

Region Skåne

Kunskapscentrum migration och hälsa

Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling



Vårdbehov hos asylsökande och nyanlända - Kunskapsunderlag

Region Skåne

Kunskapscentrum migration och hälsa

Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling



Förord

Denna rapport har tagits fram av Kunskapscentrum migration och hälsa i samverkan med Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling. Tanken är att rapporten ska bidra med en kunskapsöversikt gällande behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård för nyanlända och asylsökande i Skåne. Med anledning av flyktingsituationen som uppstod år 2015 finns ett behov av att särskilt belysa denna målgrupps behov inom hälso- och sjukvård. Detta för att ge Region Skåne organisatoriska förutsättningar att leva upp till målsättningen om en jämlik vård med respekt för alla människors lika värde.

Malmö 170224

Jenny Malmsten

Enhetschef Kunskapscentrum migration och hälsa

Innehåll

Vårdbehov hos asylsökande och nyanlända - Kunskapsunderlag	
Förord	
Sammanfattning	1
Inledning	2
Bakgrund	3
CENTRALA BEGREPP.....	3
STATISTIK OCH PROGNOSE FÖR BEHOVSGRUPPEN.....	4
Fysisk och psykisk hälsa bland asylsökande och nyanlända	7
DEN OJÄMLIKA HÄLSAN	7
PSYKISK OHÄLSA	8
LEVNADSVANOR.....	10
TANDHÄLSA	11
KVINNOHÄLSA OCH SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA	11
LÄKEMEDELSANVÄNDNING OCH VACCINATION.....	12
UTNYTTJANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	13
Migrationsperspektiv i vården	14
HÄLSOUNDERSÖKNINGAR.....	14
TOLKNING.....	15
SAMHÄLLS- OCH HÄLSOKOMMUNIKATÖRER	15
KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA.....	16
Utvecklingsområden i ett migrationsperspektiv	17

Sammanfattning

Syftet med föreliggande rapport är att ge en kunskapsöversikt gällande behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård för nyanlända och asylsökande i Skåne. Rapporten är indelad i tre avsnitt. I det första finns en bakgrundsbeskrivning av begrepp som är viktiga då hälso- och sjukvård diskuteras i ett migrationsperspektiv. Ett centralt begrepp är *jämlik vård* som handlar om att Region Skåne ska säkerställa att vård ges på lika villkor och med respekt för alla människors lika värde. Ett annat centralt begrepp är *hälsolitteracitet* som handlar om individens förmåga att förstå, tolka och använda hälsoinformation. Det sistnämnda är särskilt viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att beakta då de möter migrantgrupper. I bakgrundsbeskrivningen återfinns också en kortfattad genomgång av Migrationsverkets statistik gällande antalet asylsökande och nyanlända samt prognoser för de närmsta åren.

I nästkommande avsnitt är fokus på fysisk och psykisk hälsa. Enligt Socialstyrelsen beräknas mellan 20-30 % av asylsökande och nyanlända lida av psykisk ohälsa. Andra studier visar på betydligt högre ohälsotal, ofta beroende på vilka omständigheter som föranleder flykten. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ett ångesttillstånd till följd av chockartade upplevelser, är inte ovanligt bland asylsökande som flytt från krig och tortyr. Även den somatiska hälsan kan påverkas av såväl flykten som av situationen i mottagarlandet. I föreliggande rapport läggs särskilt fokus på levnadsvanor, då flera studier visar att vissa migrantgrupper är mer drabbade än svenskfödda av diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar. Tandhälsa är ett annat område där studier visar att nyanlända har dålig tandhälsa.

I det tredje avsnittet diskuteras migrationsperspektiv i vården genom exempel på insatser som görs inom Region Skåne. I Sverige erbjuds alla asylsökande och anhöriginvandrare hälsoundersökningar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, detta för att uppmärksamma ohälsa och behov av vård hos migranter. Region Skåne delfinansierar samhälls- och hälsokommunikatörerna som organisatoriskt tillhör Länsstyrelsen. Det finns goda erfarenheter av att erbjuda samhälls- och hälsoinformation på nyanländas respektive modersmål. I avsnittet diskuteras även tolkning som är en viktig fråga gällande hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv. År 2016 startade Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne med uppdrag att långsiktigt stärka ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvården.

Avslutningsvis diskuteras utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården med ett migrationsperspektiv på en generell nivå. Enskilda verksamhetsområden inom Region Skåne behöver arbeta inom befintliga system för att möta behovet av hälso- och sjukvård från asylsökande och nyanlända. Andra utvecklingsområden är ökad beredskap för att möta psykisk ohälsa hos målgruppen, öka den generella kunskapen om vad hälsolitteracitet innebär samt kunskapen om migrationsrelaterad ohälsa och öka kompetensen kring tolkanvändning. Ytterligare förslag handlar om att ta fram indikatorer för att kunna följa upp hälsoläget hos asylsökande och nyanlända och att ha ett samlat strategiskt grepp kring information om hälso- och sjukvård på olika språk. Kunskapscentrum migration och hälsa kan vara behjälpliga med att stötta verksamheter i att utveckla hälso- och sjukvården med fokus på migrationsaspekter.

Inledning

Syftet med denna rapport är att ge en kunskapsöversikt gällande behovet av hälso- och sjukvård samt tandvård för nyanlända och asylsökande i Skåne. 2015 kom totalt omkring 163 000 asylsökande till Sverige. Under 2016 minskade antalet asylsökande i Sverige drastiskt till följd av förändringar i lagstiftning. I februari 2017 var antalet boende i Migrationsverkets mottagningssystem i Skåne 11 390. År 2016 tog kommuner i Skåne emot 7240 personer som fått uppehållstillstånd (d.v.s. tillstånd att stanna) i Sverige. Det finns därför skäl för Region Skåne att diskutera hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv.

Materialet i föreliggande rapport är hämtat från befintlig forskning och inte specifikt framtaget för Region Skåne. Det gör att en del av det material som presenteras är av mer generell karaktär. Asylsökande och nyanlända är i fokus, men befintligt material är huvudsakligen baserat på forskning kring migrantgrupper som kommit till Sverige tidigare än 2015. De vårdbehov som beskrivs för asylsökande och nyanlända gäller också till viss del för papperslösa, de som vistas i Sverige utan tillstånd.

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning har tillsammans med Kunskapscentrum migration och hälsa tagit fram denna rapport som en del av en behovsanalys inför nästa års budget. Rapporten baserar sig delvis på den *omvärldsanalys* Kunskapscentrum migration och hälsa tagit fram för att diskutera hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv. För utförligare bakgrund och fördjupade beskrivningar se omvärldsanalysen. Föreliggande rapport är ett kunskapsunderlag som HSN för vidare inför ställningstagande i budget och uppdrag.

Inledningsvis definieras för rapporten viktiga begrepp, och behovsgruppen asylsökande och nyanlända beskrivs relativt befolkningen och de prognoser som finns att tillgå. Därefter presenteras centrala hälsorelaterade behov som asylsökande och nyanlända har enligt aktuella rapporter och publicerad forskning. Genomgången omfattar psykisk och fysisk hälsa, levnadsvanor, tandhälsa, kvinnohälsa och sexuell och reproduktiv hälsa, läkemedelsanvändning och vaccinationer, samt utnyttjande av hälso- och sjukvård. I nästkommande avsnitt diskuteras några av de insatser som Region Skåne gör för att verka för asylsökandes och nyanländas hälsa: hälsosamtal, tolkning, samhälls- och hälsokommunikatörer, samt Kunskapscentrum migration och hälsa. Avsnittet avslutas med en diskussion om utvecklingsområden i hälso- och sjukvården i ett migrationsperspektiv, formulerade som relativt generellt hållna förslag i punktform.

Bakgrund

I nedanstående avsnitt presenteras ett antal begrepp som är viktiga att ha förståelse för i diskussioner om hälso- och sjukvård för asylsökande och nyanlända. Begreppen är viktiga för att fördjupa förståelsen för aspekter som har särskild bäring för hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv. Detta gäller exempelvis begreppet jämlik vård som är av central betydelse i föreliggande text. Som en bakgrundsbeskrivning presenteras även statistik och prognoser från Migrationsverket för att ge en bild av hur situationen ser ut i Sverige och Skåne gällande asylsökande och nyanlända.

