Transkulturellt Centrums studiebesök i Barcelona 2009

STUDIEBESÖK PÅ EXIL 2
Centret i Barcelona startades år 2000 2
Finansiering 2
Personal 2
Arbetet på Centret: Terapeutisk behandling samt behandlingsideologi 2
Projekt 3
Arbetar även med olika pilotprojekt 3
Informationsarbete 3
Dokumentation 3
Många papperslösa lever i Spanien 3
Centrets relation till hälsosystemet 3
KVINNOORGANISATIONEN SURT 4
Kriterier för arbetstillstånd 5
Finansiering 5
ULYSSES SYNDROM, DR JOSEBA ACHOTEGUI OCH SAPPIR 5
Achotegui och SAPPIR 6
DR FRANCISCO COLLAZOS OCH PSYKOLOG ADIL QURESHI, SERVICIO DE PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL, VALL D´HEBRON UNIVERSITETSSJUKHUS, BARCELONA 6
MARÍA MERCÉ FERNÁNDEZ, ANSVARIG INOM KATALANSKA REGERINGEN FÖR, L´INSTITUT CATALÁ DE LES DONES (ICD) 8
MINISTRY OF HEALTH, GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT, TONA LIZANA (DIRECTOR OF THE MASTER PLAN FOR IMMIGRATION AND HEALTH) 9
The phenomenon of immigration in Catalonia 9
MPIH Strategic goals 9
ACTION PLAN 2008-2010 12
FUTURE GOALS 12
BILAGA - PRELIMINÄRT PROGRAM, STUDIERESA TILL BARCELONA 20-25/4 2009 13

Studiebesök på Exil

Dr Jorge Barudy, chef för centret och Pati Jiron, psykolog/kliniskt ansvarig tog emot oss från TC.

Centret bedriver verksamhet med: medicinskt och psykosocialt återhämtningsprogram för personer utsatta för organiserat våld mot mänskliga rättigheter. Centret arbetar med migration och våld – som personer utsatts för i Barcelona + tidigare våld.

Erbjuder medicinsk och psykosocial vård till immigranter som är offer för brott mot mänskliga rättigheter och tortyr. Programmet är riktat till offer för förföljelse, fångenskap och tortyr.

Exil bildades 1975 i Bryssel, erbjöd hjälp till människor som kom från Sydamerika då på 70-talet. Började som en förening i Bryssel, senare anslöts den till allmänna hälsovården i Bryssel. Mottagningen i Bryssel riktade sig enbart till våldsoffer för tortyr.

Centret i Barcelona startades år 2000

Två väsentliga orsaker till att öppna Exil i Barcelona:
1) Traumatiserade människor fick ej den vård de borde få
2) Ville bidra till att hjälpa till med återställande av alla dessa spanska medborgare som blivit offer för Franco diktaturen.
Exil tar emot ca 2000 personer/år. Alla åldrar - barn ungdomar, vuxna. Asylsökande, flyktingar samt gömda.

Centret/mottagningen riktar sig förutom till offer för organiserat våld, även till våldsoffer avseende brott mot mänskliga rättigheter.

Finansiering

Privata fonder (ex banker m.m.)
Regeringen i Katalonien
EU pengar (men EU nu slutat ge pengar till rehabilitering för tortyroffer)
Centret arbetar utifrån olika program/projekt. Därför viktigt söka pengar.

Personal

12 st i teamet: psykologer, barnpsykolog, psykiater, socialarbetare.

Arbetet på Centret: Terapeutisk behandling samt behandlingsideologi

Utgår från ett psykosocialt (i exil) perspektiv, ej patologiskt. Har ett humanistiskt eko-systemiskt, holistiskt synsätt i behandlingsarbetet (inspirerade av bl a Bronfenbrenner, Bolwbys anknytningsteorier).

Mycket fokus på behandling med kvinnor och barn, resilience. Har terapeutiska värden som: solidaritet, hjälpa till med socialt skyddsnät. Bemöta patienter med fokus på resurser, positiv anda, ej patologisk.

Fokus på resurser – och hur stärka ”the cultural resourses”?
I början av behandlingen ej fokus på kulturella resurser. När individen börjar må bättre då frågar man om dess styrkor i sitt land - ”try to connect the strenght”. Försöker länka dem till människor från samma kultur. Få dem att vara med/delta i grupper. Många patienter kommer med behov av basic needs – är hungriga, har ingenstans att bo osv.

”Open door therapy:
1) Individual therapy
2) Gruppterapi i kombination – ex movement therapy som dans, konstterapi.

3) Behandlar också 2:a generationen av tortyroffer från Chile samt från Franco tiden.

Arbetar med tolk i ca 10% av ärendena.

