ofta en försämring av sin psykiska och fysiska hälsa i det nya landet. Ett antal problematiska situationer och svårigheter som uppstår i det nya landet kan förvärra redan upplevda trauman. Minnen från det förflutna

kan förfölja dem samt oron för anhöriga kvar i hemlandet kan vara stor. De har inte tillgång till sina sociala nätverk vilka ger stöd vid stressiga förhållanden. De upplever stress vid språksvårigheter och kulturkrockar i det nya landet samt har varit med om förluster och separationer. Vidare kan de erfara isolering, rasism och alienation, (Nikelly, 1997).

Swärd et al. (2007) menar att hälsan i allmänhet är tämligen god strax efter en asylansökan gjorts men att den tenderar att försämrats betydligt gradvis i takt med väntan på beslut gällande asylansökan. Den psykiska hälsan försämrats och psykosomatiska sjukdomar ökar menar författarna.

Många prevalensstudier (Eytan, Durieux-Paillard, Whitaker-Clinch, Loutan, & Bovier, 2007; Dermot, Fiona, & Brendan, 2009; Fazel et al., 2005; Lindert, Brähler, Wittig, Mielck, & Priebe, 2008) vilka undersöker psykiatriska diagnoser bland flyktingar och asylsökande, undersöker främst förekomsten av depression (ED) och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). I en studie (Eytan et al., 2007) undersöktes depression och PTSD hos 101 nyanlända vuxna asylsökanden i Genève (Schweiz) vilka kom från Afrika, Europa och Asien. 33 % diagnostiserades med depression och 30 % med PTSD. I en metaanalys av Fazel et al. (2005) bestående av 20 studier med 6743 vuxna flyktingar från sju olika länder var syftet att ta reda på prevalensen av allvarliga psykiatriska diagnoser såsom depression, PTSD, psykotiska sjukdomar och generaliserat ångestsyndrom (GAD). I studien framgår det att 9 % var diagnostiserade med PTSD, 5 % med depression, 2 % med psykotisk sjukdom och 4 % med GAD. Författarna (Fazel et al., 2005) menar att bland flyktingar som är bosatta i västländer är det tio gånger vanligare att inneha PTSD än bland den åldersmatchade normalpopulationen. Vidare att en av tio uppfyller kriterierna för PTSD, cirka 1 av 20 kriterierna för depression och cirka 1 av 25 kriterierna för GAD. En sannolikhet för komorbiditet mellan dessa diagnoser är också hög anser författarna. Således har förmodligen över tiotusentals flyktingar och före detta flyktingar PTSD som befinner sig i västländerna menar Fazel et al. (2005). I en annan metaanalys (Lindert et al., 2008) vilken innefattade 37 studier (n = 24 681) gällande migranternas psykiatriska hälsa undersöktes även om det fanns några skillnader mellan arbetsmigranter (n=16 971) och flyktingar (n=7710). Prevalensen för depression varierade mellan 3 % och 47 % bland arbetsmigranterna och mellan 3 % och 81 % bland flyktingarna. För ångestsjukdomar varierade prevalensen mellan 6 % och 44 % för arbetsmigranterna och mellan 5 % och 90 % för flyktingarna och för PTSD var prevalensen mellan 4 % och 86 % i båda grupperna.

I en artikel (Dermot et al., 2009) samlade man studier gällande vuxna asylsökandes mentala hälsa från år 1988 till 2007. Artikeln innefattade 23 studier med 7294 personer som väntade på beslut gällande deras asylansökan i olika västländer. Författarna fann belägg från både kvalitativa och kvantitativa studier att prevalensen av psykiatriska diagnoser var mycket hög. Höga prevalenssiffror återfanns inom depressions- och ångestsjukdomar samt PTSD.

I en studie (Laban, Gernaat, KomproeI, Schreuders, & De Jong, 2004) undersöktes om det fanns några skillnader i psykiatriska problem beroende på hur länge en person har befunnit sig i processen av att söka asyl. I studien jämfördes två grupper av asylsökande från Irak vilka befann sig i Nederländerna. I den ena gruppen var det personer som varit

asylsökande i mindre än sex månader (n = 143) och i den andra gruppen var det personer som varit asylsökande i mer än två år (n=151). Resultaten visade att den totala prevalensen av psykiatriska sjukdomar var 42 % i den första gruppen och 66, 2 % i den andra gruppen. Prevalensen av ångest- och depressionssjukdomar samt somatoforma syndrom var signifikant högre i den andra gruppen. Prevalensen av PTSD var hög i båda grupperna och där fanns inga signifikanta skillnader. Författarna (Laban et al., 2004) menar att tidslängden på asylprocessen är en betydande riskfaktor för att utveckla psykiatrisk problematik. Dermot et al. (2009) fann också bevis i ovan nämnda studie att mental hälsa bland asylsökanden ökade med tiden som denne väntar på beslut.

Somatisk ohälsa hos papperslösa

I en studie (Castañeda, 2009) undersöktes de vanligaste orsakerna till att papperslösa migranter sökte vård. Studien genomfördes på en klinik för papperslösa i Tyskland som 182 personer deltog i. Man fann att den vanligaste sökorsaken var mödravård följt av kroniska sjukdomar och tandproblem. I en annan svensk studie (Fresk & Ganslandt, 2008) undersökte man de vanligaste diagnoskategorierna bland papperslösa (n=83) som sökte vård för första gången hos Röda Korset. Dessa var graviditet och familjeplanering (18 %), ben och muskler (14 %), psykiska (13 %), kvinnliga genitalia (9 %) samt matsmältning (8 %). Nära hälften av diagnoserna i studien borde enligt läkarbedömning erhållit vård tidigare för att undvika risker för medicinska komplikationer. Läkare Utan Gränser (2005) undersökte papperslösas vårdbehov i Sverige (n=102) och fann följande resultat: allmänmedicin (36 %), gynekologi och mödravård (29 %), ortopedi (11 %), invärtes medicin (9 %), venerologi (5 %), psykiatri (4 %), kirurgi (3 %) och övrigt (3 %).

Psykisk och psykiatrisk ohälsa hos papperslösa

Gällande papperslösa migranternas psykiska och psykiatriska ohälsa är kunskapen begränsad. Läkare Utan Gränser (2005) undersökte den psykiska ohälsan hos papperslösa (n=23). Denna mätning gjordes med frågeformuläret Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-90) som används för att indikera diagnoser av depression och ångest samt frekvens av självmordstankar. Resultaten jämfördes med två andra relevanta studier (tabell 3) och påvisar bland annat att depression var tio gånger vanligare bland personerna i studien än bland svenskfödda deltagare samt att personerna i studien uppvisade en högre grad av självmordstankar, se tabell 3. De två jämförelsestudierna i tabell 3 består av en undersökning på flyktingar från Irak som är bosatta i Sverige och en undersökning på svenskfödda deltagare (n=1700) gjord med HSCL-90.