CENTRALA BEGREPP

Asylsökande och nyanlända är i fokus för denna behovsanalys. *Asylsökande* är personer som söker asyl i Sverige men ännu inte har fått ett slutgiltigt svar på asylansökan. Med *nyanlända* menas en person som fått positivt svar på asylansökan och som är mottagen i en kommun för bosättning. En nyanländ kan vara ”personer som har fyllt 20 men ännu inte 65 år och har uppehållstillstånd som flykting, kvotflykting, skyddsbehövande eller är anhörig till någon av dessa”. Personer som fyllt 18 men inte 20 år och saknar föräldrar i Sverige kallas också för nyanlända. Dessa personer omfattas av etableringsförordningen (SFS 2010:409¹) och har rätt till ekonomisk ersättning och etableringsinsatser från Arbetsförmedlingen under 24 månader².

Asylsökande och nyanlända är heterogena grupper. Inom grupperna finns stor variation av personer från olika länder med olika erfarenheter av hälso- och sjukvårdssystem, utbildningsbakgrund, socioekonomisk ställning, familjesituationer, religion och kultur. Även om det bitvis finns forskning med fokus på just asylsökande och/eller nyanlända är det vanligare att forskning har sin utgångspunkt i jämförelser mellan utlandsfödda och svenskfödda. Utlandsfödda kan ha varit asylsökande men kan också ha kommit till Sverige som anhöriga, arbetskraftsinvandrare eller av andra skäl. I föreliggande text används därför begreppet migranter emellanåt som ett samlingsbegrepp för människor som flyttat över nationsgränser. Även om den forskning som presenteras framöver inte alltid specifikt har fokus på asylsökande och nyanlända går det att dra generella slutsatser kring migration och hälsa.

Ett centralt begrepp för planering, utförande och uppföljning av vården är *jämlik vård*. Utgångspunkten för en jämlik vård är att vården anpassas efter individens förutsättningar och behov. Den som har störst behov ska ges företräde till vården. Vården ska ges på lika villkor och med respekt för alla människors lika värde. Jämlik vård innebär inte att alla behandlas lika, utan att resultatet av vården ska vara lika. Enligt Region Skånes strategi för jämlik vård³ är hälso- och sjukvårdens viktigaste bidrag till minskade skillnader i hälsa att tillhandahålla en jämlik vård och att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Ett prioriterat område för en jämlik vård enligt strategin är vård för personer från andra länder. Det behövs en utveckling mot mer kunskap och bättre anpassad vård. Det är särskilt angeläget när andelen

¹ Svensk författningssamling 2010:409: *Förordning om etableringssamtal och etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare*. Stockholm: Regeringskansliet.

² Arbetsförmedlingen: Så arbetar vi med etableringuppdraget. www.arbetsformedlingen.se

³ Region Skåne. *Strategi för jämlik vård 2016-2018*, 2015-12-02

<https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Handlingsplan%20f%C3%B6r%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd/Strategi%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd.pdf>

personer med utländsk bakgrund som söker den svenska vården ökar. Då begreppet jämlik vård används i föreliggande text är fokus på att hälso- och sjukvården ska möta människors individuella behov av vård och behandling.

Begreppet *hälsolitteracitet* handlar om förmågan förvärva, förstå och använda hälsorelaterad information⁴. Vilken nivå av hälsolitteracitet en individ har spelar roll för dennes hälsa⁵. Hälsolitteracitet kan t.ex. hänga samman med utbildningsnivå, kulturella eller sociala aspekter. Undersökningar har visat att vissa migrantgrupper har lägre genomsnittlig nivå av hälsolitteracitet, och detta kan spela en viktig roll i samband med t.ex. hälsoundersökningen som erbjuds alla asylsökande, på så sätt att asylsökande med lägre hälsolitteracitet inte kunnat ta till sig viktig hälsorelaterad information, eller upplever att man inte fått hjälp med sin hälsorelaterade behov⁶.

Begreppet *kulturella faktorer* används ofta som delförklaring till varför utrikesfödda som grupp har sämre hälsa än t ex svenskfödda. En felaktig förståelse av begreppet kan dock bidra till stereotyper som snarare försvårar än underlättar optimal vård⁷. Det finns många olika definitioner av begreppet *kultur*, och fokus ligger på olika aspekter beroende på vetenskaplig tradition eller yrkestillhörighet. Det är viktigt att förstå att kultur både är en sammanhållande kraft men samtidigt också är föränderlig och variationsrik. Inom vården måste man kunna se individen bakom kulturen och göra bedömningar som inte är färgade av ens egna förutfattade meningar. Detta kallas ibland för *kulturell sensitivitet* eller *transkulturell kompetens*. Så här skriver Hjelm⁸ i Vårdhandboken om transkulturell vård:

Inom transkulturell omvårdnad studeras individens förutsättningar för hälsa, reaktioner på och upplevelser av sjukdom eller ohälsa samt effekter av vård och behandling hos individer med olika kulturell bakgrund. Man studerar skillnader och likheter, både mellan och inom olika kulturer, men också mellan olika generationer. Avsikten är att kunna vårda människan som döljs bakom kulturen. Både individens och vårdarens kultur påverkar vårdandet. Eftersom varje människa är unik blir mötet mellan två personer alltid transkulturellt i någon mån.

STATISTIK OCH PROGNOSE FÖR BEHOVSGRUPPEN

Från och med 20 juli 2016 gäller en ny (tillfällig) lag som begränsar möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. Lagen är planerad att gälla till och med 19 juli 2019. Den största förändringen i den tillfälliga lagen är att de allra flesta uppehållstillstånd är tidsbegränsade. När tiden för det tidsbegränsade uppehållstillståndet har gått ut kan personen ansöka om tidsbegränsat uppehållstillstånd igen, då skyddsbehovet återigen prövas. Om personen inte har fyllt 25 år måste hen ha fullföljt gymnasiet eller motsvarande. Ett barn som beviljas uppehållstillstånd kan ges ett permanent uppehållstillstånd om det finns synnerligen ömmande

⁴ Mårtensson, L & Wängdahl, J, 2016: *Hälsolitteracitet*. www.halsolitteracitet.se

⁵ Kickbusch, I; Pelikan, J; Apfel, F & Tsouros, A (editors), 2013: *Health literacy – The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

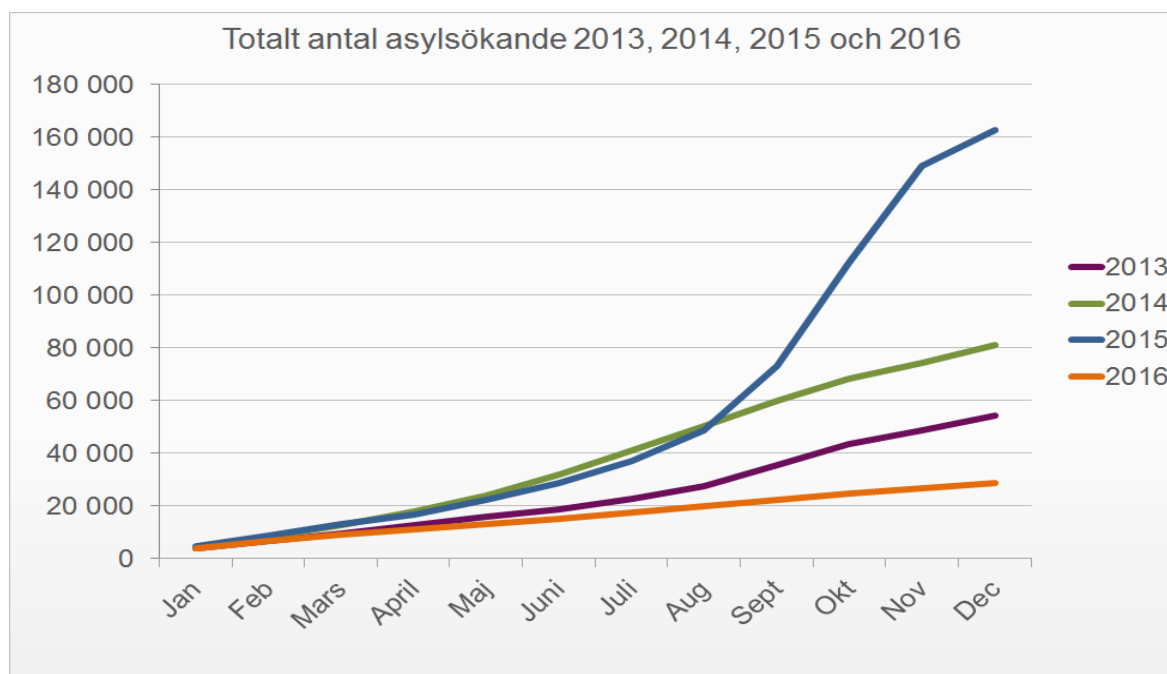
⁶ Wängdahl, J; Lytsy, P; Mårtensson, L; Westerling, R, 2015: *Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers – a Swedish cross-sectional study*. BMC Public Health 15 (1): 1162-.