Projekt

1) Projekt som riktar sig till kvinnor som utsatts för misshandel av män samt till barnen i dessa familjer. Målsättningen för terapin som erbjuds dessa kvinnor: att kvinnorna ska bli självständiga personer, samt utveckla en bättre relation till barnen.
Patienterna kommer till centret via remiss från socialtjänsten. Kan även söka själva.
2) Projekt i samarbete med Amnesty International. Behandlingen är psykologiskt stöd och ”human rights” arbete, till personer som ”arbetar för mänskliga rättigheter i Colombia”. Personerna kommer till Madrid under 1 år. Terapeuterna från Exil åker till Madrid var 6:e vecka för att träffa/samtala/behandla dem. Under det året får de bestämma sig för att söka asyl eller återvända till sina hemländer.

Arbetar även med olika pilotprojekt

1) Barn som varit utsatta för sex övergrepp. Fam avdeln. Projektet finansierat av katalanska regeringen.
2) Program riktat till adoptivföräldrar. Barn som man tror har varit utsatta för familjevåld. Föräldrar betalar själva.

Informationsarbete

Har mycket informationsarbete utifrån de behov de ser via: ”training, seminar, conferences, workshops”. Just nu utbildar/tränar de frivilliga/volontärer från Amnesty. Chefen för Centret beskriver att de utvecklat arbetet på centret mycket i samarbete med en belgisk läkare, samt utifrån egen erfarenhet av ”resiliences”, är en överlevare själv. Utgår från respekten för mänskliga rättigheter. Samarbetar mycket med andra ”NGO:s”.

Dokumentation

Artiklar, böcker, skapar videos (ex victims of tortyr), ”Annual report”, hemsida

Av alla asylsökande:
3 % får flyktingstatus
3 % får något liknande (jfr Sverige: ”synnerligen särskilda skäl”)
Antalet asylsökande är färre nu än tidigare.

Många papperslösa lever i Spanien

Många kommer från Afrika, Sydamerika med visum. Stannar sedan och gömmer sig.
Tendensen i Spanien nu är att man är mer restriktiv mot anhöriginvandring.
Den grupp som lever under mycket svåra förhållanden är afrikaner. De söker ej hjälp. De gömmer sig.
Största gruppen för något år sen var från Ecuador – arbetar i Spanien 6-7 mån, sen tillbaka till sina familjer/land. Den gruppen syns ej i Barcelona. Människor från Bolivia, Peru, Colombia – får ej asyl.

Centrets relation till hälsosystemet

En psykolog arbetar både på Centret och på en enhet inom sjukvården. Mycket litet samarbete, kommunikation/kunskapsutbyte med Universitetssjukhuset där det finns en enhet Transkulturell psykologi, som bl a gör lite forskning. Centret får ingen utbildning från dem. Vi ”speaking different language”.
Alla även papperslösa har fri tillgång till hälsosystemet.

En grupp av människor som beskrivs leva under svåra förhållanden i Barcelona är ”papperslösa” afrikaner som inte ens försökt söka uppehållstillstånd. En annan utsatt grupp är latinamerikaner som kommer med turistvisum och som sedan stannar kvar.

På Exil arbetar man utifrån en humanistisk bas. Som teoretisk bas har de bland annat Bolwbys anknytningsteori och resilience. De lägger stor vikt vid det sociala skyddsnätet och vid solidaritet som en läkande faktor. De försöker så långt som möjligt att möta patienter med en positiv anda och att inte patologisera. De försöker att se resurser istället för svårigheter och använder begreppet ekosystem för att visa på betydelsen av hela det sociala utrymmet runt patienten.

Kontaktytorna med den offentliga vården är begränsade. De är få som deltar i de utbildningar som Exil organiserar och de uppfattar att kunskapsnivån i sjukvården om att möta traumatiserade patienter är begränsad. Det är som att de ”talar olika språk”. Tandhälsan sköts helt privat via privata försäkringar. Däremot är sjukvård för asylsökande och gömda helt fri. Många patienter som kommer till Exil har en mycket utsatt situation, t ex ingenstans att bo. På Exil arbetar man både individuellt och med grupper. De har inte tillgång till utbildade tolkar vilket är ett problem för dem.

Kvinnoorganisationen SURT

SURT, Women Association for Labour Insertion startade 1993 som en ”non profit” och NGO-organisation. Syftet var att hjälpa kvinnor in på arbetsmarknaden, speciellt dem som pga sociala, kulturella eller personliga skäl hade svårt att få arbete. SURT arbetar både med ett genus och ett integrationsperspektiv och har som mission; en likvärdig tillgång till arbete och ekonomisk självständighet. SURT finns även på Balearerna, Mallorca, Menorca o s v.

Vi blev mottagna av Sira Vilardell, idag ansvarig för interkulturell medling som tillsammans med en medarbetare Adriana berättade om centrets verksamhet.

SURT tar emot kvinnor som är över 45 år,
– kvinnor som har ansvar för familjen
– ensamma mödrar
– immigranter
– kvinnor som utsatts för mäns våld
– sårbara kvinnor, utsatta för t.ex. människohandel
– de som tillhör en stigmatiserad etnisk minoritet, där t ex romer är en stor grupp.
Det gemensamma är att man inte har arbetstillstånd eller tillgång till samhällets service.