Tabell 3. Data från Läkare Utan Gränser, (2005). MSF står för Médecins Sans Frontières vilket är Läkare Utan Gränserns internationella benämning.

	Ångest	Depression	Måttlig grad av suicid-tankar	Hög grad av suicid-tankar
MSF:s enkätstudie med gömda i Sverige	47,8 %	56,6 %	23,8 %	14,3 %
Flyktingar från Irak som bor i Sverige	32,1 %	29,8 %	7,1 %	7,1 %
Undersökning bland svenska deltagare	5,3 %	5,5 %	1,2 %	0,7 %

Utifrån rapportens resultat menar Läkare Utan gränser (2005) att de har starka belägg för att den psykiska hälsan bland papperslösa är dålig.

Bland papperslösa som besökte Rosengrenska Stiftelsens klinik mellan oktober 1998 och april 2001 har Halldin (2001) redovisat statistik över fördelningen av sammanlagt 126 diagnoser. Enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – tionde upplagan) var 39 (31 %) av dessa diagnoser för psykiska sjukdomar, syndrom och beteendestörningar såsom depression, ångest, sömnsvårigheter, ätstörningar samt ospecificerade psykiska symptom.

Läkare Utan Gränser (2005) undersökte i en studie papperslösas sociala situation och deras behov av hälso- och sjukvård. 65 % av respondenterna (n=102) rapporterade att deras fysiska hälsa blivit sämre under tiden som papperslös och 64 % rapporterade att deras psykiska hälsa försämrats. Även i Fresk & Ganslandts studie (2008) påvisades att papperslösa som varit en längre tid i Sverige oftare bedömde sitt eget hälsotillstånd som dåligt.

Befolkningsprevalenser av psykiatriska diagnoser

Med prevalens menas hur stor andel av en population som har en viss sjukdom vid en viss tidpunkt (Egidius, 2005). En given sjukdom vid en specifik tidpunkt (som den i föreliggande studie) kallas för punktprevalens, alltså den andel som på dagen för intervjun anger en given sjukdom. Andelen ur en population som någon gång under sin livstid fått en viss sjukdom kallas för livstidsprevalens (Gradus, 2010). 12-månadersprevalens respektive 1-månadersprevalens är då således när en andel ur en population under en mätperiod av ett år respektive en månad innehar en viss sjukdom. Befolkningsprevalenser för vanliga diagnoser bland papperslösa följer i tabell 4. Med befolkningsprevalens eller populationsstudie menas att man studerar förekomsten av något i befolkningen som helhet och inte hos en viss grupp (Egidius, 2005).

Tabell 4. Befolkningsprevalenser i procent för depression, PTSD, paniksyndrom med och utan agorafobi, agorafobi, GAD, tvångssyndrom och alkoholberoende.

Diagnos	Sampl	Livstids prevalens %	12-månaders prevalens %	30-dagars prevalens %	Referens
Depression	Sverige n= 1000			3,7	Hällstöm et al. 2003
	USA n= 9090	16,2	6,6		Kessler et al. 2003
	Japan n=1029	3	1,2	0,9	Andrade et al. 2003
	Turkiet n=6095	6,3	3,5	3,1	Andrade et al. 2003
	Chile n=2978	9	5,6	3,3	Andrade et al. 2003
	Nederländerna n=7076	15,7	5,9	2,7	Andrade et al. 2003
Posttraumatiskt stressyndrom	Sverige n=1824	5,6			Frans et al. 2005
	USA n=2181	8,3			Breslau et al. 1998
	USA n=9282	6,8			Kessler et al. 2005
Paniksyndrom med eller utan agorafobi	Sverige n=591		2,2		Carlbring et al. 2002
	USA n=9282	4,7			Kessler et al. 2005
	Libanon n=234	2,1			Weissman et al. 1997
Agorafobi	USA n=9282	1,4			Kessler et al. 2005
Generaliserat ångestsyndrom	USA n=9282	5,7			Kessler et al. 2005
	Tyskland n=8098	5,1	3,1		Wittchen et al. 1994
Tvångssyndrom	USA n=9282	1,6			Kessler et al. 2005
Alkoholberoende	USA n=9282	3			Kessler et al. 2005

Många prevalensstudier är inte populationsstudier. Studierna i tabell 4 är exempel på populationsstudier för att ge en bild av olika förekomster av psykiatriska diagnoser i allmänbefolkningen. Tabellen visar exempelvis att depression är mindre prevalent i Japan än i övriga länder då livstidsprevalensen i USA och Nederländerna är hög. Många befolkningsstudier saknar könsuppdelning.

I en rapport från Karolinska Institutets Folkhälsoakademi (Jiang, Floderus & Wasserman, 2010), där man undersökt genomförda suicid i Sverige hos personer som är 15 år och äldre, framgår det att totalt 1467 begick suicid under 2008. Av dessa var 415 kvinnor och 1052 män. I dessa siffror innefattas både säkra och osäkra suicid. Malakouti et al. (2009) har undersökt livstidsprevalensen och 12-månadersprevalensen för suicidtankar, planer och försök hos den iranska befolkningen och menar att prevalensen av dessa liknar prevalensen i

utvecklingsländer. De fann att livstidsprevalensen för suicidtankar var 12.7 %, för suicidplaner var 6.2% och för suicidförsök var 3.3%. 12-månadersprevalensen var 5.7 %, 2.9 % och 1 % för respektive betingelse.

Diagnostik och komorbiditet

Diagnostik är ett viktigt och betydande redskap för att beskriva, kategorisera och definiera ett visst fenomen. I American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR: APA, 2000) finns kriterier för psykiatriska diagnoser.

Komorbiditet eller samsjuklighet är relativt vanligt. Studier indikerar att 55 % av patienter med en ångestsjukdom som huvuddiagnos åtminstone har en annan ångest- eller förstämningssjukdom (Allen, McHugh & Barlow, 2008). Vid PTSD och GAD som huvuddiagnoser är komorbiditet som vanligast. Ibland är panikattacker inte det centrala problemet och då klassas det inte som paniksyndrom (Carlbring & Hanell, 2007). Istället kan andra ångestsjukdomar orsaka panikattacker såsom exempelvis vid PTSD och GAD.

Nedan följer kortfattade beskrivningar av några av de vanligaste psykiatriska diagnoserna. Beskrivningarna är i enlighet med M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 2010a) som använts i föreliggande studie, (se metoddel), vilken i sin tur bygger på DSM-IV (DSM-IV-TR: APA, 2000).

Tabell 5. Beskrivningar av vanliga psykiatriska diagnoser.