⁷ Esscher, A., P. Binder-Finnema, B. Bødker, U. Högberg, A. Mulic-Lutvica and B. Essén (2014). *Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model*. BMC pregnancy and childbirth 14(1): 1.

⁸ Hjelm, K, 2016: *Bemötande i vård och omsorg, transkulturellt perspektiv*. I Vårdhandboken: <http://www.varldhandboken.se/texter/bemotande-i-varld-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/oversikt/>

omständigheter relaterat till ett varaktigt nedsatt hälsotillstånd hos barnet. Även rätten till familjeåterförening har blivit begränsad och försörjningskraven har skärpts. Endast kvotflyktingar får permanent uppehållstillstånd direkt. Sverige har ingått avtal med UNHCR att ta ut 1700-1900 kvotflyktingar per år. Regeringen har fattat beslut om att antalet kommer att öka successivt till 5000/år 2018. Det är ännu för tidigt att säga något om hur den nya lagstiftningen kommer att påverka hälsan för asylsökande, men frivilligorganisationer uppmärksammar att nya strängare regler kommer att leda till en ökad psykisk ohälsa hos asylsökande.⁹ Bl.a. uppmärksammar överläkare i barnpsykiatrin en ökad suicidrisk bland ensamkommande flyktingbarn.¹⁰

Som nämndes tidigare sökte ca 163 000 personer asyl i Sverige år 2015 varav 35 400 är ensamkommande flyktingbarn. Samma år fick ca 33 000 personer permanent uppehållstillstånd i Sverige. Under 2016 sökte ca 29 000 personer asyl i Sverige. Asylsökande kommer främst från Syrien, Afghanistan och Irak.



Källa: Migrationsverket.

Migrationsverket gör prognoser fem gånger om året. I den senaste prognosen från oktober 2016 har antalet förväntade asylsökande minskat jämfört med tidigare prognoser. Detta mot bakgrund av att det blivit allt svårare för migranter att ta sig till och genom Europa p.g.a. migrationsöverenskommelsen mellan EU och Turkiet och att Balkan infört gränskontroller. Även Sverige har infört gräns- och ID-kontroller vilket ytterligare försvårat för asylsökande

⁹ Röda Korset 2016: *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1. www.rkh.se

¹⁰ Ramel, Björn & Assel, Karima, 2017: Debattinlägg: *Efter självmorden bland ensamkommande flyktingar – stärk barnpsykiatrin*. Sydsvenskan 15 februari. <http://www.sydsvenskan.se/2017-02-15/efter-sjalvmorden-bland-ensamkommande--stark-barnpsykiatrin>

att ta sig in i landet. Dessa förutsättningar fortsätter gälla även under 2017, vilket ger att Migrationsverket i sin senaste prognos planerar för 36 700 asylsökande under året¹¹.

I februari 2017 är antalet boende i Migrationsverkets system i Skåne län 11 390 personer¹². Under 2016 tog Skånes kommuner emot totalt 7240 personer med uppehållstillstånd, d.v.s. personer som fått beslut om tillstånd att stanna i Sverige. Av dessa är 667 ensamkommande barn¹³. Ur rapporten *Skånes befolkningsprognos 2016-2025*¹⁴ framgår att Skånes befolkning förväntas, under prognosperioden, öka med 12 % eller 162 000 invånare. Befolkningssökningen ligger över rikets förväntade utveckling p.g.a. inflyttning av unga i regionens större städer och många nyfödda. Befolkningssökningen väntas dock vara som störst i början av perioden, när asylsökande som ankom 2015-2016 får sina uppehållstillstånd.

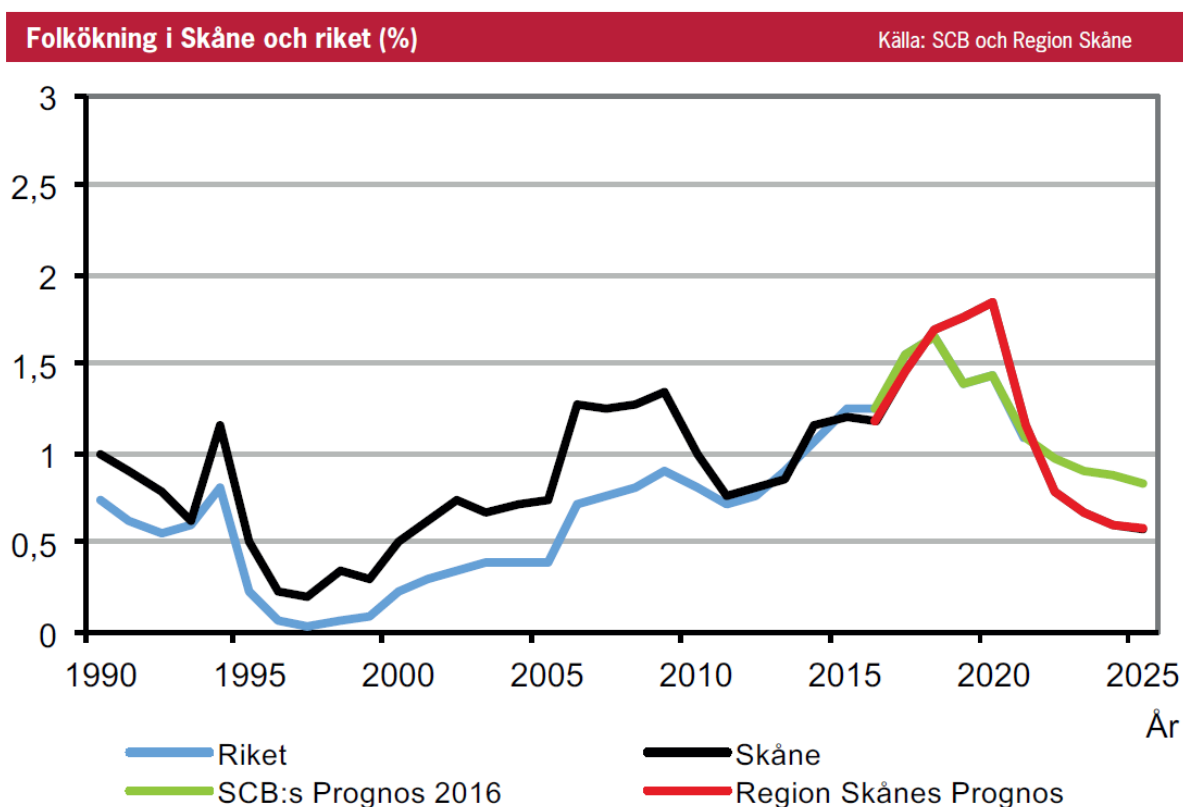


Bild: Region Skåne 2016

¹¹ Migrationsverket: *Migrationsverkets prognos 2016-10-25*. www.migrationsverket.se

¹² Migrationsverket, 2017: *Personer boende i Migrationsverkets system*.

<https://www.migrationsverket.se/download/18.4100dc0b159d67dc6146d9/1485958544043/Inskrivna+personer+i+Migrationsverkets+mottagningssystem.pdf>

¹³ Länsstyrelsen Skåne: *Mottagning och etablering av nyanlända*.

<http://www.lansstyrelsen.se/skane/Sv/manniska-och-samhalle/integration/mottagning-och-etablering-av-nyanlanda/Pages/index.aspx>

¹⁴ Region Skåne 2016: *Skånes befolkningsprognos 2016-2025*. Kristianstad: Avdelningen för regional utveckling, Samhällsanalys.