Man gör initialt en analys av bl a arbetsmarknaden, ”constructive approach” och ”competence approach” och tar hänsyn till kvinnornas erfarenheter, utbildning, personliga förmågor och kompetens innan man söker arbete. En plan upprättas för kvinnan och hon får ett CV.

Sedan 2003 har man skapat olika inriktningar:

1. Interkulturell medling, stödfunktion i många olika sammanhang och miljöer
2. Forskning – EU-projekt, viktigt med kunskaper från övriga samhället
3. Konsultation & utbildning främst i jämställdhets- och genusfrågor men även i interkulturell medling

4. Arbetsmarknad – resurser för kvinnor som behöver socialt och juridiskt stöd t ex egenföretagare och sexarbetare.

Omkring 2000 kvinnor kommer årligen och ber om utbildning av något slag, 50 % av dessa har utländsk härkomst. Man utbildar kvinnorna inom bl. a. textil men hänvisar även till andra grundläggande utbildningar som t ex att lära sig läsa och skriva. Det är en process för att kvinnorna ska bli mer delaktiga i samhället och utvecklas personligt mot en ökad självständighet och ökat självbestämmande.

Mycket av detta arbete bygger på goda kontakter och ett gott samarbete med redan befintliga arbetsgivare men även med potentiella arbetsgivare.

Ungefär hälften av kvinnorna blir kvar i systemet och hur många av dessa får då arbete? De är två grupper:
– de sårbara, får ej arbete
– de som vill och kan jobba och som har goda förkunskaper av något slag, 60 % får arbete
Av de kvinnor som inte har arbetstillstånd hjälps ca 30 % till ett arbete, och kvinnor som har ett arbete men inget arbetstillstånd får hjälp och stöd att få ett arbetstillstånd även de.

Kriterier för arbetstillstånd

Arbetstillstånd söks i ”flera steg”; 1:a arbetstillståndet har ett års giltighet och förutsätter 8 tim arbete/dag (40 tim/vecka) därefter ansöks på nytt om ett 2:a arbetstillstånd. Det är tillståndssökandes ansvar att visa att man har uppfyllt kraven under den första perioden. Det andra arbetstillståndet har en giltighetstid på 2 år med samma krav som det första om arbetstid m.m. SURT medlar mellan kvinnan och företagaren. Många börjar sitt arbetsliv med ett städarbete, lär sig sedan språket för att kunna avancera.

Uppehålls- och arbetstillstånd är en viktig väg att gå för att senare kunna ansöka om medborgarskap. Att vara registrerad på en adress (residencia) är förutsättningen för att få ut ett hälsokort som i sin tur ger rätten till vård på samma villkor som medborgarna.

SPRÅK: Det är både känsligt och en politisk fråga om det är spanska eller katalanska som gäller. Många av kvinnorna får lov att lära sig båda.

Finansiering

SURT får statliga medel från hälsodepartementet men också från privata donatorer. Den största givaren är en privat bank, La Caixa som har en avdelning som ger till sociala ändamål.

Ulysses syndrom, Dr Joseba Achotegui och SAPPIR

Ulysses, den latinska motsvarigheten till Odysseus, var kung på den grekiska ön Ithaca. Ulysses genomled en tillvaro av problem och faror på platser långt från sina nära och kära.

Dr Achotegui har myntat begreppet Ulysses syndrom som namnet på en serie symtom utlösta av alla de stressfaktorer som immigranter genomlever i ett annat land långt från familj, släkt och vänner. Genom att använda begreppet Ulysses syndrom undviker man att göra en psykiatrisk diagnos av något som grundar sig på extrem stress. En stress som är så kraftig att människan inte kan förhålla sig till den. Denna för många människor svåra situation, präglar samhällen i många länder inom ramen för den globala migrationen.

De viktigaste stressorerna är

- Ensamhet och påtvingad separation
- Känsla av förtvivlan och misslyckande

- Svårigheter att hitta försörjning och bostad
- Lidande efter fysiskt riskfyllda sätt att migrera

Kombinationen av ensamhet, misslyckande i att uppnå sina mål, erfarenhet av extrema svårigheter och terror ger grunden till det psykologiska och psykosociala migrations-syndromet med kronisk och multipel stress som benämns ”Ulysses syndrom”.[1]

Achotegui och SAPPIR

Dr Joseba Achotegui träffar vi helt kort på Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona.
Dr Achotegui är psykiatriker (knuten till universitet i Barcelona) och chef för SAPPIR.
Sappir (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) är en mottagning för immigranter och flyktingar. Mottagningens verksamhet drivs av GASIR (hälsogruppen för migranter och flyktingar)

Man arbetar även med att utveckla program för psykoanalys och psykiatrisk vård, stimulerar till samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvård och socialvård, är ett öppet interdisciplinärt forum för reflektion och debatt, uppmuntrar kontakt mellan immigranter, sociala nätverk och kommuner, lyfter fram social medvetenhet som viktigt för att kunna bidra till att lösa problem aktuella för målgruppen.