Diagnos	Förkortning	Beskrivning
Egentlig depression	ED	Beskrivs vanligen med exempelvis följande symptom: omfattande nedstämdhet, klart minskat intresse, sömnstörning, värdelöshetskänslor, skuldkänslor, viktnedgång/uppgång, självmordstankar, självmordsplaner eller självmordsförsök och koncentrationssvårigheter. Symptomen skall föreligga under en tvåveckorsperiod.
Posttraumatiskt stressyndrom	PTSD	Kännetecknas av att en person har upplevt, sett eller konfronterats med exempelvis död eller allvarlig skada eller hot om detta med påföljande reaktion av intensiv skräck eller rädsla. Den traumatiska händelsen återupplevs sedan exempelvis genom påträngande och återkommande minnesbilder, tankar, perceptioner eller mardrömmar. En frekvent känsla av att återuppleva händelsen är vanligt liksom kraftigt psykiskt obehag och fysiologiska reaktioner på inre och yttre signaler som kan likna någon aspekt av den traumatiska händelsen. Vidare undviks konstant stimuli som kan påminna om traumat såsom exempelvis undvikande av tankar, känslor, samtal (som associeras med traumat), aspekter som framkallar minnen, minskat allmänintresse, likgiltighet, begränsade affekter, och en känsla av att sakna framtid. Vanliga symptom till följd av traumat är sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, lättskrämdhet, irritabilitet och vredesutbrott.
Paniksyndrom	PD	Utmärks genom att få oväntade och återkommande panikattacker vilket ger till följd ett kliniskt signifikant lidande, oro och undvikande. Vanliga upplevda symptom under en panikattack är exempelvis svettningar, illamående, hjärtklappning, darrningar, obehagskänslor i bröstet, kvävningsskänslor och dödsskräck.
Agorafobi	AF	AF är inte någon separat diagnos. Agorafobi uppträder med eller utan paniksyndrom och diagnostiseras på det sättet. Men för att karaktärisera AF beskrivs detta som en rädsla för att befinna sig på platser eller i situationer som kan vara svåra att ta sig ifrån. Typiska situationer är att befinna sig bland mycket folk, vara långt hemifrån, stå i kö eller befinna sig på buss eller tåg. Dessa situationer undviks eller uthärdas med betydande obehag.
Tvångssyndrom	OCD	Kännetecknas av återkommande eller ihållande tvångstankar och/eller upprepade tvångshandlingar vilka utförs för att minska eller förhindra lidande eller annat, exempelvis för att förhindra en fruktad olycka.
Generaliserat ångestsyndrom	GAD	Präglas av en överdriven rädsla och oro för ett antal olika företeelser med en svårighet att kontrollera oron. Flera symptom såsom exempelvis rastlöshet, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar och muskelspänning blir till följd av oron.
Alkoholberoende		Karaktäriseras av ett behov av ökad mängd alkohol för att uppnå önskad effekt och en minskad effekt vid kontinuerligt bruk. Yrke, fritid och sociala aspekter påverkas av beroendet. Abstinensproblematik uppstår.

Suicidbenägenhet är ingen enskild diagnos men brukar graderas, (se metoddelen för utförligare beskrivning).

Sammanfattningsvis så kan flyktingar, asylsökande och papperslösa utgöra en särskilt hög risk för att utveckla psykiatriska sjukdomar. Gällande papperslösa tillkommer ytterligare belastning eftersom det innebär en påtaglig social och psykologisk påfrestning att leva som gömd eller papperslös. Antalet människor som tvingas fly undan väpnade konflikter antas öka och antalet papperslösa migranter som håller sig kvar i EU har ökat under de senaste åren. Sedan slutet av 1900-talet har antalet papperslösa migranter ökat även i Sverige.

Det finns idag begränsad kunskap om papperslösas hälsa och vårdbehov. Svårigheterna med att genomföra studier beror till stor del på att papperslösa saknar identitetsnummer och inte vill bli journalförda eller kartlagda på grund av rädsla för utvisning med allt vad det innebär. Att utveckla metoder för att kunna undersöka denna grups hälsa är

därför en utmaning. Kunskap om gruppen är viktig för att organisera och utföra vård och social omsorg på ett adekvat sätt. Personal inom hjälporganisationer som sysslar med vård till papperslösa, all vårdpersonal som möter dessa individer, politiker och andra beslutsfattare samt alla individer i ett demokratiskt samhälle behöver mer kunskap om gruppen eftersom de står utanför de grundläggande mänskliga rättigheterna. Det föreligger ett stort mänskligt lidande ur flera olika aspekter. Vidare är det ett samhällsekonomiskt problem då det är ett bekymmer att en stor grupp bär på obehandlade sjukdomar såsom exempelvis depression, missbruk, PTSD, HIV, TBC, Hepatit C och så vidare.

I tidigare studier påvisas PTSD och depression som vanliga sjukdomar bland flyktingar, asylsökanden och papperslösa. Studier indikerar också att papperslösas psykiska och fysiska ohälsa tenderar att förvärras under tiden som papperslös och att vara just papperslös är en riskfaktor för att utveckla, vidmakthålla eller förvärra psykisk och psykiatrisk ohälsa. Gällande studier om papperslösas psykiatriska ohälsa diskuteras det i olika sammanhang om underrepresentationer av funna resultat och mörkertal. De fåtal studier som genomförts om papperslösas hälsa har haft fokus på somatisk ohälsa och endast till viss del psykisk ohälsa. Kunskap och synliggörande av papperslösas psykiatriska ohälsa är nödvändig men är relativt obeforskad i Sverige.

Syfte och frågeställningar

Föreliggande studie syftar till att undersöka prevalensen av psykiatriska sjukdomar bland de papperslösa individer som sökte vård hos Rosengrenska Stiftelsen vid ett givet tillfälle i september 2010. Fyra specifika frågeställningar formulerades.

1. Vilka psykiatriska diagnoser enligt M.I.N.I. uppfyller de papperslösa migranterna som söker vård hos Rosengrenska Stiftelsen och hur självmordsbenägna är de?
2. Finns det något samband mellan hur länge de papperslösa migranterna i föreliggande studie befunnit sig i Sverige och psykiatrisk belastning?
- 3a. Av vilka orsaker söker de papperslösa migranterna till Rosengrenska Stiftelsen? Kan sökorsakerna kategoriseras i två variabler, somatisk och psykisk/psykosomatisk sökorsak?
- 3b. Är det i så fall någon skillnad mellan grupperna när det gäller psykiatrisk belastning?
4. Hur stora är punktprevalenserna gällande PTSD och depression i den aktuella studien jämfört med motsvarande siffror hos allmänbefolkningen och finns det någon skillnad mellan dessa proportioner?