Fysisk och psykisk hälsa bland asylsökande och nyanlända

I nedanstående avsnitt diskuteras hälsa med ett migrationsperspektiv. Då det inte är möjligt att ge en heltäckande beskrivning görs nedslag inom områden som är särskilt viktiga för att förstå hälsoaspekter för asylsökande och nyanlända. All forskning bygger dock inte på studier specifikt om asylsökande och nyanlända, men det går ändå att dra lärdomar från forskning kring hälsoskillnader hos utlandsfödda och svenskfödda personer. Aspekter som är särskilt viktiga att belysa handlar om ojämlik hälsa, psykisk ohälsa, levnadsvanor, tandhälsa och kvinnohälsa. Avslutningsvis diskuteras även läkemedelsanvändning och vaccinationer samt utnyttjande av hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv.

DEN OJÄMLIKA HÄLSAN

Omfattande internationell och svensk forskning visar att en del migrantgrupper, särskilt flyktingar, har sämre fysisk¹⁵ och psykisk hälsa¹⁶, fler otillfredsställda vårdbehov¹⁷ och lägre utnyttjande av förebyggande hälsovård och specialistvård, t.ex. psykiatrisk vård^{18, 19}, jämfört med inrikes födda. Malmökommissionens arbete visar att enbart i Malmö beräknas ojämlikhet i hälsa kosta mellan 3-7 miljarder kronor per år, beroende på skattningsmetod.²⁰ Att ohälsan är ojämnt fördelad har i forskning förklarats med socioekonomiska faktorer såsom arbetslöshet, bostadsproblem och lägre utbildningsnivå, och med faktorer relaterade till migrationsprocessen, såsom förföljelse, trauma, svåra umbäranden, förlust av anhöriga, och upplevelser av diskriminering²¹. Möjligheterna till förvärvsarbete och rimliga anställningsvillkor är några av de viktigaste faktorerna för god hälsa, både för den som arbetar och för andra familjemedlemmar som är beroende av inkomsten.²² Arbetet har framförallt visat sig vara avgörande för den psykiska hälsan för utlandsfödda män och kvinnor, och arbetslöshet riskerar därför leda till en negativ cirkel där ohälsa hindrar etablering på arbetsmarknaden.²³ Även rent sociala faktorer såsom svagt socialt stöd, svagt socialt nätverk, bristande deltagande i samhället och låg tillit till andra människor och till institutioner i samhället kan förklara

¹⁵ Jervelund, S; Malik, S; Ahlmark, N; Villadsen, S; Nielsen, A & Vitus, K. 2016. *Morbidity, Self-Perceived Health and Mortality Among non-Western Immigrants and Their Descendants in Denmark in a Life Phase Perspective*. Journal of Immigrant and Minority Health, Mar 22.

¹⁶ Fazel, M; Wheeler, J & Danesh, J, 2015: *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. Lancet 365 (9467): 1309-14.

¹⁷ Lindert, J; Schouler-Ocak, M; Heinz, A & Priebe, S, 2008: *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. Eur Psychiatry 23 (Suppl 1): 14-20.

¹⁸ Ingvarsdotter, K. 2011. *Mental ill health and diversity: Researching human suffering and resilience in a multicultural context*. Doctoral thesis. Malmö: Malmö University.

¹⁹ Ivert, A.-K. 2013. *Adolescent mental health and utilization of psychiatric care. The role of parental country of birth and neighbourhood of residence*. Doctoral thesis. Malmö: Malmö University.

²⁰ Östergren P-O & Stigendal M (red.), 2013: *Kommission för ett socialt hållbart Malmö: Malmös väg mot en hållbar framtid: Hälsa, välfärd och rättvisa*.

²¹ Porter, M & Haslam, N, 2005: *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. Jama 294 (5): 602-612.

²² CSDH. *Closing the gap in one generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genève: World Health Organization, 2008.

Rapporten finns på www.who.int/publications/2008/. Statens folkhälsoinstitut har gjort en sammanfattande översättning av slutrapporten som finns tillgänglig på www.fhi.se/publikationer/.

²³ Kvist J., Fritzell J, Hvinden B., Kangas O. (Editors), 2012: *Changing Social Equality, The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press.

skillnader²⁴. Ytterligare en förklaring kan finnas i att hälsolitteraciteten – förmågan att söka, finna, förstå, tillämpa och kritiskt värdera hälsorelaterad information – kan vara låg²⁵.

PSYKISK OHÄLSA

En stor internationell studie som WHO finansierat²⁶ visar att psykiska diagnoser är de ledande orsakerna till sjukskrivning och nedsättning av arbetsförmåga. Flera nationella och internationella studier visar också att migranter, särskilt flyktingar, har högre risk för psykisk ohälsa. Enligt Socialstyrelsens kunskapsunderlag om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända i Sverige beräknas mellan 20-30 % lida av psykisk ohälsa.²⁷ Den psykiska ohälsan kan försämrats efter några års vistelse i Sverige. Denna ökning kan bero på stressfaktorer i värdlandet som osäkerhet om man får stanna i landet, att återföreningen av familjen dröjer, arbetslöshet, utanförskap o.s.v.²⁸ Flyktingar är en särskilt utsatt grupp och har ofta en påtagligt hög förekomst av psykisk ohälsa som posttraumatiskt stressyndrom (eng. *Post traumatic stress disorder*, PTSD). Detta är ett ångesttillstånd till följd av en chockartad upplevelse som har framkallat intensiva skräckreaktioner. Syndromet kännetecknas av ångestreaktioner som utlöses av minnen och påminnelser av händelsen och som leder till återupplevelse (*flashbacks*), undvikande av det som påminner om händelsen, och överspändhet. PTSD är en psykiatrisk störning som kan vara svårt begränsande då den kan leda till en social funktionsnedsättning med arbetsoförmåga och psykiskt lidande som påverkar inte bara individen utan även familjen och omgivningen.²⁹

Även en undersökning från Röda Korset har visat att den psykiska ohälsan bland nyanlända och asylsökande är utbredd³⁰. I en studie bland syriska nyanlända i Skåne svarade nästan alla att de upplevt någon typ av traumatisk händelse i sitt tidigare hemland eller under flykten³¹. Var tredje nyanländ från Syrien led av depression eller ångest, och en lika stor andel uppgav symptom som stämmer överens med PTSD. Drygt 30 % angav att de blivit torterade. I gruppen asylsökande från Eritrea och Somalia var andelen som uppgav psykisk ohälsa ännu högre. I en annan undersökning bland nyanlända irakier i Sverige rapporterades psykisk ohälsa av 37 %³². Andelen hade inte minskat efter två år i Sverige i denna undersökning.

²⁴ Kawachi, I; Subramanian, S & Kim, D (editors), 2008: *Social capital and health*. New York: Springer.

²⁵ Kickbusch, I, 2001: *Health literacy: addressing the health and education divide*. Health Promotion International 16 (3): 289-97.

²⁶ Wittchen, U et al, 2011: *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol 21 (9): 655-79.

²⁷ Socialstyrelsen, 2015: *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm.

²⁸ Roth, G, Ekblad, S. *A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo*. The Journal of nervous and mental disease. 2006; 194(5):378-81. Roth, G, Ekblad, S, Agren, H. *A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country*. European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists. 2006; 21(3):152-9.

²⁹ Socialstyrelsen, 2015: *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm.

³⁰ Röda Korset, 2016: *Nyanlända och asylsökande i världen. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskola.

³¹ Zdravkovic, S; Grahn, M & Björngren Cuadra, C, 2016: *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

³² Sundell Lecerof, S & Stafström, M, 2011: *Olika villkor, olika hälsa – En osynlig intervention?* Malmö: Malmö högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet.

Traumatiserande upplevelser, svaga ekonomiska och sociala resurser och bristande välbefinnande hos föräldrarna påverkar i sin tur barnens hälsa.