Mottagningen är belägen på ett litet psykiatriskt sjukhus i ett hamnområde i centrala Barcelona. Det omgivande bostadsområdet är befolkat av migranter där många har sitt ursprung i Marocko. Mottagningens verksamhet finansieras med hjälp av medel från NGO:s. Verksamheten saknar ekonomisk stabilitet.

Man arbetar med vad Dr Achotegui kallar psycoeducativ behandling bland annat genom utbildning inom invandrarorganisationer (marockanerna är välorganiserade), i mindre grupper och mycket med familjer. Detta arbete drivs bland annat av psykologer.

Till sjukhuset och mottagningen kommer migranter med olika bakgrund vissa hänvisade till sjukhuset av invandrarorganisationer. Man har många papperslösa patienter som man speciellt har inriktat sig på att arbeta med.

Marocko är det dominerande ursprungslandet bland patienterna. Man har även patienter från Latinamerika medan patienter med ursprung i Asien eller Afrika har blivit allt färre.

Dr Francisco Collazos och Psykolog Adil Qureshi, Servicio De Psiquiatria Transcultural, Vall D´Hebron Universitetssjukhus, Barcelona

Dr Francisco Collazos (FC), psykiater och forskare på enheten för transkulturell psykiatri, presenterade sig som koordinator för utbildning av ”kulturmedlare” (eng: mediators) för kvinnoorganisationen SURT, Women´s Association for Labor Insertion”, (på svenska ungefär ”Kvinnoorganisation för inträde i arbetslivet”). Utbildningen har pågått sedan 2003 och finansieras av en bank(!).

Även andra delar av hälsosystemet, bl a denna enhet, finansieras delvis av privata institutioner.

Psykolog Adil Qureshi (AQ), kliniskt verksam och forskare på enheten, presenterade sig som huvudsakligen psykoterapeut men också som utbildare/handledare inom ovannämnda projekt. Handledning för ”kulturmedlarna” ges enligt modell för terapihandledning.

En kvinnlig psykolog som undervisar inom ovannämnda projekt, deltog också. Hon är doktorand med bl a AQ som handledare.

[1] Achotegui, Joseba prof. University of Barcelona *Immigrants Living in extreme situation: Immigrant syndrome with chronic and multiple stress (The Ulysses syndrome)* Journal “Norte” Spanish Association of Neuropsychiatry 2004 Vol VII Nr 21 sida 39-53

FC inledde med en historisk tillbakablick beträffande migrationen till Spanien, som han beskrev som ett relativt nytt fenomen (delvis pga den 40-åriga diktaturen). Migrationen från Nordafrika började under mitten av 70-talet, en annan stor grupp kom från Sydamerika under mitten av 80-talet. Tidigare var Spanien oftast tillfällig första anhalt för vidare resa till andra europeiska länder men senare började immigranterna stanna i landet pga de bättre ekonomiska möjligheterna. Invandringen tog fart fr a de sista 10 åren då den 3-dubblades på 7 år. De ekonomiska möjligheterna har nu drastiskt försämrats i samband med den globala ekonomiska krisen och detta har lett till en något minskad invandring. Av Spaniens ca 45 milj invånare har ca 6 milj personer utländsk bakgrund (15 %).

För Spanien kom invandringen som en överraskning, hälsosystemet var inte förberett. Stor del av befolkningen (både ursprungliga och invandrade) uttrycker nu på olika sätt att man upplever den interkulturella situationen som problematisk. Transkulturella enhetens mål är att förbättra vården så att den blir mera anpassad till den nya situationen. Ett av medlen är att utveckla ”kulturkompetens” bestående av kunskap, färdigheter och attityder. Man anser att det viktigaste att arbeta med är attityderna eftersom dessa utgör basis för hur den terapeutiska processen kan utvecklas. Det största hindret för att nå en mera effektiv vård anser man vara en kombination av stress och rasism, tillsammans med bristande utbildning/träning. Därför är det viktigt att erbjuda stresshantering och möjlighet för människor att uttrycka sin frustration och ilska.

AQ ansåg att en bra utgångspunkt är att vi frågar oss själva vad vi gör annorlunda i mötet med patienter av annan härkomst jämfört med någon som liknar oss beträffande ursprung. FC berättade om ett patientfall från akutmottagningen där en imam, som tillkallats av transkulturella teamet, kunde bryta det dödläge och den stora oro som hade uppstått både hos patienten och hos vårdgivarna. AQ berättade att personalen inte är tillräckligt multikulturell, detta fr a pga att få personer med högre sjukvårdsutbildning invandrat till Spanien. Nu är dock en förändring på gång, bl a pga andra generationens högre utbildningsgrad.

Utbildningen för ”kulturmedlarna” består av 240 timmar föreläsningar/övningar fördelade på 10 mån. AQ berättade att man ”ärvde” begreppet ”medlare” vilket felaktigt antyder att det rör sig om en sorts konfliktminskning/lösning (conflict reduction), själv skulle man ha föredragit ”culture broker” (mäklare). Kulturmedlarens uppdrag, enligt enhetens målsättning, är att ge en fullvärdig tolkning – både bokstavligt och kulturellt – och inte bara en direkt översättning.