Metod

Undersökningsdeltagare

Undersökningsgruppen utgjordes av patienter som vid ett givet tillfälle i september 2010 sökte vård vid Rosengrenska Stiftelsen. Totalt var dessa 46 patienter. Därav var 16 kvinnor och 30 män. Intentionen var att tillfråga samtliga sökande men det blev bara

möjligt att tillfråga 37 personer på grund av organisatoriska orsaker. 7 valde att inte medverka av följande skäl: ville inte, kunde inte på gällande tider och boende i annan stad. På grund av språksvårigheter och ej tillgång till tolk exkluderades 5 personer. 25 personer valde att medverka i studien och bokades in för intervju under nio dagar efter rekryteringen. Fyra personer kom ej till utsatt tid. 21 personer deltog i studien. Åldersspridningen hos undersökningsdeltagarna var 22 till 54 och medelåldern var 37,4. Fyra kvinnor och 17 män deltog i studien. Åtta olika födelseländer fanns representerade bland undersökningsdeltagarna och antal år de befunnit sig i Sverige var mellan ett och nio år, se tabell 6.

Tabell 6. Demografisk profil av undersökningsgruppen

Födelseland	Antal	Män	Kvinnor	Ålder			Tid i Sverige i år	
				22-32	33-43	44-54	1-3	4-9
Iran	1	1				1	1	
Irak	10	8	2	3	5	2	8	2
Egypten	1	1				1		1
Kosovo	2	1	1		2			2
Afghanistan	4	3	1		3	1		4
Marocko	1	1		1			1	
Palestina	1	1		1			1	
Libanon	1	1			1			1
Totalt	21	17	4	5	11	5	11	10

Sjutton personer angav att de emigrerat till Sverige på grund av krig, våld, hot och förföljelse, två angav religiösa skäl och två angav brist på arbete som emigreringsorsak. Nio personer uppgav att de försörjde sig genom att arbeta svart och tolv blev försörjda av släkt och vänner, de flesta angav att de inte hade tillräckligt med pengar för att klara sig. Fyra personer hade universitetsutbildning och nio personer hade barn under 18 år. Nitton personer bodde ihop med vänner, familj och släktingar och två bodde själva. Många vittnade om trångboddhet och ett ständigt runtflyttande. Gällande sysselsättning uppgav många att de inte hade så mycket för sig på dagarna. De som inte arbetade berättade att de mest höll sig hemma, gick promenader, sov, läste eller umgicks med vänner. Vissa uppgav att de inte vågade lämna hemmet mer än nödvändigt medan andra inte klarade av att vara ensamma och försökte aktivera sig så gott det gick. Samtliga fick berätta om sina största problem för tillfället. De mest återkommande var en stor rädsla för att bli upptäckta av polisen och behöva lämna landet. En önskan om att få stanna i Sverige och få uppehållstillstånd var också genomgående. Många vittnade om oro, stress och sömnproblem. Vidare uttryckte många tankar om oro och saknad kring barn, familj och vänner som var kvar i ursprungsländerna, vissa hade blivit dödade eller skadade och vissa visste inte om de levde. En del hade inte träffat sina barn på många år och hade inte pengar att ringa till dem.

Material

Sociodemografiska uppgifter

Ett antal frågor (se bilaga 1) varav några öppna samt några olika demografiska bakgrundsvariabler fick samtliga deltagarna svara på. Deltagarna fick uppge ursprungsregion/land, ålder, sökorsak till kliniken, kontakt med behandlare på kliniken, emigreringsorsak samt tid i Sverige. Tid i Sverige angavs i år men har i tabell 5 kategoriserats i 1-3 samt 4-9 år. Vidare fick deltagarna uppge hur de bodde, om de hade barn och i så fall hur många samt om de var under 18 år, utbildningsnivå, samt hur de försörjde sig. De fick också berätta om vad de sysselsatte sig med på dagarna samt vilka/vilket deras största problem just nu var.

Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998; Sheehan et al., 2010a) användes för att undersöka prevalensen av psykiatriska diagnoser. *M.I.N.I.* är en strukturerad och kortfattad diagnostisk intervju för de viktigaste psykiatriska sjukdomarna på Axel 1 i enlighet med DSM-IV och ICD-10. *M.I.N.I.* har en acceptabel validitet och reliabilitet och kan administreras på kortare tid än andra metoder. *M.I.N.I.* är ett etablerat och erkänt instrument som används både i forskning och kliniskt världen över.

M.I.N.I. – intervjun är indelade i avsnitt som vart och ett motsvarar en diagnostisk kategori. I alla avsnitt, förutom det för psykotiska symptom, administreras först utgallringsfrågor motsvarande de främsta kriterierna för kategorin. De flesta frågor kräver bara svaren *ja* eller *nej*. En eller flera diagnosrutor finns i slutet av varje avsnitt där det ska anges om de diagnostiska kriterierna uppfyllts eller ej. Det finns möjlighet att undersöka pågående, tidigare och recidiverande sjukdomar. I föreliggande studie undersöktes endast pågående sjukdomar. De olika kategorierna i *M.I.N.I.* är enligt följande:

- Egentlig depressionsepisod
- Suicidalitet
- Manisk/hypoman episod
- Paniksyndrom
- Agorafobi
- Social fobi
- Tvångssyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom
- Alkoholberoende och alkoholmissbruk
- Störningar betingade av missbruk av psykoaktiva substanser (ej alkohol)
- Psykotiska syndrom och affektiva syndrom med psykotiska drag
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Generaliserat ångestsyndrom
- Uteslutning av medicinsk, organisk eller drogrelaterad genes för alla syndrom
- Antisocial personlighetsstörning

Gällande suicidalitet kan man i *M.I.N.I.* uppmäta följande gradering: ingen, låg, måttlig och hög suicidrisk genom en poängsättning av svaren, (1-8 p = låg, 9-16 p = måttlig och ≥ 17 p = hög suicidrisk).

Psykiatrisk belastning

Antingen uppfyllde respektive deltagare kriterier för psykiatrisk diagnos eller inte och det fanns fyra grader av suicidbenägenhet. Utifrån de olika psykiatriska diagnoserna och suicidbenägenhet skapades en ny variabel, psykiatrisk belastning. Denna variabel är summan av antal diagnoser och grad av suicidalitet (range 5-12). Variabeln innefattar de tre vanligaste diagnoserna, suicidbenägenhet och övriga diagnoser. De övriga diagnoserna samlades i en kategori för att skapa en tydligare överblick. Ju fler diagnoser och ju högre suicidalitet desto högre psykiatrisk belastning.

Datainsamling

Först ställdes frågor om demografi samt frågor av mer öppen karaktär, se bilaga 1. Denna del var relativt ostrukturerad då deltagarna fritt fick, så mycket de ville, berätta om sin situation. Därefter genomfördes den kompletta M.I.N.I.-intervjun. Två intervjuer genomfördes på engelska med den engelska versionen av M.I.N.I. (Sheehan et al., 2010b) och de övriga genomfördes på svenska. Fyra intervjuer genomfördes med hjälp av tolk. Den genomsnittliga tidsåtgången vid M.I.N.I. var 35 minuter.