Cirka 25 % av alla asylsökande och flyktingar är barn. Nyanlända barn utgör en särskilt utsatt grupp³³ och asylsökande barn är kraftigt överrepresenterade bland de barn som vårdas i öppen och sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård.³⁴ Dessa barn utgör en särskild riskgrupp för att utveckla psykisk ohälsa. Förekomsten av psykisk ohälsa hos barn som flytt är också förhöjd i jämförelse med barn som inte har flykterfarenhet. Undersökningar från olika delar av världen visar att mellan 20 % och 50 % lider av PTSD och mellan 3 % och 30 % av depression. Traumatiserande upplevelser och sorg efter förluster av nära anhöriga samt ensamhet i det nya landet är vanliga riskfaktorer. Ensamkommande barn är därför särskilt utsatta. Psykosomatiska symptom inklusive sömnstörningar, aptitlöshet, depression och post-traumatiserande symptom förekommer i större omfattning³⁵. Ökad oro för framtiden kan få allvarliga följder på barnens vardag, utveckling och tillit till vuxenvärlden. Fortsatt osäkerhet och otrygghet i den miljö som skulle ge skydd förhindrar läkning av traumatiska skador och riskerar att leda till förlängd svår stress.³⁶

Vissa grupper, så som kvinnor och äldre personer har också påvisats ha något högre förekomst av psykisk ohälsa än män och yngre personer. Ett särskilt viktigt fynd från de långtidsuppföljningar som gjorts av människor som flytt visar att många återhämtar sig samtidigt som ungefär lika många insjuknar i depression, ångest eller PTSD senare i livet. Detta medför att förekomsten av psykisk ohälsa hos denna grupp av flyktingar är hög oavsett om personen anlänt nyligen eller vistats flera år i mottagarlandet. Det finns också faktorer som har visat ett positivt samband med bättre psykisk hälsa. Exempel på dessa är starka sociala nätverk, närhet till familjen, goda ekonomiska resurser, kunskaper i mottagarlandets språk och meningsfulla dagliga aktiviteter. För att nyanlända och asylsökande ska behålla god hälsa krävs det flera strukturella insatser på framför allt samhällsnivå. Eget boende och sysselsättning är några av faktorerna som har en positiv inverkan på hälsa. En snabbare integrering i det svenska samhället genom skola eller arbete skapar förutsättningar för bibehållen god hälsa.

Det föreligger två övergripande utmaningar inom vården vad gäller psykisk ohälsa hos personer med migrationsbakgrund. Den ena är att inte överdiagnostisera psykisk ohälsa som är grundad i psykosocial stress, ekonomisk utsatthet, diskriminering eller rasism. Att under pressade omständigheter uppleva stress kan vara en rimlig reaktion utan att innebära psykisk ohälsa. Den andra är att inte missa att diagnostisera psykisk ohälsa på grund av annorlunda uttryck, det vill säga att hälso- och sjukvårdspersonal behöver kunna förstå att psykisk ohälsa kan ta sig andra uttryck hos människor som är upp vuxna med andra kulturella uttrycksformer.

³³ Hjern A, Angel B. *Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow up*. Acta Paediatr 2000;89:722-727.

³⁴ Blair M, Stewart-Brown S, Hjern A, Bremberg S. *Barnhälsokunskap*. Studentlitteratur, 2013.

³⁵ Socialstyrelsen, 2015: *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm.

³⁶ Fazel M; Reed, R. V; Panter-Brick, C; Stein, A, 2012: *Mental health of displaced and refugee children settled in high-income countries: risk and protective factors*. Lancet 379:266-282.

LEVNADSVANOR

Sunda levnadsvanor är en av faktorerna som har störst relevans för hälsa. Före, under och efter tiden på flykt förändras både levnadsvillkor och levnadsvanor avsevärt³⁷. I SKL:s rapport *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända*³⁸ fastställs behovet av att stärka asylsökande och nyanländas kunskap om den svenska hälso- och sjukvården (hälsoinformation) samt öka deras kunskap om hälsa, hälsofrämjande livsstil och sjukdomar.

När det gäller levnadsvanor visar flera studier att vissa migrantgrupper är mer drabbade än svenskfödda av diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar^{39, 40}. Forskning har också visat att dessa migrantgrupper, även flyktingar, har högre förekomst av riskfaktorer för dessa sjukdomar^{41, 42}. En sådan viktig riskfaktor är övervikt och fetma. Stor viktuppgång under graviditeten är en av de största riskfaktorerna för övervikt och fetma senare i livet.⁴³ Fetma och övervikt innebär i sig ökad risk för komplikationer under graviditeten, liksom ökad risk för ett flertal sjukdomar senare i livet. Särskilda regionala riktlinjer finns därför utformade för övervikt och fetma vid inskrivning.⁴⁴ Fetma och övervikt är vanligare hos gravida kvinnor med annat födelseland än Sverige (fetma 15 % mot 13 %, övervikt 29 % mot 25 %). Även utbildningsnivå korrelerar med högt BMI.

Hälsosam kost och regelbunden fysisk aktivitet kan förebygga övervikt och fetma⁴⁵. Studier visar att flera migrantgrupper är fysiskt inaktiva i högre grad än svenskfödda, äter mer ohälsosam mat, samt saknar information om dessa frågor.^{46, 47} Utvärderingar och forskning lyfter fram att samhälls- och hälsokommunikatörer bidrar till att nyanlända får mer information om bl.a. hälsosam kost och fysisk aktivitet⁴⁸. Forskning visar också att ett skraddarsytt

³⁷ Socialstyrelsen, 2016: *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016*. Stockholm.

³⁸ Sveriges Kommuner och Landsting, 2016: *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Rapport till Socialdepartementet efter regeringsbeslut S2015/06414/FS*. Stockholm.

³⁹ Wandell, P.E; Gafvels, C, 2007: *High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden*. Prim Care Diabetes 1: 13-16.

⁴⁰ Gadd, M; Johansson, S. E; Sundquist, J; Wandell, P, 2006: *Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations*. BMC Public Health 6: 102-.

⁴¹ Gadd, M; Sundquist, J; Johansson, S-E & Wändell, P, 2005: *Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease?* European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation 12(6): 535-541.

⁴² Sundell Lecerof, S & Stafström, M, 2011: *Olika villkor, olika hälsa – En osynlig intervention?* Malmö: Malmö högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet.

⁴³ Linne, Y. and S. Rossner, *Interrelationships between weight development and weight retention in subsequent pregnancies: the SPAWN study*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 2003. **82**(4): p. 318-25.

⁴⁴ Region Skåne, 2016: *Regionala riktlinjer inom mödrahälsovården för övervikt och fetma under graviditet*. <http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/riktlinjer-graviditet-overvikt-2015-11-02-2.pdf>

⁴⁵ WHO 2016: *Obesity and overweight: Fact sheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

⁴⁶ Gadd, M; Sundquist, J; Johansson, S-E & Wändell, P, 2005: *Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease?* European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation 12(6): 535-541.

⁴⁷ Sundell Lecerof, S; Westerling, R; Moghaddassi, M & Ostergren, P-O, 2011: *Health information for migrants: The role of educational level in prevention of overweight*. Scandinavian Journal of Public Health 39:2.

⁴⁸ Sundell Lecerof, S, 2016: *Exploring the potential of health promotion among recently settled migrants in Sweden*. Doctoral thesis. Lund: Lund University.

program för att förebygga diabetes typ 2 på modersmål för irakiska migranter effektivt minskar riskerna, genom förbättrade kolesterol- och insulinvärden samt minskad kroppsvikt⁴⁹.

En annan viktig fråga som berör levnadsvanor handlar om rökning, eftersom rökning är en viktig riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar och cancer. En större svensk studie har visat att rökning är mer vanligt förekommande i flera migrantgrupper jämfört med svenskfödda⁵⁰. Studier har också visat att nyanlända från bl.a. Irak och Syrien röker betydligt mer än svenskfödda, och att det är vanligt att man önskar sluta röka och att man behöver hjälp med det.^{51, 52}

TANDHÄLSA

I en enkätundersökning⁵³ bland nyanlända (främst syriska) flyktingar i Skåne uppgav 48 % att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa. 77 % uppgav att de under de senaste tre månaderna varit i behov av tandläkarvård men inte sökt vård. På frågan om orsakerna till att inte ha sökt vård uppgav 12 % att besvären gick över och 74 % att de inte hade råd. De vanligaste tandhälsobesvären bland både män och kvinnor var karies, besvär med tandköttet, tuggsvårigheter, tandlossning och att vara tandlös. I en annan enkätundersökning bland nyanlända irakier i Sverige uppgav 44 % att de hade dålig eller mycket dålig tandhälsa. Två år efter uppehållstillstånd skattade 47 % sin tandhälsa som dålig eller mycket dålig⁵⁴. Dessa uppgifter bekräftas i den rapport som Socialstyrelsen gjort om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända⁵⁵, där tandhälsan bedömts som mycket dålig i behovsgruppen i flera landsting.