Kursen startar med att fokusera på vårdgivarnas upplevelse av stress i mötet med patienter med invandrarbakgrund. Man uppmuntrar så småningom en öppen diskussion också kring synpunkter som är ”tabu” men bemöter dessa först efter att ett bra förhållande etablerats mellan kursdeltagarna och lärarna så att båda parter känner sig trygga.

Sedan övergår man till att undervisa om hur kultur och migration kan påverka hälsa/sjukdom och olika om uttryck för lidande (idioms för distress).

Sista delen av utbildningen riktar in sig på deltagarnas professionella identitet och de ”verktyg” som behövs för att vårdmötena ska bli konstruktiva. De förbereds bl a på att de kan ställas inför orimliga krav och tränar gränssättning m.m. Många av deltagarna har en sjukvårdsutbildning från hemlandet men även här gäller det att inte glömma bort variabilitet. När man frågar ”hur gör ni hemma?” kan man således ofta få många olika svar från samma land. Många etiska frågor dryftas t ex hur man ska bete sig när man ser att en vårdgivare gör något dåligt. Trots deras utbildning, ibland även gedigna erfarenhet, uttrycker de flesta kursdeltagarna stor osäkerhet och tvivlar på sig själva, bl a beträffande vad man får/kan göra, vilket anses bero på att de flesta befinner sig på en låg hierarkisk nivå (även om de har en hög utbildning och kompetens). Man försöker uppmuntra och stödja deltagarna bl a genom att uppmärksamma och påminna dem om deras egna kunskaper/erfarenheter.

Avgörande för projektet har varit det stöd man, i sin tur, fått av den katalanska regionala regeringen och klinikchefen.

AQ och kvinnliga psykologen berättade om den kvalitativa forskningen som bedrivits kring psykoterapi för invandrare. Man upptäckte skillnader i enkätsvaren mellan patienter/klienter och terapeuter men också mellan psykologer och psykiatriker. T ex uppgav patienterna oftast materiell resursbrist (pengar, möjlighet för sjukvård, bostad m.m.) som viktigaste stressfaktor förutom ”acculturative stress” i form av diskriminering och hemlängtan. De professionella och vården i allmänhet hade inte förstått betydelsen av dessa stress/riskfaktorer. Sambandet mellan mental hälsa och dessa (och andra riskfaktorer) diskuterades. AQ efterlyste bättre frågeformulär för att mäta återhämtning och coping strategier i olika kulturella sammanhang. Vi diskuterade svårigheten att hitta lämpliga mått för bedömning av stress och AQ berättade att man slutligen hade bestämt sig att översätta delar av SAM (Stress Appraisal Measure, Roesch & Rowley, 2005). Problemet med mätinstrumentens kulturella validitet togs upp i flera sammanhang.

Transkulturella enheten organiserar varje år ett symposium där man fokuserar på olika geografiska områden, detta år blir det Centralamerika och Karibien.

Sammanfattningsvis kan sägas att vi från TC fick en mycket intressant presentation av enhetens verksamhet både vad gäller teori och praktik. Det hela pågick i informell dialogform och det gavs stort utrymme för utbyte av erfarenheter och information

María Mercé Fernández, ansvarig inom Katalanska regeringen för, L´Institut Català de les dones (ICD)

Möte med María Mercé Fernández, ansvarig inom Katalanska regeringen för, L´Institut Català de les dones (ICD). Kvinnoinstitutet ansvarar och lägger grunden för samt uppmuntrar, samordnar och utvärderar kvinnopolitiken inom katalanska regeringen.

M M Fernández berättade utifrån arbetet med den 5:e aktionsplanen för utvecklingen av kvinnopolitiken i Katalonien (2005-2007).

Den 5:e aktionsplanen struktureras i 6 olika rubriker, som samlar 95 målsättningar och 519 åtgärder samt 961 handlingar. Denna är ett verktyg för tillämpningen av kvinnopolitiken som för första gång har egen budget och kommer att utvärderas kontinuerligt så att dess innehåll kan anpassas och aktualiseras till nya strukturella situationer som kan dyka upp.

Den 5:e planen införlivar kvinnoerfarenheter i alla områden som har att göra med samhällsutveckligen, erkänner kvinnornas sociala och politiska deltagande, skillnaderna mellan kvinnliga och manliga erfarenheter vad beträffar tidstillämpningen, service, sätt att leva.

De 6 rubrikerna är:

1. Uppnå en verklig ”mainstreaming” i utveckligen av regeringens politik, och Generalitat som exemplarisk institution.
2. Uppbyggandet av en kultur för ett nytt socialt kontrakt.
3. Öka närvaron och deltagandet av kvinnor i hela samhället med hänsyn till mångfalden.
4. Omorganisering av arbetstiderna och arbetena för att förändra vardagen.
5. Erbjuda en integrerad service för kvinnornas behov.
6. Program för att bekämpa kvinnovåldet på ett integrerat sätt.

Det finns en intressant diskussion kring likställdhet och skillnad.