Intervjuaren har genomgått rekommenderad utbildning och träning i administrering av instrumentet. Gällande träning genomfördes sju övningstestningar med studenter från psykologiska institutionen vid Stockholms universitet samt två pilotintervjuer med papperslösa migranter på Rosengrenska Stiftelsen innan studiens start.

Databearbetning

De statistiska beräkningarna utfördes med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 17.0. För att kunna besvara frågeställningarna användes oberoende t-test, Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient och deskriptiv statistik. Z-test för prövning av skillnader mellan proportioner utfördes i programmet SimpleStatTests. En alfanivå på 5 % användes vid samtliga signifikansprövningar.

Etiska överväganden

Undersökningen genomfördes i enlighet med de forskningsetiska principer som föreskrivs av Vetenskapsrådet. Deltagarna erhöll skriftlig information (se bilaga 2) gällande studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de hade rätt att avbryta sin medverkan när de önskade utan att behöva uppge skäl för detta. De garanterades total anonymitet och inga namn uppgavs under studiens gång. Vidare fick deltagarna information om att uppgifter som framkommer i undersökningen endast kommer att användas för gällande studies ändamål. Det var också viktigt att betona att inga interventioner skulle utföras och att deltagarna inte hade möjlighet att få personlig nytta av resultaten. Ett muntligt samtycke till medverkan i studien gavs från deltagarna efter en försäkran om total förståelse av ovanstående, vid osäkerhet exkluderades personen.

En plan för tillvägagångssätt vid eventuella akuta ärenden som framkommer hos patienterna under studien togs fram innan genomförandet. Detta gjordes i samråd med klinikens medicinskt ansvariga läkare och projektledaren. Detta gällde exempelvis akuta suicidplaner eller psykotiska symptom.

Resultat

Frågeställning 1

Sammanlagt hade 17 av 21 personer 36 diagnoser. De vanligast förekommande diagnoserna var depression, PTSD och paniksyndrom följt av GAD, alkoholberoende, agorafobi och tvångssyndrom. Icke förekommande diagnoser bland undersökningssdeltagarna var således social fobi, bipolärt syndrom, alkoholmissbruk, störningar betingade av missbruk av psykoaktiva substanser (ej alkohol), psykotiska syndrom och affektiva syndrom med psykotiska drag, anorexia nervosa, bulimia nervosa, antisocial personlighetsstörning samt uteslutning av medicinsk, organisk eller drogrelaterad genes för befintliga syndrom.

Tabell 7. Sammanlagda antal uppfyllda diagnoser i M.I.N.I., antal och procent.

Diagnos	Antal	%
Depression	10	47,6
PTSD	9	42,8
Paniksyndrom	9	42,8
GAD	4	19
Alkoholberoende	2	9,5
Agorafobi	1	4,7
Tvångssyndrom	1	4,7
Totalt	36	

Notera att komorbiditet förekommer (se tabell 8) varför totalsumman inte motsvarar antal individer i studien.

Sjutton personer uppfyllde kriterierna för en eller flera diagnoser i M.I.N.I. medan fyra personer inte uppfyllde någon. Paniksyndrom förekom endast såsom komorbitt tillstånd. Över huvud taget var komorbiditeten omfattande. Tre och fyra uppfyllda diagnoser förekom i flera fall, se tabell 8.

Tabell 8. Tabell över förekommande diagnoser och komorbiditet fördelat över deltagarna i studien.

Diagnos/diagnoser	Antal
Ingen diagnos	4
Depression	3
PTSD	2
GAD	1
PTSD samt PD	4
PTSD samt ED	1
ED samt PD	1
PTSD, ED samt PD	1
ED, PD samt Alkoholberoende	1
ED, AF samt PD	1
ED, GAD, OCD samt Alkoholberoende	1
ED, PTSD, PD samt GAD	1
Totalt	21

Få personer hade ingen självmordsbenägenhet. Låg självmordsbenägenhet var vanligast förekommande. Knappt hälften av personerna i studien uppfyllde kriterierna för måttlig och hög självmordsbenägenhet.

Tabell 9. Självmordsbenägenhet i antal och procent.

Självmordsbenägenhet	Antal	Procent
Ingen	2	9,5 %
Låg	9	42,8 %
Måttlig	6	28,5 %
Hög	4	19 %
Totalt	21	

Frågeställning 2

Det fanns en svag positiv korrelation mellan tid i Sverige och psykiatrisk belastning. Denna korrelation var ej signifikant, ($r_{19} = \text{NS}$).

Frågeställning 3

Aktuell sökorsak kategoriserad i två variabler, somatisk och psykisk/psykosomatisk enligt följande:

Tabell 10.

Somatisk	Antal	Psykisk/psykosomatisk	Antal
Skada i huvudet	1	Migrän	1
Knä/leder/hals	1	Migrän, sömnproblematik	2
Tandvärk	2	Magvärk (ej känd somatisk sjukdom)	1
Ryggsmärta	1	Värk i kroppen (ej känd somatisk sjukdom)	1
Skada i benet	1	Depression	1
Näsa och hals	2	Blodtryck (ej känd somatisk sjukdom)	2
Blodtryck/socker/kolesterol (pga. sjukdom)	1	Magsår/ont i magen (ej känd somatisk sjukdom)	2
		Värk i mage/huvud, sömnproblematik, sår på läppar (ej känd somatisk sjukdom)	1
		Sömnproblematik, ont i huvudet	1
Totalt	9	Totalt	12

Endast en person sökte för psykiatrisk problematik. Något fler sökte av psykosomatiska orsaker än av somatiska. Ett oberoende t-test visade att psykiatrisk belastning var lika stor i grupperna psykisk/psykosomatisk sökorsak ($M = 9,17$, $Sd = 0,83$) respektive somatisk sökorsak ($M = 8,89$, $Sd = 1,36$), $t_{19} = \text{NS}$.

Frågeställning 4

I föreliggande studie (n=21) uppgick punktprevalensen för depression till 47,6 % och för PTSD till 42,8 %.

Murphy, Laird, Monson, Sobol och Leighton (2000) redovisar en punktprevalens för depression på 5 % från ett representativt urval (n=3600) av vuxna i Atlantic, Canada. Skillnaden mellan proportionerna, 47,6 och 5 %, uttryckt i $z=8,73$, $p=0,0000$, det vill säga proportionen depressioner i den aktuella studien är signifikant högre än i populationen.

Frans et al. (2005) uppvisade en punktprevalens för PTSD med nationellt urval ur befolkningen (n=102) i Sverige på 3,6 % för kvinnor och 7,4 % för män, medelvärde 5,5 %. Skillnaden mellan proportionerna 42,8 och 5,5 % uttryckt i $z=4,81$, $p=0,0000$, det vill säga proportionen PTSD i den aktuella studien är signifikant högre än i populationen.