KVINNOHÄLSA OCH SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA

Svenska studier visar att kvinnor med migrationsbakgrund har högre mödradödlighet. Kvinnor med ursprung i låginkomstländer, särskilt Afrika söder om Sahara, har ungefär 3.5 gånger så hög mödradödlighet än svenskfödda kvinnor⁵⁶. Kvinnor från låginkomstländer har

⁴⁹ Siddiqui F, Kurbasic A, Lindblad U, Nilsson PM, Bennet L. *Effect of a culturally adapted lifestyle intervention on cardio-metabolic outcomes: a randomized controlled trial in Iraqi immigrants to Sweden at high risk for Type 2 diabetes*. *Metabolism* 2016;66:1-13.

⁵⁰ Gadd, M; Sundquist, J; Johansson, S-E; Wändell, P, 2005: *Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease?* *European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation* 12 (6): 535-541.

⁵¹ Sundell Lecerof, S, 2008: *Olika villkor, olika hälsa – Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län*. Malmö: Malmö högskola.

<https://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/MIM/IMHAd%20rapport%20SSL%2010%2002%2005.%202.pdf>

⁵² Zdravkovic, S; Grahn, M; Björngren Cuadra, C, 2016: *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

⁵³ Zdravkovic, S; Grahn, M; Björngren Cuadra, C, 2016: *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

⁵⁴ Sundell Lecerof, S & Stafström, M, 2011: *Olika villkor, olika hälsa – En osynlig intervention?* Malmö: Malmö högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet.

<https://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/IMHAd/En%20osynlig%20intervention.pdf>

⁵⁵ Socialstyrelsen, 2016: *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Slutrapport oktober 2016. Stockholm.

⁵⁶ Esscher, A, Binder-Finnema, P; Bødker, B; Högberg, U; Mulic-Lutvica, A & Essén, B, 2014: *Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model*. *BMC pregnancy and childbirth* 14(1): 1.

också betydligt högre risk för ”near miss” än svenskfödda, vilket innebär att de varit nära att dö i samband med graviditet eller förlossning, men överlevt⁵⁷.

Studier visar också att en del migrantgrupper har begränsade kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), och t.o.m. om kroppen och dess funktioner. En undersökning bland nyanlända syrier i Skåne visar t.ex. att 17 % inte vet hur de kan skydda sig eller sin partner från att bli oönskat gravida. 13 % vet inte hur de kan skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar⁵⁸. En rapport om irakiska ungdomar visar att många inte får sexualupplysning i skolan och att de inte känner till ungdomsmottagningarnas verksamhet. Detta kan bero på att sexualupplysning inte ges i skolorna i hemlandet, eller att flytten har skett innan barnen fått informationen i hemlandet och sedan de varit för gammal för att hinna få den via skolan i Sverige.⁵⁹ En kartläggning som Region Skånes kunskapscentrum kvinnohälsa gjort visar också att många barnmorskemottagningar i landet bedömt att behovsgruppen har större behov av grundläggande information om SRHR.⁶⁰

LÄKEMEDELSANVÄNDNING OCH VACCINATION

I nuläget är kunskapen begränsad avseende asylsökandes och nyanländas användning av läkemedel i Sverige. De bästa tillgängliga undersökningarna är de som är baserade på registeruppgifter. Brendler-Lindqvist med kollegor⁶¹ undersökte i vilken utsträckning flyktingar och deras anhöriga ifrån Irak, Iran, Eritrea, Etiopien, Somalia och Afghanistan som bott i Sverige i högst 10 år köpte ut minst en typ av psykofarmaka under 2009. Resultaten visar att de köpte psykofarmaka i betydligt lägre grad än svenskfödda, men att andelen ökade med antal år i landet. Författarna tolkar detta som att tillgängligheten till psykiatrisk vård är låg de första åren i Sverige, en slutsats som Socialstyrelsen också drar i sin rapport om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända⁶².

Vad gäller vaccinationer visar Folkhälsomyndigheten kartläggning⁶³ att vaccinations-täckningen under senare år minskat i de tre länderna som Sverige tar emot flest flyktingarna ifrån: Syrien, Irak och Afghanistan. Det beror huvudsakligen på krig och konflikter i berörda regioner. Folkhälsomyndigheten baserar sina siffror på nationella uppföljningar av vaccinationsprogram och ger även rekommendationer för kompletterande vaccinationer i de fall där dokumentation saknas eller man är osäker på vaccinationsstatus.

I Syrien var vaccinationsprogrammet välfungerande fram till 2010, och vaccinations-täckningen låg på 85 %. Därefter har den sjunkit till 50 %, förutom för BCG mot tuberkulos,

⁵⁷ Wahlberg, A; Roost, M; Haglund, B; Hogberg, U & Essen, B, 2013: *Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: a population register-based study*. BJOG 120(13): 1605-12.

⁵⁸ Zdravkovic, S; Grahn, M; Björngren Cuadra, C, 2016: *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

⁵⁹ Flodström, E, 2011: *Unga irakiers syn på relationer, sexuell och reproduktiv hälsa*. Malmö: Malmö högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet.

<https://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/Unga%20irakiers%20syn%20p%C3%A5%20relationer,%20sexuell%20och%20reproduktiv%20h%C3%A4lsa.pdf>

⁶⁰ Sundell Lecerof, S & Rosén, M, 2016: *Kartläggning av insatser som främjar kvinnohälsa i socioekonomiskt utsatta grupper*. Malmö: Skånevård Sund, Kunskapscentrum kvinnohälsa.

⁶¹ Brendler-Lindqvist, M; Norredam, M & Hjern, A, 2014: *Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden--a register-based study*. Int J Equity Health 13: 122-.

⁶² Socialstyrelsen, 2016: *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016*. Stockholm.

⁶³ Folkhälsomyndigheten, 2015: *Vaccinationer till människor på flykt. Rekommendationer till hälso- och sjukvården*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/31178/Vaccinationer-till-manniskor-pa-flykt.pdf>

där täckningsgraden fortfarande är omkring 80 %. Barn som är födda efter 2010 och saknar dokumentation eller har osäkra uppgifter om vaccination ska därför bedömas som ovaccinerade, enligt Folkhälsomyndigheten⁶⁴. I Irak bedöms vaccinationsgraden vara låg och starkt varierande. Landets hälsovård, inklusive vaccinationsprogram, har påverkats starkt av konflikterna sedan 2003. Även vuxna födda före 1985 kan behöva grundvaccineras eller få påfyllnadsdoser. Afghanistan har plågats av återkommande konflikter sedan 1979. Även om landets hälso- och sjukvård förbättrats sedan 2001 och vaccinationstäckningen ökat något, är täckningsgraden låg och variationerna inom landet stora. Personer från Afghanistan som saknar dokumentation eller där uppgifterna är osäkra ska därför bedömas som ovaccinerade. Även vuxnas vaccinationsstatus bedöms av WHO och Folkhälsomyndigheten som osäker och grundvaccination rekommenderas därför (ibid).

UTNYTTJANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Forskning i Europa och Sverige visar att migranter, särskilt flyktingar, delvis underutnyttjar hälso- och sjukvårdens tjänster^{65, 66}. Detta gäller såväl somatisk som psykiatrisk vård. Socialstyrelsen visar också i sin rapport om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända att denna grupp oftare söker akut sjukvård och mer sällan får tillgång till specialistvård⁶⁷. Tillgängligheten verkar vara begränsad till t.ex. psykiatri, gynekologi, barnmedicin och infektionssjukvård (ibid). Detta trots större hälsobehov och större andel patienter som vistats i psykiatrisk slutenvård, så som beskrivits tidigare i rapporten.

Att under den första tiden i landet får kunskap om hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar och vart man ska vända sig till vid behov är viktigt. Cirka 80 % av respondenterna i en enkätstudie gjord av Malmö högskola⁶⁸ uppger att de har kunskap om var man vänder sig vid behov av hälso- och sjukvård. De som deltog i studien var dock främst välutbildade personer. Personer som fått uppehållstillstånd och omfattas av etableringsförordningen får information om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som en del av den lagstadgade samhällsinformationen, men vetenskapliga studier och uppföljningar indikerar tydligt att det ändå finns hinder för behovsgruppen att komma till rätt vård.

⁶⁴ Folkhälsomyndigheten, 2015: *Vaccinationer till människor på flykt. Rekommendationer till hälso- och sjukvården*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/31178/Vaccinationer-till-manniskor-pa-flykt.pdf>

⁶⁵ Lindert, J; Schouler-Ocak, M; Heinz, A & Priebe, S, *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. Eur Psychiatry 23 (Suppl 1): 14-20.

⁶⁶ Graetz, V; Rechel, B; Groot, W; Norredam, M & Pavlova, M, 2017: *Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review*. Br Med Bull.