”Skillnaden mellan könen – som är verklig och kan inte reduceras till en historisk konstruktion, utan är en betydelsefull skillnad - har historiskt haft en hierarkisk mening där det manliga varit dominerande även om den presenteras som neutral....”

”Problemet är att man har gått från likställdhet som jämställdhet, som icke-diskriminerande, där man har som norm mannen...”

Regeringen i Katalonien – Generalitat – har sedan flera år drivit ett arbete med fokus på kvinnovåldet, i detta avseende är det viktigt att påpeka, den integrerande planen för förebyggandet av ”genusvåldet” (kvinnovåldet) och stöd till de kvinnorna som drabbas av detta.

Det finns numera en lag för att döma kvinnovåldet, ”Ley contra la violencia machista”. (Om man vill läsa vidare om den 5:e planen så finns den tillgänglig på engelska (CD) i vårt bibliotek, i pärmen markerat Studieresa Barcelona flik nr 5.)

Ministry of Health, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Tona Lizana (Director of the Master Plan for Immigration and Health)

Text från Tona Lizanas overheadpresentation, ej komplett (den kompletta presentationen arkiverad i pärm från studiebesöken).

Contents

1. The phenomenon of immigration in Catalonia
2. Strategic goals and actions 2005-2007
3. Action plan 2008-2010

The phenomenon of immigration in Catalonia

Foreign population on 1st January 2008

Spain 4.519.554 (45.200.737) 9,1 %
Catalonia 1.138.427 (7.390.083) 15,4 %

Main immigrant groups in Catalonia (January 2008)

Rumania 63.242
Equador 84.253
Marroc 198.942

Barcelona 2008 17,3 % (280.817) foreign population

MPIH Strategic goals

1. Getting to know health situation and service utilization by immigration groups.
   - Analyzing those health records that register “nationality”
   - Doing different research studies
2. Improving access to health care services by adapting them to the new needs and demands.
3. Defining the Master Plan’s model of territorial organization and management.

OUTCOMES OF THE STUDY ON HEALTH NEEDS AND HEALTH SERVICE UTILIZATION BY IMMIGRANT POPULATION IN CATALONIA (AATRM, MAY 2004)

- Young population.
- Influence of life conditions on health.
- Most frequent reasons for consultation and admission were obstetrics and gynaecology and general medicine (digestive pathology).

- More likely to be infected – or have been exposed to an infection – before their arrival in Spain.
- Worse dental health in children.
- Difficulties of access: ignorance of the system and fear because of their irregular situation.
- Lower participation in prevention programmes.
- Lower fulfilment of therapeutic regimes.

EMERGENCY SERVICE ATTENDANCE STUDY (Hospital del Mar, 2006)

- Utilization of emergency services is 15 % lower than national population.
- Utilization of obstetric emergency services is 100% equal to national population.
- Lower cost of assistance for immigrants in emergency services (lower attendance, and low-complexity procedures).

PERCEPTIONS BY HEALTH PROFESSIONALS IN RELATION TO IMMIGRANT POPULATION (CHC Study, 2006)

- Linguistic and cultural communications problems.
- Work overload and more dedication required.
- Feelings of worry and frustration.
- Aggressive or demanding attitudes by immigrants.
- Inadequate utilization of emergency services.
- Unjustified demands (because of social problems).
- Lack of compliance with visits scheduled.
- Lack of cultural competence.

SUPPORT NEEDS OF HEALTH PROFESSIONALS IN RELATION WITH IMMIGRANT POPULATION (CHC Study, 2007)

- Translators (must be present in areas with high concentration of immigrants).
- Improve the ease of telephone access to translation services.
- Cultural mediators/translators.
- Translated materials.
- Accessible training in cultural and pragmatic competence.

HEALTH POLICY ANALYSIS FOR IMMIGRANT POPULATION CARE AT A NATIONAL (MADRID, ANDALUSIA, THE BASC COUNTRY AND VALENCIA) AND INTERNATIONAL (UNITED KINGDOM, ITALY, AND CANADA) LEVELS

- Different migration experiences of each country: the focus of the field of action varies across countries.
- Strategies addressed to enable access, analysis of needs, approach to specific health problems, and training for health professionals.
- In Spain, only Catalonia has developed a specific plan for immigrant population's health care.

What has been done?

- Reception Plan
- Intercultural Mediation Plan
- Training Plan

Reception Plan

- Identification of reception needs.
- Audio-visual and written materials for reception.
- "Health & Immigration" web page: www.gencat.cat/salut/immigracio.htm
  www.gencat.cat/salut/immigrants.htm

- Usability Plan.
- Interdepartmental work: collaboration in the process of preparation of the Law of Reception.