Diskussion

Studiens huvudsakliga syfte var att undersöka prevalensen av psykiatriska diagnoser hos papperslösa migranter som söker vård hos Röda Korsets sjukvårdförmedling för papperslösa, Rosengrenska Stiftelsen. Sammanlagt uppmättes 36 diagnoser hos 21 personer. De vanligast förekommande diagnoserna var depression, PTSD och paniksyndrom följt av GAD, alkoholberoende, agorafobi och tvångssyndrom. 17 personer uppfyllde kriterierna för en eller flera diagnoser i M.I.N.I. Fyra personer uppfyllde inte någon diagnos. De flesta uttryckte någon grad av självmordsbenägenhet. Låg självmordsbenägenhet var vanligast förekommande. Knappt hälften av personerna i studien uppfyllde kriterierna för måttlig och hög självmordsbenägenhet. Det fanns en icke signifikant positiv svag korrelation mellan tid i Sverige och psykiatrisk belastning. Aktuell sökorsak kunde kategoriseras i två variabler, somatisk och psykisk/psykosomatisk. Något fler personer sökte av psykiska/psykosomatiska orsaker än av somatiska. Endast en person sökte för psykiatrisk problematik. Ett oberoende t-test visade att psykiatrisk belastning var lika stor i grupperna, med somatisk och psykisk/psykosomatisk sökorsak. Punktprevalensen för depression och PTSD var signifikant högre än i populationen.

Resultatdiskussion

Den deskriptiva statistiken visar att av 21 deltagare i studien uppfyllde 17 personer en eller flera diagnoser. Komorbiditet samt måttlig och hög suicidalitet var vanligt förekommande. Även om studiepopulationen var liten så är det anmärkningsvärt att 36 diagnoser uppmättes på ett urval av 21 personer. Så även att fem av 21 personer hade tre eller fyra diagnoser samt att fyra av 21 personer hade hög självmordsbenägenhet, vilket är allvarligt. Tidigare studier (Eytan et al., 2007; Dermot et al., 2009; Fazel et al., 2005; Lindert et al., 2008) har påvisat höga prevalenser av depression och PTSD bland flyktingar, asylsökanden och papperslösa. Föreliggande studie fann att 47,6 % uppfyllde kriterierna för ED och 42,8 % kriterierna för PTSD.

I enlighet med tidigare studier (Dermot et al., 2009; Fresk & Ganslandt, 2008; Laban et al., 2004; Läkare Utan Gränser, 2005; Swärd et al., 2007) fanns det en tendens till att den psykiatriska belastningen ökade med hur länge de papperslösa befunnit sig i

Sverige. Korrelationen var icke signifikant, svag och positiv. Detta resultat skall tolkas med försiktighet då urvalet var litet. Det man med säkerhet kan säga var att den psykiatriska belastningen inte minskade med tiden i undersökningsgruppen. Halldin (2001) påvisar hur flykten i sig är ett trauma då detta innebär att vederbörande har förlorat sitt hemland, förföljelser och övergrepp, anpassning till en ny kultur och social isolering. Brist på sysselsättning och social gemenskap är faktorer som påverkar den psykiska hälsan negativt. Så också att leva med påfrestningar såsom konstant rädsla för att bli avvisad eller att inte kunna ta sig in på arbetsmarknaden, skaffa bostad eller utbildning. Att leva under dessa icke-skyddande faktorer bidrar till att utveckla och vidmakthålla psykisk och psykiatrisk problematik för de papperslösa. Dessutom under lång tid. Flera av de papperslösa i den aktuella studien har varit i Sverige förhållandevis länge (>4 år), vilket ökar sannolikheten för att de redan sökt asyl, fått avslag och blivit papperslösa igen.

Aktuell sökorsak kunde kategoriseras i två variabler, somatisk och psykisk/psykosomatisk och grupperna blev relativt jämna. Det var ingen skillnad mellan dem vad gäller psykiatrisk belastning, det vill säga den psykiatriska belastningen var lika stor hos de som söker vård av somatiska skäl som av psykiska/psykosomatiska. Risken för att de psykiatriska problemen förbises vid ett läkarbesök då de ej omnämns av den papperslöse själv är antagligen stor. Trots den höga förekomsten av psykiatriska diagnoser var det ovanligt att söka vård av klart psykiatriska skäl då endast en person gjorde detta.

Föreliggande studie jämförde prevalensen PTSD och depression med populationsstudier. Det blev en starkt signifikant skillnad mellan grupperna då en mycket större proportion papperslösa led av PTSD och ED. Resultaten överensstämmer väl med andra studier vilka påvisar högre förekomst av dessa diagnoser hos flyktingar, asylsökande och papperslösa jämfört med nationella representativa urval.

Metoddiskussion

Den aktuella undersökningen är att betrakta som en pilotstudie eftersom den har låg power, jämförelsegrupp saknas och skillnader i gruppstorlek vid jämförelse med populationen är för stor. Vidare skulle minst två dagar slumpmässigt kunnat ha valts för datainsamling. Dock skulle detta innebära svårigheter då det är vanligt att samma patienter kommer två eller flera gånger i följd och att det inte i föreliggande studie fanns möjlighet att identifiera deltagarna. Av 46 möjliga patienter kunde endast 21 inkluderas i studien. Uppgifter på bortfallet är knapphändiga. Vetskap finns gällande orsak till de sju som valde att inte delta. Uppgifter finns också gällande könsfördelningen gällande tillfälle.

En aspekt av föreliggande undersökning är att M.I.N.I. kan vara ett lämpligt screeninginstrument för psykiatriska diagnoser hos papperslösa migranter som har en hög risk att utveckla mental ohälsa. Det är både viktigt och en utmaning att hitta lämpliga screeninginstrument som fungerar på en multikulturell population. Ostrukturerade kliniska evalueringar har visat sig missa och felbedömda diagnoser varför strukturerade diagnostiska intervjuer ger mer precision, (Zimmerman, 2003). I studier har M.I.N.I. visat sig ha en acceptabel validitet och reliabilitet och kan administreras lättare än etablerade instrument, (exempelvis SCID och CIDI). M.I.N.I. –

instrumentet tillåts att fritt kopieras och användas för eget bruk i forskning och kliniskt arbete. Vidare finns M.I.N.I. översatt till cirka fyrtio olika språk vilket anses innebära en hög transkulturell validitet. I den aktuella studien tog intervjun i genomsnitt 35 min. Efter träning skulle kanske screeningen kunna göras av någon annan än läkaren före besöket. Med tanke på att endast en av deltagarna uppgav psykiatrisk diagnos som sökorsak finns det här ett stort mörkertal med många som behöver hjälp och behandling.