⁶⁷ Socialstyrelsen, 2016: *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016*. Stockholm.

⁶⁸ Zdravkovic, S; Grahn, M; Björngren Cuadra, C, 2016: *Kartläggning av nyanländas hälsa*. Malmö: Malmö högskola.

Migrationsperspektiv i vården

I nedanstående avsnitt diskuteras några av de som görs i Region Skåne för att verka för asylsökande och nyanländas hälsa. Detta är inte en heltäckande beskrivning, fler exempel finns att läsa i Kunskapscentrum migration och hälsas omvärldsanalys. Nedanstående exempel avser ge en bild av viktiga områden för att få inblick i hälsoläget för asylsökande och nyanlända eller strategiska insatser med fokus på målgruppen. Inledningsvis beskriv arbetet med hälsoundersökningar och arbetet med tolk. Därefter beskrivs hälso- och samhällskommunikatörernas insatser samt Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag.

HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

I Sverige ska alla asylsökande och anhöriginvandrare erbjudas en hälsoundersökning enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. Hälsoundersökningen kan utgöra en första möjlighet att uppmärksamma ohälsa och behov av vård hos migranter. Hälsoundersökningen ska omfatta ett individuellt samtal med fokus på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd och vaccinationsstatus, information om svensk hälso- och sjukvård och tandvård, samt provtagning och kroppsundersökning vid behov. En del av hälsosamtalet ska handla om hälsotillståndet påverkas av den psykosociala situationen eller av traumatiska upplevelser. Hälsoundersökningen är frivillig och tolk ska användas vid behov. Enligt en förstudie av SKL⁶⁹ är det en låg genomförandegrad av hälsoundersökningar och några av orsakerna till detta är brist på information om hälsoundersökningarnas syfte samt att många kallelser inte når fram. Det framkommer också i studien att psykisk ohälsa inte prioriteras vid hälsoundersökningar samt att samverkan mellan asylboenden, barnhälsovården och elevhälsan behöver förbättras.

Enligt gällande ackrediteringsvillkor ska samtliga vårdcentraler i Region Skåne erbjuda hälsoundersökningar. En del vårdcentraler har valt att samordna hanteringen av hälsoundersökningar. Till exempel finns det i Malmö en särskild vårdcentral, Flyktinghälsan, som har hand om hälsoundersökningar av asylsökande. Under 2014 genomfördes cirka 75 % hälsoundersökningar i förhållande till antalet asylsökande i Region Skåne. Under 2015 var omsättningen av asylsökande i Skåne så stor att det inte gick att få fram ett procenttal som är realistiskt. År 2016 genomgick cirka 65 % av asylsökande i Skåne hälsoundersökningar. Trots en procentuell minskning i antalet genomförda hälsoundersökningar har antalet undersökningar ökat kraftigt under samma period. År 2014 genomfördes 5893 hälsoundersökningar och år 2016 genomfördes 9902 hälsoundersökningar. Det är troligt att det sistnämnda procenttalet är något högre, men på grund av administrativa svårigheter finns det viss osäkerhet i siffrorna. De kan bestå av felaktiga adressuppgifter till asylsökande vilket påverkar vid kallelser, det kan också handla om felregistreringar och otillräckligt IT-stöd. Region Skåne arbetar för att lösa dessa svårigheter. Ytterligare en svårighet är att regionen har i uppdrag att erbjuda hälsoundersökningar även till kvotflyktingar och anhöriginvandrare, men får i nuläget

⁶⁹ Sveriges Kommuner och Landsting, 2016: *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Slutrapport förstudie 31 mars 2016. Rapport till Socialdepartementet efter regeringsbeslut S2015/06414/FS.* <http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/03/Slutrapport-forstudie-halsoutveckling-asylsokande-mars-2016.pdf>

inte vetskap om när migranter från dessa grupper kommer till Skåne. På grund av sekretess kan varken kommuner eller Migrationsverket lämna ut uppgifter av detta slag. Region Skåne arbetar för att lösa dessa svårigheter.

TOLKNING

Tillgång till tolk kan ha avgörande betydelse för att ge förutsättningar för en jämlik vård. Hälso- och sjukvården är skyldig att ge patienten information om hälsotillstånd och behandling anpassad till individens förutsättningar utifrån ålder, mognad, erfarenhet och språklig bakgrund.⁷⁰ Hälso- och sjukvården har också en skyldighet att se till att den information som ges är förståelig för mottagaren. Därav följer att tolk behövs när patienter och vårdgivare inte kan förstå varandra, vilket även har stöd i hälso- och sjukvårdslagen (1982:736), tandvårdslagen (1985:125) och patientlagen (2014:821). Eftersom hälso- och sjukvården har en skyldighet att se till att den information som ges kan förstås av mottagaren, måste läkare och sjuksköterskor ha redskap som gör det möjligt för dem att leva upp till denna skyldighet. Att använda tolk är därför viktigt både ur ett patientperspektiv och ur ett personalperspektiv.

Tolk ingår i besöksavgiften och beställs av vårdpersonalen. Varje landsting och region har sin egen modell för upphandling av tolktjänster, enligt lag om offentlig upphandling (2007:1091). Region Skåne beställde under 2015 närmare 174 000 tolktjänster inom sitt ramavtal med en tolkförmedling. Huvuddelen av tolkningen utfördes på plats (65 %) och resterande per telefon (35 %). Det råder en generell brist på tolkar, men särskilt råder brist på auktoriserade sjukvårdstolkare, vilket leder till svårigheter för hälso- och sjukvården. Endast några få procent av alla tolkupdrag inom hälso- och sjukvården genomförs av auktoriserade sjukvårdstolkare.⁷¹ Samtidigt ökade behovet av tolkar i samband med flyktingsituationen hösten 2015. Enligt en kartläggning av nyanländas hälsa i Skåne uppger över 40 % av de nyanlända att de har inget eller inte särskilt stort förtroende för tolkar.⁷² Vad detta beror på framgår dock inte av studien.

SAMHÄLLS- OCH HÄLSOKOMMUNIKATÖRER

Inom ramen för etableringen i Skåne arbetar samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK) för att stärka grundläggande hälsolitteracitet bland nyanlända flyktingar. Verksamheten drivs av Länsstyrelsen i samarbete med Region Skåne och kommunerna. Genom SHK får nyanlända flyktingar, ensamkommande flyktingbarn, och i viss mån asylsökande, i för närvarande 26 kommuner, information på modersmål om hälsa och samhälle.⁷³ Exempel på hälsoteman är; stress, alkohol, kvinnlig hälsa, manlig hälsa, STI/HIV, kost och motion, tobak, narkotika, allergi, tandhälsa, vårdens organisation samt egenvård.

⁷⁰ Socialstyrelsen (2016). *Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.

⁷¹ Socialstyrelsen (2016). *Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.

⁷² Zdravkovic S, Grahn M, Björngren Cuadra C. *Kartläggning av nyanländas hälsa*. En delrapport från MILSA, Malmö högskola, 2016.

⁷³ <http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/Samhälls-%20och%20hälsokommunikatörer/SHK%20broschyr%20V1.pdf>

I dagsläget arbetar 8 samhälls- och hälsokommunikatörer på huvudspråken arabiska, dari, pashto, somaliska och svenska. Till detta kommer även möjligheter på engelska, kurdiska, urdu och polska utifrån kommunernas prioriteringar. En studie om samhälls- och hälsokommunikatörernas information om SRHR till nyanlända på modersmål visar att informationen har lett till bättre hälsolitteracitet hos målgruppen⁷⁴. En annan studie visar att detta sätt att ge hälsoinformation har resulterat i att nyanlända även känner sig mer informerade om t.ex. hälsosam kost och om fysisk aktivitet⁷⁵. Studien visar dock också att information enbart inte räcker för att främja hälsa i gruppen nyanlända (ibid). Att arbeta förebyggande gentemot gruppen asylsökande och flyktingar har en god potential att ge resultat. När man ökar en grups tillgång till resurser såsom tillräcklig hälsoinformation, konkreta färdigheter och sociala nätverk, ökar också dess förutsättningar för en bättre hälsa.

KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA

År 2016 startade Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne (Diarienummer 1300977) med uppdrag att stärka organisationens kunskaper inom området migration och hälsa och för att jobba långsiktigt med ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvården. Uppdraget är att genom utbildning, samordning och metodutveckling stödja hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne för att kunna erbjuda en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder. Vidare är uppdraget att identifiera områden där vården inte når ut och att belysa eventuella hälsoskillnader. Verksamheten är under uppbyggnad och föreliggande rapport kan ses som ett exempel på underlag med migrationsperspektiv som Kunskapscentrum migration och hälsa kan bistå Region Skåne med. För att rusta hälso- och sjukvården med rätt kompetens för att bemöta en befolkning i förändring och med de speciella behov som asylsökande och nyanlända kan ha, kan fortbildningsinsatser behövas. Dels är det viktigt för vårdpersonal att ha kunskap om migrationsrelaterade former av ohälsa och dels behövs ett professionellt bemötande och beredskap att möta dessa behov.

Det är inte ovanligt att ett behov av ”kulturkompetens” hos vårdpersonal efterfrågas, med en föreställning om att det går att lära sig vad olika kulturer innehåller. En sådan förståelse av begreppet kultur är statisk och generaliserande. Istället är det viktigt att ha en medvetenhet om att människors bakgrund och deras sätt att leva sitt liv, även relaterat till hälsa och sjukdom, varierar på grund av ett stort antal faktorer. Det är med andra ord viktigt att ha en förståelse för att individers hälsolitteracitet skiljer sig åt, det vill säga att individer förstår och tolkar hälsa olika beroende på till exempel utbildningsbakgrund, kultur eller sociala aspekter. Att förstå denna variation mellan människor och kunna reflektera över sin egen referensram skapar en öppenhet och lyhördhet är det man brukar kalla kultursensitivitet. Det professionella bemötandet innehåller en medvetenhet om varierande nivå av hälsolitteracitet hos de personer man möter. En del människor saknar grundläggande kunskaper om olika aspekter av hälsa, medan andra endast behöver hjälp att övervinna språkbarriärerna och få information om hur hälso- och sjukvården i Sverige fungerar.

⁷⁴ Svensson, P; Carlzén, K & Agardh, A, 2016: *Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden.* Cult Health Sex: 1-15.

⁷⁵ Sundell Lecerof, S, 2016: *Exploring the potential of health promotion among recently settled migrants in Sweden.* Doctoral thesis. Lund: Lund University.

Utvecklingsområden i ett migrationsperspektiv

I denna rapport har aspekter som berör fysisk och psykisk hälsa bland asylsökande och nyanlända presenterats. Som framgår av rapporten finns det flera områden där risken för ohälsa bland asylsökande och nyanlända är stor, inte minst vad gäller psykisk ohälsa. Det framkommer också att vissa migrantgrupper har sämre fysisk och psykisk hälsa än svenskfödda personer samt otillfredsställda vårdbehov. I sammanhanget går det därför att tala om att hälsan inte är jämlik. Det framkommer också att det finns aspekter som det ännu saknas kunskap om, till exempel hur tillfälliga uppehållstillstånd påverkar hälsan hos asylsökande och nyanlända. Frivilligorganisationer varnar för att ny strängare lagstiftning och osäkerheten för dem som får tillfälliga uppehållstillstånd bidrar till en sämre hälsa för målgruppen.

Kunskapscentrum migration och hälsa kan genom sammanställningar likt denna bidra med kunskap om målgruppernas situation, men har dock inte sakkunskap gällande enskilda verksamhetsområden som möter målgruppen, t.ex. psykiatri och primärvård. Nedanstående utvecklingsområden är därför på en generell nivå. En del av de utvecklingsområden som nämns ligger inom Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag, till exempel att arbeta med utbildningsinsatser. För en del insatser som kunskapscentrum skulle kunna utföra krävs dock förändringar på organisatorisk nivå som ligger utanför kunskapscentrums mandat. Kunskapscentrum migration och hälsa följer kontinuerligt frågan om asylsökande och nyanländas hälsa liksom enheten för hälso- och sjukvårdsstyrning.

- Att förstärka det generella hälso- och sjukvårdssystemets tillgänglighet avseende språk, information och bemötande, är centralt för att möjliggöra jämlik vård. Många innovativa metoder för att nå grupper med sämre hälsa, bl.a. asylsökande och nyanlända, har beskrivits i t.ex. SKL:s lärandeprojekt ”Vård på lika villkor”⁷⁶. Kunskapscentrum migration och hälsa har i uppdrag att verka för metodutveckling med fokus på migrationsperspektiv i hälso- och sjukvården.
- Inom områden där forskning visar på ohälsa hos asylsökande och nyanlända kan det också krävas särskilda insatser från Region Skånes verksamheter. Det gäller till exempel psykiatri, kvinnohälsan, tandvården och primärvården. Insatsernas utformning och syfte beror på målgruppens behov och verksamheternas befintliga organisering. Kunskapscentrum migration och hälsa kan vara behjälpliga att i samverkan med Region Skånes verksamheter se över behov och utvecklingsmöjligheter.
- Lärdomar gällande psykisk ohälsa för asylsökande och nyanlända visar att det finns en utbredd psykisk ohälsa under de första åren i Sverige. För detta behövs en beredskap både inom primärvård (för enklare besvär) och psykiatri (för specialistvård). Forskning visar att psykisk ohälsa inom målgruppen också kan komma ett antal år efter ankomst till Sverige. Det krävs därför också en beredskap inom Region Skåne för att det hos målgruppen finns ett ökat behov av vård för psykisk ohälsa på 5-10 års sikt.

⁷⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, 2014: *Vård på lika villkor – Arbetssätt och metoder för en mer jämlik första linjens vård*. Stockholm. <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/jamlik-var-d-pa-lika-villkor-ett-larandeprojekt-.html>

- Generell förståelse för migrationsrelaterad ohälsa behövs bland personal inom hälso- och sjukvård. Aspekter som berör hälsolitteracitet och förståelse för hur detta kan påverka mötet med enskilda patienter eller patientgrupper är en självklar del av att bedriva hälso- och sjukvård i ett mångkulturellt samhälle. Kunskapscentrum migration och hälsa har påbörjat arbetet med att ta fram utbildningar med olika fokus för att stärka migrationskompetensen inom Region Skåne.
- Tolkar är en viktig yrkesgrupp för att tillgodose asylsökande och nyanländas behov av vård och för att säkerställa att vården är jämlik. Att ha god tillgång till tolk är dels en avtalsfråga för Region Skåne, men det är också viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal har kompetens att genomföra tolkade samtal på ett ändamålsenligt sätt. Kunskapscentrum migration och hälsa erbjuder utbildning om detta. Nationellt krävs en samlad satsning på att höja kompetensen hos tolkar och utbilda fler auktoriserade sjukvårdstolkare.
- Det saknas i nuläget möjlighet att följa upp asylsökande och nyanländas hälsa på ett systematiskt sätt inom Region Skåne. Här finns utvecklingsmöjligheter i relation till de hälsoundersökningar som redan genomförs hos målgruppen. Det pågår ett arbete med att lyfta fram mätbara indikatorer med migrationsperspektiv i befintliga system, men det krävs ytterligare insatser för att ta fram data som går att följa upp kontinuerligt.
- Det saknas i nuläget ett sammanhållet grepp inom Region Skåne vad gäller översättning av information på olika språk om hälso- och sjukvård. En förvaltningsövergripande satsning på att ta fram underlag på olika språk kan öka såväl hälsolitteraciteten hos asylsökande och nyanlända som bidra till en bättre förståelse hos målgruppen för Region Skånes uppdrag och verksamheter.
- Asylsökande barn, såväl barn som kommer i familj och ensamkommande barn, är särskilt utsatta. Gentemot denna målgrupp krävs ofta organisationsövergripande insatser som omfattar såväl Region Skånes verksamheter som kommuner och frivilligorganisationer. Samverkan på olika nivåer med målgruppen i fokus behövs för att säkerställa att målgruppens behov tillgodoses.
- Samhälls- och hälsokommunikatörer verkar idag med organisatorisk bas hos Länsstyrelsen Skåne och i samverkan med Region Skåne. Fortsatt och utvecklad samverkan med hälso- och samhällskommunikatörerna är viktig för att fånga upp behov hos målgruppen och också för att kunna nå målgruppen med adekvat information om hälso- och sjukvården. Även andra aktörer med direktkontakt med målgruppen kan vara viktiga samarbetspartners, så som Migrationsverket, Arbetsförmedlingen, kommuner (som ansvarar för SFI) och frivilligorganisationer.