Intercultural Mediation Plan (se OH-material)

Training Plan

- Training available in collaboration with IES
- Cultural competence
- Health inequalities. Immigrants face to reception country's pathologies.
- Migrations and mental health
- International health
- Paediatrics
- Sexual and reproductive health
- Food and dietary adaptation

Training conducted: 113 courses and 2,532 professionals (mer info: se OH)

ELABORATION OF PROTOCOLS, GUIDES AND SUPPORT MATERIALS

- **Protocols on maternity and infant health**
  - Protocol of follow up of pregnancy in Catalonia., Protocol of assistance to childbirth, puerperium and newborn child health care. – Annexes of attention to diversity
  - Attention to immigrant children – The Healthy Child Follow-up Programme
  - Actions for female genital mutilation prevention
- **Protocols and guides on infectious diseases**
  - Tuberculosis: audio-visual material in 9 languages, culturally adapted.
  - Protocol on action for TB control and prevention in immigrants and imported cases.
  - Protocol of prevention of parasitic diseases.
- **Guides on mental health in immigrants,** in coordination with the Master Plan on Mental Health
- **Guide to improve dietary counselling in immigrant population**
- **Translation of health education materials in dental health and maternity and infant health.**

TERRITORIAL PLANNING MODEL
Considerations

- Complex socio-economic and diversity of origins of immigrants.
- Problems for central services to detect needs and put together resources and programmes with efficacy and efficiency.
- Need to adapt to the new territorial decentralization (THG) and to reinforce and consolidate the participative work in the network already existing in some places.

TERRITORIAL PLANNING DEFINITION MODEL

Community-based territorial planning model - > establishment of round tables on immigration and health -> - Central – Regional – THG (according to health region's specific needs)

MINISTRY OF HEALTH'S ADDITIONAL STRATEGIES TO ADAPT SERVICES TO IMMIGRATION

- Quantitative and qualitative adaptation of healthcare personnel resources to migration.
- Encourage and develop health community activities from a bio psychosocial perspective:

- health promotion
- disease prevention

ACTION PLAN 2008-2010

Progressive closing of strategic stage
Boost to operational stage

ACTION PLAN 2008-2010: OBJECTIVES

- To complete the creation of the immigration and health committees at the regional and territorial level
- To implement the project "Intercultural Mediation 2008-2009": training 53 cultural mediators already working for the system and certificate their training as well as to train and contract 50 new cultural mediators over 2 years
- To collaborate in the definition and development of the Health Community Care Model
- To evaluate the impact of action plans

INTERCULTURAL MEDIATION PROJECTS 2008-2009: GOALS

- To train and certificate (IES) 53 senior mediators
- To train and certificate (IES) junior mediators: 25 on 2008 and 25 on 2009
- To create a coordination team to support the implementation project
- To develop a dissemination plan
- To evaluate the project.

PROJECT RESULTS 2008 (mer info på OH)

Origen:
25 juniors (2008) 15 from Morocco, 4 China, 3 Romania, 1 Pakistan, 1 Lithuania, and 1 sub Sahara.
43 seniors (2008) 24 from Morocco, 6 sub Sahara, 3 China, 3 Romania, 2 India, 2 Pakistan, 1 Argelia and 2 Tunisians
Gender:
Among the 68 mediators that graduate, 78% were women and 22% were men
Health Centres were they practice:
15 hospitals and 53 PHC

FUTURE GOALS

Keep working to achieve a humanised health system without inequalities between population groups or territories, open to all communities, that facilitates coexistence, tolerance and respect.

Bilaga - preliminärt program, studieresa till Barcelona 20-25/4 2009

Måndag 20/4

Samling på Arlanda **kl 13.30** i terminal 5 innan säkerhetskontrollen
Avgång från Arlanda **kl 15.00**
Ankomst Barcelona **18.30,** vi bor på **Hotel Taber**, Arago 256 i kvarteret Eixample, tel +34 93 4873887

Tisdag 21/4

Fm kl 11.00-13.00
Besök på **Centrum Exil**, Programa de reparación médico-psico-social para las víctimas de la violencia de Derechos Humanos.
Dr Jorge Barudy, chef för centret och **Pati Jirón**, psykolog/kliniskt ansvarig tar emot.
Medicinskt och psykosocialt återhämtningsprogram för utsatta för organiserat våld mot mänskliga rättigheter. De erbjuder medicinsk och psykosocial vård till immigranter som är offer för brott mot mänskliga rättigheter och tortyr. Programmet är riktat till offer för förföljelse, fångenskap och tortyr för de som har uppehållstillstånd i Spanien och bor i Katalonien.
Språk: Spanska och engelska.
Adress: Av Argentina 6, 4 tr, tel 93 238 57 60

Gemensam lunch

Em xxxxxxxxxxx

Onsdag 22/4

Fm xxxxxxxxx

Em kl 13.00-14.30 (max 15.00)
Möte med representanter från kvinnoorganisationen **SURT,** som arbetar både med genus- och integrationsperspektiv. **Sira Vilardell**, ansvarig för Medling och invandring tar emot.
Kvinnoorganisationen **SURT,** som arbetar både med genus och integrationsperspektiv
SURT, Women's Association for Labor Insertion, began in 1993 as a non-profit association with the objective of making the processes of incorporation into the job market easier for women, especially those who, for reasons of social, cultural and also personal context, they find themselves in situations of great vulnerability.
- **Constructivista focus** according to which learning is considered in terms of acquisition of abilities and not as a passive retention of disciplinary content.
- **Gender Perspective**, which means valuing the women's specific experiences and learning; questioning the socially imposed gender roles and valuing women's activity in the domestic sphere as socially necessary work, and in consequence, valuing their learning as significant and transferable to a work context.
- **Focus on Abilities**. Labor insertion directed at those collectives who find themselves in situations of exclusion from the job market must put a special emphasis on the development of the abilities and personal resources necessary to give solidity to its social and labor insertion process, strengthening the ability of self-training and crossover of the abilities acquired and developed in different domains to the work context.

Språk: spanska och engelska.
Adress: Guardia, 14 baixos, tel 93 342 83 80

Kväll kl 19.15
Besök på **SAPPIR**, Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona.
Dr Joseba Achotegui, psykiater och chef på mott tar emot.
Servicio de Atención Psicopatológica y psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital de Sant Pere Claver de Barcelona.
Founded in 1994, **SAPPIR** is a specialised service focused on carrying out research and providing care to extra-community immigrants and refugees. The centre is a specialised service run by **GASIR** (Grup d'Assistència Sanitària als Immigrants i refugiats - Healthcare Group for Immigrants

and Refugees), and specifically treats health problems experienced by this collective. The centre is run by **Dr. Carles Ballús** and **Dr. Jordi Font**.

1. Develop specific programmes in the fields of psychoanalysis and mental health (**SAPPIR**).
2. Promote collaboration between health and social science professionals.
3. Offer an open and interdisciplinary forum for reflection and debate.
4. Encourage contact between immigrants and social networks and with the local community.
5. Raise social awareness of the importance of helping to solve this problem.

GASIR was founded in 1990 by a multidisciplinary team of doctors, psychiatrists, psychologists and anthropologists in order to:

Immigrants cannot sometimes figure out why they feel depressed. Psychiatrist Joseba Achotegui of the Universitat de Barcelona describes the illness in the following manner, according to an article in the Naples Sun Times: *It comprises loneliness, as family and friends were left behind; a sense of personal failure, and a survival struggle that takes over all other priorities. The syndrome is characterized by physical symptoms like headaches, and psychological symptoms like depression.*
Språk: troligen på engelska
Adress: Calle Vila i Vilá 16, metro Paralelo

Torsdag 23/4

Kl 11.00-13.00
Besök till Servicio de Psiquiatría Transcultural, Programa de psiquiatría transcultural, Hospital Universitario Vall d´ Hebron, Escuela de enfermeria, våning 5
Dr Francisco Collazos och psykologen **Adil Qureshi** tar emot.
Presentation av resp verksamhet samt diskussion kring samarbetsmöjligheter.
Språk: engelska
Adress: Servei de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Pg. Vall d'Hebron 119-129, tel 93-489-4294, mobil (Adil) 651 910 585

Firandet av Sankt Jordi, (Sankt Görans dag), firas i hela Katalonien, *Bokens och rosens dag*, vi har många möjligheter att välja mellan olika kulturella aktiviteter där hela samhället är delaktigt.

Gemensam middag

Fredag 24/4

Fm kl 10.00-10.45
Möte med **María Mercé Fernández**, ansvarar inom Barcelonas regering för, **L'Institut Català de les dones (ICD),** programarbete med genus och kvinnopolitisk inriktning i Katalonien.
Katalanska kvinnoinstitutet ansvarar och lägger grunden för samt uppmuntrar, samordnar och utvärderar kvinnopolitiken inom katalanska regeringen.
Språk: spanska.
Adress: Pl. Pere Coromines, 1

Ca kl 11.30-12.00
Möte med **Tona Lizana**, chef för **Invandringsprogram, Hälsoavdelningen inom katalanska regeringen** och representanter från **IES**, Institut för studier inom hälsan. Utbildning om interkulturell medling.
Hälsodepartementet har prioriterat uppkomsten av en plan för att förenkla immigranters tillgång till hälsosystemet.
Ett hälsosystem som är mer mänskligt, öppet och tillgängligt för att alla människor som bor i Katalonien, som även underlättar för tolerans, respekt och gemenskap.
Bjuder på catering efter mötet.
Språk: engelska
Adress: Calle Roc Boronat 81-95**,** tel +34 93 556 6342

Em kl 15.00
Möjlighet att närvara på utbildningstillfället ”Interkulturell medling” assisterad av **Adil Qureshi**, (liknande kulturtolkutbildning) som ingår i utbildningsprogrammet inom transkulturell psykiatri, ledd av **dr Collazos**.
Adress: ?

Gemensam middag kl 20.30 med Dr Adil Qureshi & Dr Francisco Collazos

Lördag 25/4

Hemresa kl 10.35 från Barcelona med ankomst Arlanda kl 14.10

Deltagare:
Carina Bäckström
Cecilia Gustavsson
Anne Johansson Olsson
Inga-Lill Schönning
Carin Klefbom
Sofie Bäärnhielm
Victoria Corbo
Batja Håkansson
Vicki Maamari
Päivi Toivola