Eytan et al. (2007) hade som syfte i en studie att validera sektionerna i M.I.N.I. om ED och PTSD gällande nyanlända asylsökanden i Schweiz. Resultatet påvisade måttlig sensitivitet och hög specificitet. Dessa resultat var stabila när man kontrollerade för kulturskillnader och användandet av tolkar och författarna menar att instrumentet kan användas för systematisk screening av depression och PTSD hos flyktingar med olika ursprung. Durieux-Paillard, Whitaker-Clinici, Bovier och Eytan (2006) påvisar dock att vissa specifika items ur M.I.N.I. inte är väl anpassade, för rakt på sak för vissa kulturer och för komplexa i många fall med hänsyn till utbildningsnivå och språksvårigheter. Författarna presenterar i en studie en anpassningsprocess för M.I.N.I. angående social och kulturell kontext (Durieux-Paillard et al., 2006) och menar att efter den kan instrumentet användas för att screena PTSD och ED hos en multikulturell population. I föreliggande studie kan tillförlitligheten i svaren ha påverkats av språksvårigheter. Även om många av intervjupersonerna talade god svenska uppstod det språkliga svårigheter av olika slag. Varken i direkt kommunikation eller med tolkarna gick det att garantera att nyanser i språket, undermeningar, antydningar och så vidare framkom. Det finns antagligen även kulturella skillnader i hur människor betraktar psykologiska och psykiatriska aspekter.

Amorim, Lecrubier, Weiller, Hergueta och Sheehan (1998) testade i en studie validiteten för avsnitten gällande psykotiska symptom och fann denna mycket god. På det hela taget påvisar M.I.N.I. goda och mycket goda kappvärden för interbedömmar- och test-retestreliabilitetsresultat, Sheehan et al. (1997).

Ingen skillnad gjordes i studien mellan primära och sekundära diagnoser. Det finns exempelvis en överlappning mellan EG och PTSD som komplicerar differentiering mellan de två sjukdomarna (Durieux-Paillard et al., 2006). En möjlig slutsats av att PD inte förekommer ensamt utan endast tillsammans med andra diagnoser är att M.I.N.I. inte diskriminerar mellan panikattacker som förekommer inom alla ångestsyndrom och paniksyndrom.

Etiska aspekter

De tolkar som användes i studien var inte auktoriserade utan var personer som brukade hjälpa till att tolka vid exempelvis läkarbesök samt släktingar till intervjupersonerna. Tolkarna instruerades muntligen att omfatta tystnadsplikt och intervjupersonerna fick godkänna att tolk var med. I praktiken så ville samtliga fyra intervjupersoner det rörde sig om att tolk skulle vara med och de kände tolken i samtliga fall. Dock skulle tillförlitligheten i svaren kunna ifrågasättas eftersom man inte kan utesluta svar på grund av social önskvärdhet.

Även om det låg utanför ramen för denna studie samt att samtliga var väl informerade om att det inte fanns möjlighet till vidare interventioner så är det ett etiskt problem att uppmärksamma svåra psykiatriska tillstånd och sjukdomar utan att ingripa. Dock är

detta verkligheten för gällande grupp samt huvudproblematiken för de papperslösa och ett viktigt perspektiv att belysa. Det är vidare en etisk fråga då det är ett faktum att icke akuta symptom eller sjukdomar kan utvecklas till allvarliga tillstånd och konsekvenser om de lämnas obehandlade.

Papperslösa barn har samma rättigheter till vård som alla barn i Sverige (Läkare Utan Gränser, 2005). Detta under förutsättning att de sökt asyl - att ha fått avslag innebär också rätt till vård. Ej rätt till vård på samma villkor som alla barn i Sverige gäller alltså inte de barn som aldrig sökt asyl. Värt att nämnas är att eftersom barn till föräldrar som är papperslösa inte har möjlighet att erhålla vård drabbas i många fall även barnen av ohälsa indirekt. Traumaskador, depression, suicidplaner, alkoholberoende och så vidare drabbar inte bara individen – utan även anhöriga. Familjen kan också vara rädd för att deras illegala situation skall uppmärksammas i samband med att de söker vård för barnets sjukdom, vilket kan vara ett hinder för föräldrar att använda denna rättighet för sina barn.

Mycket av diskussionen i litteraturen och så även i denna studie kretsar kring antagandet om att de flesta papperslösa är före detta asylsökanden som fått avslag. Det finns andra grupper av papperslösa som fått lite utrymme här exempelvis traffickingoffer, arbetsmigranter, människor som undviker att söka asyl i rädsla för att få avslag, släktingar till människor med tillstånd att bo i Sverige samt människor som stannar kvar i landet när ett turistvisum eller ett studentvisum gått ut. Vidare är studien baserad på individer som kommer till Rosengrenska Stiftelsen för att söka vård, det finns en mängd andra papperslösa migranter som inte kommer dit av olika skäl.

Slutsatser

I den aktuella studien är kvinnor underrepresenterade. Bland de 46 personer som sökte vård gällande tillfälle var det fler män än kvinnor (30 respektive 16). I populationen vet vi att fler kvinnor än män lider av psykiska problem särskilt ångestsjukdomar. En fråga man kan ställa sig är om manliga papperslösa migranter kanske söker vård i större utsträckning än kvinnliga eller består gruppen papperslösa av övervägande män. Kanske papperslösa som inte söker vård mår ännu sämre och bland dem kan proportionen kvinnor vara större.

Även om man med stor försiktighet skall uttala sig om studiens resultat, så kan det konstateras att den psykiatriska hälsan är mycket dålig hos denna grupp papperslösa migranter. De uppger sällan psykiatriska skäl som sökorsak till kliniken trots att de allra flesta uppfyller psykiatriska diagnoser. Att på ett enkelt sätt kunna screena för detta skulle innebära en möjlighet till behandling av vissa tillstånd. Tidig behandling är viktigt eftersom den psykiatriska hälsan kan antas försämrans ju längre tid man lever som papperslös. Antalet flyktingar, asylsökanden och papperslösa antas öka i Sverige och världen och därmed det mänskliga lidandet. Då M.I.N.I. fungerar (Eytan et al., 2007) i flyktingsammanhang på människor med olika ursprung är det både etiskt försvarbart samt ett allmänt hälsoansvar att screena flyktingar i ett tidigt skede för att kunna ge dem den hjälp de behöver.

Referenser

- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional Disorders : A Unified Protocol. Barlow, D. H (Red.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders –A step by step Treatment Manual* (4:e uppl) (sid 216-249). New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4. uppl. Text Revision). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Amorim, P., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., & Sheehan, D. (1998). DSM-III-R psychotic disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 13, 26-34.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Berglund, P., Bijl, R., De Graaf, R., Vollebergh, W., et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- Ascher, H. (2010). Rätten till hälsa för papperslösa migranter i Sverige. Lundberg, A (Red.) *Mänskliga rättigheter - juridiska perspektiv* (sid. 267-292). Stockholm: Liber.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Archives of General Psychiatry*. 55, 626-632.
- Carlbring, P., Gustafsson, H., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 207-211.
- Carlbring, P., & Hanell, Å. (2007). *Ingen panik- Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Castañeda, H. (2009). Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68, 1552-1560.
- Dermot, R. A., Fiona, K. E., & Brendan, K. D. (2009). Mental health among persons awaiting an asylum outcome in Western countries: A literature review. *International Journal of Mental Health. Special Issue: Globalization and mental distress*, 38, 88-111.
- Durieux-Paillard, S., Whitaker-Clinch, B., Bovier, P.A., & Eytan, A. (2006) Screening for Major Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Asylum Seekers: Adapting a Standardized Instrument to the Social and Cultural Context. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 587-597.
- Egidius, H. (2005). *Psykologilexikon*. (3:e utgåvan). Stockholm: Natur och Kultur.
- Eytan, A., Durieux-Paillard, S., Whitaker-Clinch, B., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2007). Transcultural validity of a structured diagnostic interview to screen for major depression and posttraumatic stress disorder among refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 723-728.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314.
- Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.
- Fresk, M., & Ganslandt, H. (2008). *Vårdbehov hos papperslösa - Erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa*. (Opublicerad ST-uppsats i allmänmedicin). Björnstigens Vårdcentral, Stockholm.

Gradus, J. L. (2010). *Epidemiology of PTSD*. United States Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD. Hämtad 2011-05-23 från <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/epidemiological-facts-ptsd.asp>.

Halldin, J. (2001). *Hälsa hos flyktingar med fokus på barn och ungdomar*. Opublicerat projektarbete på läkarutbildningen, Göteborgs universitet: Avdelningen för pediatrik, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Göteborg.

Hunt, P. (2007). *Mission to Sweden*. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: United Nations General Assembly, Human Rights Council; Report No. A/ HRC/ 4/28.

Hällström, T., Damström-Thakker, K., Forsell, Y., Lundberg, I., & Tinghög, P. (2003). *The PART study. A Population Based Study of Mental Health in the Stockholm County: Study Design. Phase 1 (1998-2001)*. Rapport 2003:1. Stockholm: Samhällsmedicin och Karolinska Institutet.

Hälso- och sjukvårdslag, 2 §, (1982:763).

Jiang, G-X., Floderus, B., & Wasserman, D. (2010). *Självmod i Stockholms län och Sverige 1980–2008*. Stockholm, Karolinska Institutets Folkhälsoakademi.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Khosravi, S. (2010). An Ethnography of Migrant 'Illegality' in Sweden: Included yet Excepted? *Journal of International Political Theory*, 6, 95-116.

Khosravi, S. (2006). Territorialiseringad mänsklighet: irreguljära immigranter och det nakna livet. de los Reyes, P. (Red.), *Välfärdens gränser: ett villkorat medborgarskap i diskrimineringens skugga* (sid 283-310). SOU 2006:37.

Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 843-851.

Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A., & Priebe, S. (2008). Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees: A systematic overview. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 109-122.

Läkare i världen. (2009). *Fakta om papperslösa i Sverige*. Hämtad 3 april 2011 från <http://www.lakareivarlden.org/sv/fakta-ompapperslosa-i-sverige>.

Läkare Utan Gränser. (2005). *Gömda i Sverige utestängda från hälso- och sjukvård. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser*. Hämtad 12 mars 2011 från <http://www.lakareutangranser.se/Publikationer/Rapporter/2005/Gomda/>.

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Bolhari, J., Hakimshoostari, M., Poshtmashhadi, M., & De Leo, D. (2009). Prevalence of suicide thoughts, plans and attempts in a community sample from Karaj, Iran. *Community Mental Health Journal*, 45, 37-41.

- Migrationsverket. (2010). *Avgjorda asylärenden 2009 och 2010*. Hämtad 14 april 2011 från <http://www.migrationsverket.se>.
- Molin, K. (2010). *Berättelser från det gömda Sverige*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). A 40-Year Perspective on the Prevalence of Depression: The Stirling County Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 209-215.
- Nikelly, A. G. (1997). Cultural Babel: The challenge of immigrants to the helping profession. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3, 221-233.
- PICUM. (2007). *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Hämtad 2011-03-09 från [http://picum.org/picum.org/uploads/file/Access to Health Care for Undocumented Migrants.pdf](http://picum.org/picum.org/uploads/file/Access%20to%20Health%20Care%20for%20Undocumented%20Migrants.pdf).
- Romero-Ortuno, R. (2004). Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law*, 11, 245-72.
- Sheehan, D.V., Janavs, J., Harnett-Sheehan, K., Sheehan, M., Gray, C., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Allgulander, C., Kadri, N., Baldwin, D., & Even, C. (2010b). Mini International Neuropsychiatric Interview. English version 6.0,0.
- Sheehan, D.V., Janavs, J., Harnett-Sheehan, K., Sheehan, M., Gray, C., Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Allgulander, C., Kadri, N., Waern, M., Humble, M., Andersch, S., & Ågren, H. (2010a). Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju. Svensk version 6.0,0d.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241
- Socialstyrelsen. (2010). *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). *Psykisk ohälsa – former*. Hämtad 11 juni 2011 från <http://www.fhi.se/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Psykisk-ohalsa---former/>.
- Swärd, H., Börjeson, M., & Hjern, A. (2007). Groups 'in the margins'. *International Journal of Social Welfare*, 16, 219-232.
- UNHCR. (2010). *2009 Global trends: Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced and stateless persons*. Hämtad 5 februari 2011 från <http://www.unhcr.org/statistics>.
- Weissman, M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., et al. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.
- Wittchen, H.- U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-64.
- Zimmerman, M. (3003). What should the standard of care for psychiatric diagnostic evaluations be? *Source Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 281-286.

Bilaga 1

Kön:

Ålder:

Land/ursprungsregion:

Sökorsak till kliniken:

Kontakt med behandlare på kliniken:

Emigreringsorsak:

Tid i Sverige:

Boende:

Barn:

Utbildning:

Försörjning:

Sysselsättning:

Vilket är din/dina största problem just nu:

Tidsåtgång vid M.I.N.I:

Tid från godkännande av medverkan i studien till genomförd intervju:

*Bilaga 2*Informationsblad gällande medverkan i studien

Under september 2010 kommer det att genomföras en studie för att ta reda på den psykiska ohälsan bland de personer som söker till Rosengrenska Stiftelsens klinik. Studien är en psykologexamensuppsats vid Stockholms universitet.

Medverkan i studien är frivilligt och du har rätt att avbryta din medverkan när du vill. Du kommer att få besvara ett antal frågor gällande din psykiska hälsa och du kommer att vara helt anonym vilket innebär att inga namn eller andra personliga uppgifter kommer att finnas med i studien och inget du berättar kommer att kunna kopplas till dig på något sätt.

Du är en av de personer som behövs för att kunna genomföra studien.

Tack för din medverkan!

Johanna Ohakas
Psykologkandidat vid Stockholms universitet
Tel: