

Migranternas möte med svensk hälso- och sjukvård

Migranternas möte med svensk hälso- och sjukvård

André Asplund, Raoul Galli, Iris Luthman och

Sara Thalberg (redaktörer)

Avhandlingsnytt: 2020:7



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

**Delegationen för
Migrationsstudier
Ju 2013:17**

Delmi Avhandlingsnytt 2020:7

Beställning: www.delmi.se

E-post: ju.delmi@regeringskansliet.se

Tryckt av: Elanders Sverige AB

Stockholm 2020

Omslagsillustration: Pixbay, Saydung89

ISBN: 978-91-88021-55-7

Förord

Sällan har folkhälsan i Sverige – och *världen* – kommit i sådant fokus som under 2020. Coronapandemin har i det närmaste lyckats genomtränga varje del av våra samhällen och har genom risken för virus spridning i någon mån påverkat varje enskild människas sociala kontakter. Hygien blev i ett slag en helt central politisk dagsfråga och diskuterades i alla nyhetsmedier och många dagliga samtal på gator och torg, skolor och arbetsplatser.

Migration, folkförflyttningar, resor och sjukdomar har samtidigt en lång och sammanvävd epidemiologisk världshistoria. Ordet karantän kommer som bekant ur de fyrtiotal dagar (*una quarantina di giorni*) som långväga besökare redan på 1600-talet fick tillbringa på en ö utanför sjöhandelsmetropolen Venedig vid misstänkt risk för smittspridning. Och vi påminns i följande rapport om att Sverige år 2006 verkställde en nationell strategi mot vissa smittsamma sjukdomar genom vilken bland annat hiv-infektion hos asylsökande, nyanlända anhöriginvandrare och andra grupper som vistats i högendemiska områden skulle identifieras inom ett bestämt antal månader.

Denna rapport handlar om migration och migranternas hälsa. Både på samhällelig och individuell nivå. Varje enskild migrant har sin sjukhistoria som både är unik och samtidigt ett förkroppsligande av de betingelser som migranten levtt under och formats av. Mötet mellan vårdgivare i Sverige och invånare med migrantbakgrund ställer särskilda krav på lyhördhet och förståelse, där alla tänkbara aspekter av mänsklig kommunikation blir av betydelse.

De fem aktuella doktorsavhandlingar som sammanfattas i rapporten bidrar alla med olika perspektiv på vad detta krav kan innebära i mötet mellan migrant och svensk hälso- och sjukvård. Studierna belyser hur svensk sjukvård diagnosticerar, klassificerar, registrerar, rapporterar, informerar, konsulterar och behandlar mig-

ranter i olika tillstånd mellan liv och död. Forskarna ger oss också rekommendationer om hur delar av all denna verksamhet kan förbättras.

Det är vår förhoppning att den kunskap som förmedlas genom rapporten ska bidra till ett fördjupat politiskt intresse för hur vi gemensamt stärker folkhälsan i globaliseringens tidevarv. Vi hoppas även att rapporten kan stimulera till en mer allmän diskussion om hur resurser kan fördelas och användas för att möjliggöra hållbarare levnadsvillkor och friskare svenskar, oberoende av deras geografiska och nationella startpunkter.

Den vetenskapliga granskningen av de fem avhandlingarna ägde rum i anslutning till disputationen vid respektive institution/universitet. För Delmis räkning har André Asplund, Raoul Galli, Iris Luthman och Sara Thalberg varit redaktörer. Suzanne Planchard, Linus Liljeberg, Simone Msghina, Eleonor Nakunzi och Jens Willgård har biträtt i arbetet.

Som brukligt i Delmi-sammanhang ansvarar författarna själva för innehåll, slutsatser och policyrekommendationer i respektive kapitel.

Stockholm i november 2020

Joakim Palme

Mattias Wahlstedt

Ordförande Delmi

Tf. Kanslichef Delmi

Inledning: folkhälsans ojämlika fördelning

Delegationen för migrationsstudiers (Delmis) tredje publikation i rapportserien Avhandlingsnytt har som brukligt samma tema som titel, denna gång *Migranterns möte med svensk hälso- och sjukvård*.

Fem relativt nydisputerade forskare vars doktorsavhandlingar på olika sätt behandlar det som sker när människor med skilda migrantbakgrunder möter hälso- och vårdinstitutioner i Sverige, har bjudits in att bidra till rapporten. Vi har bitt forskarna att sammanfatta sina avhandlingar som alla är framlagda och försvarade under 2010-talet. Vi har också bitt författarna att med stöd i studiernas resultat formulera rekommendationer till nytta och upplysning för Delmis läsekrets av lagstiftare, beslutsfattare, journalister, akademiker och insatt allmänhet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är Sveriges nationella mål att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den långsiktiga trenden är att folkhälsan generellt blir bättre. Medellivslängden ökar och överlevnaden har förbättrats för sjukdomar som diabetes, hjärtinfarkt, stroke och ett flertal cancersjukdomar. ”Samtidigt är vården och hälsan inte jämlik”, konstaterar Socialstyrelsen. Betydande skillnader i hälsa och vård finns mellan kvinnor och män, och mellan personer med lång respektive kort utbildning (Socialstyrelsen 2017; 2009; Folkhälsomyndigheten 2019).

Därtill har utrikes födda svenska invånare, *migranter*, som kollektivt en delvis sämre hälsa jämfört med personer födda i Sverige. Till exempel är infektionssjukdomar som tuberkulos, hiv och hepatit B vanligare bland utrikes födda än bland födda i Sverige. Ensamkommande barn och ungdomar får i högre utsträckning psykiatrisk vård jämfört med unga som är inrikes födda. Och så kallad självrapporterad psykisk ohälsa är generellt vanligare bland utrikes födda än inrikes födda (Folkhälsomyndigheten 2019).

Men migranternas hälsosituation visar sig också kunna variera över tid, eftersom hälsan påverkas av faktorer både före, under och efter migrationen till Sverige. Det gäller bland annat hur situationen i hemlandet sett ut, vilka upplevelser människor varit med om under sin migration och flykt, samt hur processen för mottagandet i det nya landet är organiserad.

Nyanlända migranter har generellt bättre hälsa än migranter som bott i Sverige i några år (Folkhälsomyndigheten 2019). Bland flyktingar som nyligen fått uppehållstillstånd i Sverige kan man genom så kallad självrapporterad hälsa, livskvalitet och funktion även konstatera att många flyktingar mår bättre än inrikes födda. Hälsan kan dock försämrats, exempelvis om etableringsprocessen tar för lång tid, då osäkerheten om framtiden blir starkare (Samverkansdelegationen 2017).

Studier som Folkhälsomyndigheten (2019) har gått igenom pekar på att faktorer *efter* migrationen har stor betydelse för hälsan hos personer i Sverige med migrantbakgrund. Så kallade välfärdssjukdomar som diabetes, högt blodtryck och övervikt och fetma är till exempel vanligare bland utrikes födda som bott i Sverige i fem år eller mer, jämfört med personer som bott här kortare tid än fem år. I Delmi-rapporten *Effekten av krig*, presenteras också resultat som pekar på att tiden i Sverige inte enbart har positiva effekter på krigsflyktingars hälsa. Genom sin jämförande studie av flyktingar från krigshärjade Irak och Syrien, som vid undersökningstillfället var bosatta i Sverige respektive Turkiet, kom rapportförfattarna här till slutsatsen att "sannolikheten att utveckla posttraumatisk stress som ett resultat av traumatiska krigsupplevelser var större i Sverige än i Turkiet" (Hall & Kahn 2020).

Många migranternas hälsa och välbefinnande förbättras med tiden i Sverige. Men tecken finns alltså också på det motsatta. Här har framtida forskning en uppgift i att söka svar på frågan om sambandet mellan vissa migrantgruppers vistelse i Sverige och deras gradvis försämrade hälsa.

Temats terminologi

Med "svensk hälso- och sjukvård" avser vi i denna rapport verksamhet inom hälsa, vård och omsorg som i offentlig, privat eller ideell form bedrivs i Sverige.

Med "möte" menar vi i första hand den typ av interaktion som i vårdvetenskaper också går under beteckningen "vårdmötet". Det vill säga den specifika sociala situation som uppstår när människor utifrån olika förutsättningar och bakgrunder, roller och (status)positioner möts därför att en av parterna har blivit kallad eller själv kontaktat en hälso- eller sjukvårdsinrättning för professionell konsultation och hjälp.

I termen "möte" finns också en mer abstrakt dimension som i migranters fall exempelvis inbegriper hur detaljer ur någons sjukhistoria uppfattas, klassificeras, registreras och rapporteras – eller inte – av vårdgivare utifrån rutiner och praxis som av historiska skäl i huvudsak är baserad på en nationell och institutionell tradition – den svenska.

Termen "migranter" används i rapporten som ett samlingsord för de många benämningar för grupper som är i bruk i vardagssvenskan, och som alla har det gemensamt att de på ett eller annat sätt pekar ut egenskaper som kategoriseraren bedömer måste särskiljas från en referenspunkt, som i kontrast till den förra bör kategoriseras som "svensk". Till exempel: utlänning, invandrare, nyanländ, asylsökande, flykting, papperslös, utlandsfödd, utrikes född, person med utländsk bakgrund. Delmi-rapporten *Kategoriernas dilemma* (Strömblad & Myrberg 2015) fördjupar sig i vad som kallats "kampen om klassificeringarna" (Bourdieu 1984). Den behandlar flera av de problem som kategoriseringar skapar i en vardag som aldrig är helt opolitisk, samtidigt som kategoriseringar kan göra stor praktisk nytta. Inte minst för att ringa in och söka åtgärda specifika gruppers systematiska missgynnanden.

I följande rapport fokuseras migranter främst i egenskap av "vårdtagare" i vid mening. Detta poängteras eftersom svensk hälso- och sjukvård också rymmer ett stort antal människor med migrantbakgrund bland sina anställda. Där de arbetar som läkare, tandläkare, psykologer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, ambulans-

sjukvårdare, undersköterskor, vårdbiträden, personliga assistenter, skötare och vårdare. Och dessa migranter möter förstås också dagligen svensk hälso- och sjukvård och alla de mikrosituationer som där uppstår när kulturellt präglade traditioner och vanor ska kommunicera, förstå och dra någorlunda jämnt med varandra för att, återigen, sträva mot ett nationellt mål om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. En del forskning pågår om migranter som arbetar inom svensk hälso- och sjukvård, i exempelvis forskningsantologin *Högutbildade migranter i Sverige* (Povrzanović Frykman & Öhlander 2018) behandlar sju av elva kapitel den stora grupp migranter som arbetar som läkare i Sverige (se också Gunnarsdotter et al. 2015; Behtoui et al. 2020).

Fem färska forskare och doktorsavhandlingar

De vetenskapliga avhandlingar som ligger till grund för denna Delmi-rapport rymmer självklart mer än de följande relativt korta resuméerna, särskilt i medicinskt och vårdvetenskapligt hänseende. Men poängen med serien Avhandlingsnytt är att kortfattat presentera kvalificerade vetenskapliga arbeten på ett lättillgängligt sätt och bidra till samlandet och spridandet av policyrelevant kunskap kring migration och integration.

Rapportens fem enskilda avhandlingsstudier är alla genomförda med empiri inhämtad på i huvudsak svensk botten och under handledning av forskare vid vetenskapliga institutioner på universitet och lärosäten i Sverige. De inbjudna forskarna och följande kapitelns författare är:

Dr. **Juliet Aweko**. Disputerade 2019 vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, med en avhandling om förutsättningarna för genomförande av program för egenvård av typ 2-diabetes och prediabetes i socioekonomiskt missgynnade områden i Sverige. Avhandlingstitel: *Self-management of Type 2 diabetes: Processes for setting up a diabetes and prediabetes support intervention in socioeconomically disadvantaged communities in Sweden*.

Dr. **Ulrika Byrskog**. Disputerade 2015 vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, med en avhandling om gravida somaliskfödda kvinnor och deras möten med svensk kvinnohälsovård via den enskilda barnmorskan och deras förutsättningarna för interaktion med fokus på välbefinnande och eventuellt förekommande våld i de gravida kvinnornas liv och migrationsprocess. Avhandlingstitel: *“Moving On” and Transitional Bridges: Studies on migration, violence, and wellbeing in encounters with Somali-born women and the maternity health care in Sweden.*

Dr. **Annika Esscher**. Disputerade 2014 vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, med en avhandling om mödradödlighet (inklusive suicid) i Sverige i samband med graviditet och förlossning och med fokus på utlandsfödda kvinnor. Avhandlingstitel: *Maternal Mortality in Sweden: Classification, Country of Birth, and Quality of Care.*

Dr. **Robert Jonzon**. Disputerade 2019 vid Institutionen för epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet, med en avhandling om de hälsoundersökningar som erbjuds alla asylsökande i Sverige, men utan att vara obligatoriska och vars låga genomförandegrad enligt studien visar på ett dysfunktionellt nationellt system i behov av förbättring. Avhandlingstitel: *Health assessments of asylum seekers within the Swedish healthcare system: a study of the interface between control and care, and how structure and procedures may influence access and coverage.*

Dr. **Josefin Wängdahl**. Disputerade 2017 vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, med en avhandling om hur olika typer av hälsolitteracitet (förmåga att tillgodogöra sig hälsoinformation) ser ut hos några grupper av nyanlända flyktingar i Sverige, och om vidare samband mellan hälsolitteracitet, hälsostatus, vårdsökandebeteende och upplevelser av den erbjudna ”hälsoundersökning för asylsökande” bland nyanlända flyktingar. Avhandlingstitel: *Health literacy among newly arrived refugees in Sweden and implications for health and healthcare.*

Coronakrisen våren 2020

Antologins tema om migranternas möte med svensk hälso- och sjukvård fick på ett oväntat sätt förhöjd aktualitet under senvintern och våren 2020, när coronakrisen kopplade sitt pandemiska grepp om Sverige och stora delar av världen. Stockholmsområdet drabbades tidigt av dödsfall kopplade till smitta av viruset sars-cov-2. I samband med dessa dödsfall gjorde läkare från Svensk-Somaliska Läkarföreningen en observation som fick snabb spridning via nyhets- och sociala medier: nämligen att oproportionerligt många svensksomalier tycktes finnas bland de avlidna (SVT 2020) och som en tidningsrubrik löd den tredje veckan i mars: ”Minst 6 av 15 döda stockholmare var svensksomalier” (Möller Berg & Skoglund 2020).

En samhällsdebatt tog fart och inom loppet av någon vecka publicerades mängder av nyhets- och kultursidesartiklar samt radio- och TV-inslag i de flesta rikstäckande svenska medierna. De framförda förklaringarna till att svensksomalierna utgjorde en sådan riskgrupp för att drabbas och dö av coronaviruset konkurrerade i någon mån med varandra och delade sig i två läger: ett där förklaringarna baserades på svensksomaliernas *kulturmönster* grundade i ursprungslandet; och ett där förklaringarna baserades på svensksomaliernas *klassposition* i det nya landet. De kulturcentrerade förklaringarna kretsade kring svensksomaliernas hävdade generationsboende, språkproblem, förekommande analfabetism och låga tillit till myndigheter. De klasscentrerade förklaringarna kretsade kring ofrivillig trångboddhet som orsak till förhöjd smittorisk och sjukdom, och här poängterades också det med smittorisk förbundna förhållandet att arbeta inom låginkomstyrken och sektorer med hög grad av social exponering (vård; service; transport) och därför liten möjlighet att följa myndigheternas råd om social distansering och hemarbete. Dessutom att dessa yrken snabbt skapar kroppsliga och mentala påfrestningar, genererar låga inkomster och begränsar möjligheterna till långsiktigt hälsosam konsumtion och livsstil.

Den fulla förklaringen till den utpekade sociala gruppen svensksomaliernas utsatthet för coronaviruset, ligger sannolikt som så ofta i en mer eller mindre utvecklad syn-

tes av alla föreslagna kulturella, sociala, ekonomiska, biologiska och medicinska delförklaringar. Vilka i sin tur kommer behöva kompletteras med mer substantiella kunskaper om covid-19 självt, och virusets vid den aktuella tidpunkten i mars 2020 ännu hypotetiskt förklarade spridnings- och verkansegenskaper. En studie som publicerades i *Läkartidningen* i juni 2020 gav sig i kast med att utreda sambanden med flera av de nämnda variablerna. Dess forskare kunde konstatera att strukturella förhållanden:

...kan bidra till olika smittspridningstakt i olika grupper i befolkningen, såsom trångboddhet, begränsad möjlighet att arbeta hemifrån samt beroende av kollektivtrafik. Vi har också visat att det i storstädernas miljonprogramsområden är vanligare med nära kontakt med äldre, såväl yrkesmässigt som genom flergenerationsboende. En stor del av dem som lever i trångboddhet i miljonprogramsområden, där möjligheterna till social distansering och isolering av riskgrupper är mindre, är invandrade från andra länder. (Hansson et al. 2020)

De hårdast drabbade stadsdelarna i Stockholm av coronaviruset visade sig i början av april 2020 vara Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta. Bägge stadsdelar med stor andel invånare med migrantbakgrund. Huvudstadens hälso- och sjukvårdsregionråd kommenterade läget:

Det är dystert att se för det speglar väldigt tydligt hur folkhälsan och segregationen ser ut i Stockholm. Där människor redan lever i utsatthet och där hälsan redan från början är sämre, där slår pandemin extra hårt [...] den generella bilden är att i socioekonomiskt utsatta områden så drabbas man mer än i andra områden. Jag var i Rinkeby i fredags och där är många som är sjuka och många som är oroliga där för smittan. Där fanns även oron ”om vården finns för oss?”. (Ritzén 2020)

Svaret på Rinkebybornas fråga är att svensk hälso- och sjukvård ska erbjuda patienter (och anhöriga) den bästa möjliga behandling och detta oavsett vilka skilda sociala och andra förutsättningar som dessa invånare må leva under. Enligt svensk hälso- och sjukvårdslag (2017:30; 3 kap. §1) är målet, igen, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Samtidigt är det som påpekat känt att

detta mål ännu inte är fullt uppnått. Socialstyrelsen förklarade via sin ledning i en debattartikel 2017 att svenskar lever allt längre och att fler idag överlever tidigare mer fatala sjukdomar, och fortsatte:

Samtidigt är hälsan och vården inte jämlik [...] Hälso- och sjukvården ska enligt lagen erbjudas på lika villkor oavsett om du är man eller kvinna, vilken utbildning du har, hur gammal du är eller var du bor och kommer ifrån. Så ser det inte alltid ut i dag. Svensk vård har fortfarande en bit kvar till jämlikhet – det visar Socialstyrelsens nya jämförelse av hälso- och sjukvården. /.../ Målet är att alla insatser inom hälso- och sjukvården ska ges utifrån patientens behov – oavsett kön, födelse-land, bostadsort eller utbildningsnivå. (Socialstyrelsen 2017)

Citatets avslutande sociala variabler berör alla Sveriges invånare på ett eller annat sätt. Att ha ett *födelseland* annat än Sverige är dessutom inte den enda egenskap som berör förutsättningarna för svenskar med migrantbakgrund att behandlas som svenskar födda i Sverige. Födelseland annat än Sverige kan sägas vara en grundfaktor som i sin tur påverkar en rad andra sociala förhållanden eftersom den innehåller och påverkar variabler av betydelse för hela livet genom sin påverkan på möjligheten att integreras in i det svenska samhället. Inte minst påverkar migrantens (liksom varje människas) födelseland initiala och socialt formade föreställningar om *könsnormer* och vad dessa möjliggör och begränsar för den individuella migranten i det nya landet. Födelselandet har även inverkan på vilken *utbildningsnivå* som varit möjlig för migranten att nå, vilket i nästa led påverkar möjligheten att tillgodogöra sig kunskaper i svenska språket. Dessutom påverkar födelselandet det sakförhållande som Stockholms hälso- och sjukvårdsregionråd berörde i citatet ovan, nämligen i vilken *bostadsort* som migranten slår sig ner i ett Sverige som idag är så tydligt segregerat, geografiskt, nationellt och socialt.

Som ofta har påpekats pågår betydande demografiska förändringar i 2000-talets Sverige. En av dessa förändringar är befolkningsökningen. Den dryga miljonen invånare som den svenska befolkningen har ökat med åren mellan 2000–2018, förklaras till stor del genom landets immigration. Närmare bestämt genom de två grupper nya svenska invånare som utgörs av dels de utlandsfödda, dels de födda

i Sverige som har två utrikes födda föräldrar. Tillsammans klassificeras dessa två grupper i offentlig svensk statistik under kategoriseringen ”personer med utländsk bakgrund” (SCB 2002). Den andel av dessa med utländsk bakgrund som just är utrikes *födda*, ökade under perioden 2000–2018 från 11 procent till 19 procent av totalbefolkningen. De utgör med andra ord en knapp femtedel av Sveriges numera dryga 10 miljoner invånare (SCB 2019). Deras hälsa är av stor betydelse. Först och främst för dem själva och deras anhöriga. Men också i ljuset av det mål som har nämnts och som fastslås i svensk hälso- och sjukvårdslag: en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Folkhälsomyndigheten är den offentliga institution i Sverige som just utför det slags syntes av kulturella och klassbaserade förklaringstyper, som nämndes i anslutning till coronakrisen och de drabbade svensksomalierna. I sitt kunskapsunderlag publicerat i rapporten *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland* (2019) klassificerar myndigheten kulturella faktorer under kategorin ”levnadsvanor” och klass- eller socioekonomiska faktorer under kategorin ”livsvillkor”. Rapporten är en sammanställning av resultat från en stor mängd studier som sammantagna pekar på att de migrantgrupper som ingår i den svenska befolkningens femtedelen kallad ”utrikes födda”, generellt har en delvis sämre hälsa än den inrikes födda svenska majoritetsbefolkningen. Men denna delvis sämre hälsa förklaras alltså inte enbart av förhållanden som migranterna genomlevt innan och eventuellt under migrationen till Sverige. Tvärtom tyder, som nämndes inledningsvis, en del på att den delvis sämre hälsan bland landets migranter beror på faktorer efter migrationen till Sverige (Folkhälsomyndigheten 2019). Exempelvis beträffande välfärdssjukdomarna som är vanligare bland de svenskar med migrantbakgrund som har bott i Sverige i fem år eller mer, jämfört med nyanlända migranter.

Detta förhållande behöver kopplas till migranternas (klassbetingade) livsvillkor och (kulturellt präglade) levnadsvanor i det nya landet, och frågor ställas som: Hur lätt är det att integreras in i det svenska samhället? Hur ser försörjnings- och karriärmöjligheterna ut? Hur ser bosättnings- och bostadsmöjligheterna ut?

Folkhälsomyndigheten (2019) pekar på att gruppen utrikes födda svenskar i jämförelse med gruppen inrikes födda har en högre arbetslöshet och att de utrikes födda

med arbete är verksamma inom yrken som genererar lägre disponibel inkomst i jämförelse med majoriteten personer födda i Sverige. Dessutom vet vi att utrikes födda i genomsnitt har otryggare anställningar än inrikes födda, och att utrikes födda är kraftigt överrepresenterade i bemanningsföretag, med tidsbegränsade anställningar i form av projektarbete, daglönearbete och så kallade springvikariat. Dessa förutsättningar skapar ekonomiska livsvillkor fyllda av stress. Och det är känt att långvarig negativ stress skapar en obalans i kroppen som gör oss mer mottagliga för sjukdomar.

En central rekommendation

Varje kapitel i denna antologi avslutas med slutsatser och rekommendationer. De tar alla sikte på olika aspekter av migranters möte med svensk hälso- och sjukvård. Men läsare kommer snart att se att de finns ett centralt ämne som i olika skepnader återkommer hos dem alla. Det är *kommunikation*. Bristande kommunikation tycks bidra till en mängd missförstånd, förbiseenden, försummad avgörande information och felaktiga beslut. Brister i kommunikationen mellan migranten och vårdgivaren bedöms till och med i några fall ligga bakom dödsfall. Kommunikation handlar förstås om språk. Om talspråk, skriftspråk, bildspråk, kroppsspråk. Men inte enbart om språk. Kommunikation handlar också om förståelse, i vid mening, för människors likheter och olikheter, som individer och som delar av sociala kollektiv med egna historier. Och förståelse bygger på en vilja, förmåga och möjlighet att ta till sig vad som kanske inte direkt lyckas formuleras glasklart. Förbättrad god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen – och bortom de sociala kategoriseringarna – beror på en kollektiv vilja, förmåga och möjlighet att få alla vårdtagare och vårdgivare inom svensk hälso- och sjukvård att bättre kommunicera och förstå varandra.

Raoul Galli är forskare och utredningssekreterare vid Delmis kansli

Referenser

Behtoui, A., Boreus, K., Neergaard, A. och Yazdanpanah, S. (2020) Why are care workers from the global south disadvantaged?: Inequality and discrimination in Swedish elderly care work. *Ethnic and Racial Studies* vol. 43:16, pp. 155-174.

Bourdieu, P. (1984/1979) *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Folkhälsomyndigheten (2019). Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikes-fodda-skillnader-i-halsa-utifran-fodseland/?pub=61466>

Gunnarsdotter, S., Lindgren, M. och Pagels, S. (2015) De räddar den svenska vården. Var fjärde läkare är invandrare idag. *Sjukhusläkaren* 2015:8; 12–33. Hämtad från http://www.sjukhuslakaren.se/wp-content/uploads/2015/12/Sjukhusla%CC%88karen-2015_8-.pdf

Hall, J. och Kahn, D. (2020) *Effekten av krig. Posttraumatisk stress och social tillit hos flyktingar* (Delmi 2020:3). Stockholm: Delegationen för migrationsstudier.

Hansson, E., Albin, M., Rasmussen, M. och Jakobsson, A. (2020) Stora skillnader i överdödlighet våren 2020 utifrån födelseland. *Läkartidningen*, 2020/28–32; 2020;117:20113.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Joyce, P. (2015) *Integrationspolitik och arbetsmarknad. En översikt av integrationsåtgärder i Sverige 1998–2014*. (Delmi 2015:3). Stockholm: Delegationen för migrationsstudier.

Möller Berg, A. och Skoglund, K. (2020) Minst 6 av 15 döda stockholmare var svensksomalier. *Expressen* 23 mars 2020. Hämtad från <https://www.expressen.se/nyheter/minst-6-av-15-doda-stockholmare-var-svensksomalier/>

Povržanović Frykman, M. och Öhlander, M. (red.) (2018) *Högutbildade migranter i Sverige*. Lund: Arkiv förlag.

Ritzén, J. (2020) Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta värst drabbat av coronasmittan. *Dagens Nyheter* 7 april 2020. Hämtad från <https://www.dn.se/sthlm/rinkeby-kista-och-spanga-tensta-varst-drabbat-av-coronasmittan/>

Samverkansdelegationen (Arbetsförmedlingen; Försäkringskassan; Länsstyrelserna; Migrationsverket; Sveriges kommuner och landsting) (2017) *Nyanländas hälsa. Sammanställning utifrån ett urval av rapporter*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsahos-personer-som-ar-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466>

SCB / Statistiska centralbyrån (2002). *Personer med utländsk bakgrund. Riktlinjer för redovisning i statistiken*. Meddelanden i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik 2002:3. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

SCB / Statistiska centralbyrån (2019) *Integration. En beskrivning av läget i Sverige*. Integration: Rapport 13. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport*. Hämtad från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/ Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf)

Socialstyrelsen (2017) Svensk hälsa och vård är fortfarande ojämlig. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/svensk-halsa-och-vard-ar-fortfarande-ojamlik/>

Strömblad, P. och Myrberg, G. (2015) *Kategoriernas dilemma. En kunskapsöversikt om kategorisering utifrån nationellt och etniskt ursprung i offentlig politik och forskning*. (Delmi 2015:7). Stockholm: Delegationen för migrationsstudier.

SVT / Sveriges Television (2020) Läkarförening larmar: Flera svensksomalier bland coronadödsfall i Stockholmsområdet. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/lakarforening-larmar-over-halften-av-de-doda-ar-svensksomalier>

Innehåll

| | |
|--|-----|
| Inledning: folkhälsans ojämlika fördelning | i |
| Temats terminologi | iii |
| Fem färska forskare och doktorsavhandlingar | iv |
| Coronakrisen våren 2020..... | vi |
| En central rekommendation | x |
| Referenser | xi |
| 1. Mödradödlighet i Sverige med fokus på utlandsfödda kvinnor / Annika Esscher | 1 |
| Bakgrund..... | 1 |
| Dödsorsaker bland kvinnor i reproduktiv ålder | 4 |
| Underrapportering av mödradödsfall | 5 |
| Varför är mödradödligheten större bland utlandsfödda kvinnor i Sverige?..... | 6 |
| Själv mord under graviditet och året efter förlossning | 9 |
| Sammanfattning av resultaten | 11 |
| Rekommendationer..... | 11 |
| Referenser | 13 |
| 2. Egenvård av typ 2-diabetes: Uppbyggnaden av stödinsatser för diabetes och prediabetes i socioekonomiskt utsatta områden i Sverige / Juliet Aweko | 15 |
| Inledning..... | 15 |
| Bakgrund..... | 17 |
| Metod | 19 |
| Resultat | 22 |
| Sammanfattning av resultat..... | 28 |
| Rekommendationer..... | 28 |
| Referenser | 29 |
| 3. Hälsolitteracitet bland nyanlända flyktingar i Sverige – implikationer för hälsa och hälso- och sjukvården / Josefin Wångdahl | 33 |
| Inledning och syfte med avhandlingen..... | 33 |
| Bakgrund..... | 34 |

| | |
|--|-----------|
| Migration och hälsa | 35 |
| Delstudie 1: Funktionell och komplex hälsolitteracitet hos nyanlända flyktingar..... | 36 |
| Delstudie 2: Flyktingars upplevelse av hälsoundersökningen för asylsökande..... | 39 |
| Delstudie 3: Kvalitativ upplevelse av hälsoundersökningen för asylsökande | 41 |
| Delstudie 4: Komplex hälsolitteracitet i relation till hälsa och vårdkontakter | 44 |
| Slutsatser och rekommendationer | 45 |
| Referenser | 47 |
| 4. På tröskeln. Om migration, våld och välbefinnande i mötet mellan somalifödda kvinnor och svensk kvinnohälsovård / Ulrika Byrskog | 51 |
| Introduktion | 51 |
| Metoder | 53 |
| Resultat | 54 |
| Avslutande diskussion | 60 |
| Referenser | 63 |
| 5. Hälsoundersökningar av asylsökande inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet / Robert Jonzon | 67 |
| Inledning..... | 67 |
| Bakgrund..... | 68 |
| Kunskapsläget | 70 |
| Syfte | 71 |
| Teoretiskt ramverk..... | 71 |
| Metod | 72 |
| Resultat | 73 |
| Slutsatser och policyrekommendationer | 79 |
| Referenser | 81 |
| Förteckning över tidigare publikationer..... | 85 |

Figurer och tabeller

| | |
|---|----|
| Figur 3.1. Fördelning av olika nivåer funktionell hälsolitteracitet | 37 |
| Figur 3.2. Fördelning av olika nivåer komplex hälsolitteracitet | 38 |
| Figur 5.1. Ramverk för tillgång och tillgänglighet..... | 72 |
| Tabell 2.1. Deltagare i studien | 21 |
| Tabell 3.1. Schematisk översikt för kategorier, subkategorier och citat | 45 |

1. Mödradödlighet i Sverige med fokus på utlandsfödda kvinnor

Annika Esscher

Trots att 99 procent av alla mödradödsfall sker i låginkomstländer, händer det även i höginkomstländer att kvinnor dör på grund av komplikationer till graviditet och förlossning (obstetrik). Det absoluta antalet är litet, men varje fall är en katastrof för de familjer som drabbas.

Målet med denna avhandling (Esscher 2014) var att studera aspekter av mödradöd i Sverige under åren 1980–2010. Vi ville veta hur stor mödradödligheten är i Sverige då officiell statistik ofta undervärderar mödradödligheten, även i länder med god dödsorsaksstatistik. Vi ville också veta om utlandsfödda kvinnor löper högre risk för mödradöd än svenskfödda kvinnor och om en sådan eventuell skillnad kan ha samband med vårdens kvalitet. Slutligen ville vi ha mer kunskap om den grupp av kvinnor som tar sitt liv under graviditeten eller under året efter att de har fött barn.

Bakgrund

Mödradöd definieras av WHO (World Health Organization) som död under graviditet eller inom 42 dagar efter att graviditeten avslutats, oavsett graviditetens längd, på grund av sjukdomar eller komplikationer orsakade eller förvärrade av graviditeten. Däremot räknas inte olyckor och tillfälligt sammanträffande sjukdomar som inte är relaterade till graviditeten. Ett *direkt* mödradödsfall orsakas av en graviditets- eller

förlossningskomplikation eller en kedja av händelser som startar med en sådan komplikation. Ett *indirekt* mödradödsfall orsakas av en sjukdom som uppstår före eller under graviditeten men inte av graviditeten i sig, även om sjukdomens förlopp kan förvärras av de fysiologiska förändringar som graviditet medför. Dödsfall orsakade av havandeskapsförgiftning (preeklampsi), förlossningsblödningar, barnsängsfeber och narkoskomplikationer är exempel på direkt mödradöd, medan död orsakad av försämring av exempelvis hjärt- eller njursjukdomar klassificeras som indirekta. Mödradödlighet är en av de indikatorer som brukar användas för att beskriva en befolknings hälsotillstånd och ett lands sjukvårdskvalitet, och brukar mätas som en kvot: antalet mödradödsfall per 100 000 levande födda barn. Nämnaren kan uppfattas som förvirrande eftersom en del kvinnor avlider utan att ha fött sitt barn, men den används ändå eftersom det är ett stabilt mått och det inte är möjligt att räkna antalet graviditeter (WHO 2015). Under de senaste 30 åren har det årligen fötts mellan 85 000 och 120 000 levande födda barn i Sverige (Socialstyrelsen 2019).

När denna avhandling lades fram 2014 hade vi ännu inte nåtts av det glädjande budskapet att den globala mödradödligheten minskat med 44 procent, från 385 till 216 per 100 000 levande födda under åren 1990–2015 (WHO 2015). Skillnaderna mellan länder med den högsta respektive lägsta mödradödligheten är dock hundrafaldig, och ett av Förenta Nationernas (FN) mål för hållbar utveckling (s.k. Globala målen/Agenda 2030) är att minska den globala mödradödligheten till 70 och att inget land ska ha högre mödradödlighet än 140 per 100 000 levande födda barn år 2030 (FN 2015).

I Sverige utvecklades förlossningsvården under 1700- och 1800-talen. Grunden till detta var ambitionen att erbjuda lika vård för alla, oavsett var i landet man bodde. I slutet av 1800-talet fanns i hela Sverige utbildade distriktsbarnmorskor som assisterade vid hemförlossningar. Tack vare dessa barnmorskor i samarbete med provinsialläkarna, parallellt med att kunskapen om hygien utvecklades, minskade mödradödligheten i Sverige långt före länder som USA och Storbritannien. Under början av 1900-talet ökade mödradödligheten i Sverige på grund av komplikationer till illegala aborter, för att under åren 1930–1980 sjunka så dramatiskt att det kan räknas som en av de största landvinningarna på hälsoområdet i den industrial-

serade världens historia. Detta möjliggjordes av säkrare kejsarsnitt, möjlighet att transfundera blod och behandla infektioner i kombination med en bättre folkhälsa, fattigdomsbekämpning och demografiska förändringar (Högberg & Wall 1986).

Mödradödligheten i Europa har gått ned under flera decennier, men studier från flera europeiska länder samt USA (Ibison et al. 1996; Salanave & Bouvier-Colle 1996; Lang & King 2008; Schutte et al. 2010; WHO 2010) visar att nedgången har stagnerat och att mödradödligheten i några europeiska länder till och med har visat en svag uppgång. Den ökning som framkommer i dessa länders offentliga statistik kan delvis förklaras av att datainsamlingen har blivit bättre, vilket betyder att man delvis har kommit till rätta med underrapporteringen av mödradödligheten. Ökad migration samt att blivande mödrar är äldre och mer överviktiga – vilket ökar risken för komplikationer – är andra förklaringar till ökningen på senare år. Medicinska framsteg på områden som behandling av cancer, medfödda hjärtfel och infertilitet gör att även grupper som tidigare ej kunnat bli gravida nu kan det, men deras graviditeter kan vara mer komplicerade. Den ökande andelen kejsarsnittsförlossningar kan också medföra risker för kvinnan. Utlandsfödda kvinnor, särskilt de födda i Afrika söder om Sahara, har i flera europeiska studier visat sig inte bara drabbas av sämre förlossningsutfall utan även löpa högre risk för mödradöd än kvinnor födda i respektive europeiskt land (Ibison et al. 1996; Schutte et al. 2010). Detta har inte enkelt kunnat förklaras av enbart kända obstetriska riskfaktorer såsom de beskrivna ovan. Inte heller kan socioekonomiska riskfaktorer tydligt förklara de utlandsfödda kvinnornas ökade risk.

Sverige har en stor utlandsfödd befolkning och mer än vart femte nyfött barn i Sverige har en mamma född i ett annat land (Socialstyrelsen 2019). Redan 2002 visade det sig att en språkbarriär bidrog till att den perinatale dödligheten (död från 28:e graviditetsveckan till 28 dagar efter födelsen) bland barn till kvinnor från Afrikas horn (Somalia, Etiopien, Eritrea och Djibouti) var högre än bland barn till svenskfödda mammor i Malmö (Essén et al. 2002). Sedan dess har vikten av att använda professionella tolkar lyfts som en av de viktigaste rekommendationerna för att minska mödradödligheten i bland annat Storbritannien (CMACE 2011).

Dödsorsaker bland kvinnor i reproduktiv ålder

I den första studien undersökte vi dödsorsaker hos alla kvinnor som avlidit i Sverige i reproduktiv ålder (15–49 år) under åren 1988–2007. Vi valde att gruppera de utlandsfödda kvinnornas födelseländer enligt Världsbankens klassifikation av ekonomier, i låg-, medel- och höginkomstländer samt Sverige, med hypotesen att kvinnor som kommer från fattiga länder kommer att fortsätta vara mer sårbara även efter migration till Sverige. Vi fann att risken att dö i reproduktiv ålder var högre för utlandsfödda kvinnor som var födda både i låginkomstländer och höginkomstländer än för svenskfödda kvinnor. Kvinnor födda i medelinkomstländer löpte lägre risk än svenskfödda kvinnor att dö i detta åldersintervall. Vi undersökte den diagnos som i dödsorsaksregistret var noterad som den underliggande dödsorsaken och försökte finna samband mellan dödsorsaken och kvinnans födelseland. Kvinnor födda i ett höginkomstland (utanför Sverige) löpte högre risk än svenskfödda kvinnor att dö i olyckor, av missbruk, självmord samt hjärt-och kärlsjukdomar. Dessa kvinnor kommer främst från de andra nordiska länderna, i första hand från Finland, och tidigare forskning har visat att det är en socioekonomiskt utsatt grupp med sämre hälsa än svenskfödda kvinnor.

Störst skillnad mellan svensk- och utlandsfödda fann vi för infektionssjukdomar, där risken att dö var 15 gånger högre för kvinnor födda i låginkomstländer än för svenskfödda. Detta kan till en stor del förklaras av att effektiva bromsmediciner för HIV inte fanns under den första halvan av studieperioden och att HIV/AIDS då var en dödlig sjukdom. Många av de låginkomstländer som dessa kvinnor kommer från har en hög förekomst av HIV. Risken att dö på grund av en sjukdom eller komplikation kopplad till graviditet och förlossning visade sig vara sex till sju gånger högre för kvinnor födda i låginkomstländer, vilket är betydligt svårare att förklara.

Underrapportering av mödradödsfall

Problemet med att enbart studera den underliggande dödsorsaken i dödsorsaksregistret är att man då missar mödradödsfall, och underrapportering av mödradödsfall är ett känt problem även i länder med väl fungerande vitalstatistik såsom Sverige. Ett exempel är en kvinna som dör av en hjärtsjukdom som försämrats av graviditeten, då hjärtsjukdomen kommer att rapporteras som den underliggande dödsorsaken och hon inte rapporteras som ett mödradödsfall. Därför valde vi i den andra studien att samköra dödsorsaksregistret med medicinska födelseregistret och patientregistret, och sedan granska dödsorsaksintygen. På så sätt kunde vi identifiera 64 procent fler mödradödsfall under åren 1988–2007 än de som rapporterats till WHO. Detta kunde förklaras av att det fanns brister i identifieringen av mödradödsfall på tre olika nivåer. De två första bestod i bristande kunskaper eller insikter hos de läkare som fyllt i dödsorsaksintygen, respektive kodat dödsorsakerna i dödsorsaksregistret. Den tredje nivån låg på ett strukturellt plan och orsakades av att reglerna för hur dödsorsakerna kods inte överensstämmer med definitionen av mödradöd. Trots underrapporteringen hör Sverige, med en mödradödlighet på omkring 6 per 100 000 levande födda barn, till ett av de länder med den lägsta mödradödligheten i världen.

Sedan studien genomfördes har Sverige förändrat sitt sätt att rapportera mödradödsfall till WHO, och man rapporterar numera inte enbart kvinnor som har en graviditetsrelaterad diagnos som underliggande dödsorsak utan även fallen med en graviditetsrelaterad bidragande dödsorsak. Därmed kommer man närmare sanningen i mödradödsfallsstatistiken, vilket förenklar jämförelse av statistiken mellan länder.

Varför är mödradödligheten större bland utlandsfödda kvinnor i Sverige?

Vi ville i den tredje studien undersöka om skillnader i vårdens kvalitet kunde bidra till att förklara skillnaden i risk för mödradöd mellan utlandsfödda och svenskfödda kvinnor. Eftersom mödradöd är mycket ovanligt i länder som Sverige är det svårt att identifiera riskfaktorer genom epidemiologiska studier. Istället kan granskning av fall som slutat illa ge oss kunskap om brister i vården och hjälpa oss att göra förbättringar som kan komma många till gagn.

Vi granskade förloppet som ledde till mödradöd bland 25 kvinnor födda i låg- och medelinkomstländer samt 48 svenskfödda kvinnor som avlidit på svenska sjukhus under åren 1988–2010. Kvinnornas sjukhusjournaler granskades och vi försökte rekonstruera förloppet och finna suboptimala faktorer (händelser som inte var gynnsamma) i vårdförloppet. En suboptimal faktor bedömdes som betydande om den bidrog väsentligt till kvinnans död och att hon troligen hade kunnat räddas av en annorlunda handläggning. En smärre suboptimal faktor definierades som en händelse som bidrog till det ogynnsamma förloppet, men att kvinnans liv förmodligen ändå inte hade kunnat räddas. I begreppet handläggning omfattas i detta sammanhang även sådant som kvinnan själv eller hennes familj hade kunnat göra annorlunda för att förhindra det tragiska förloppet. Huruvida suboptimala faktorer förekom eller ej bedömdes av en expertgrupp bestående av fem erfarna förlossningsläkare.

I en del fall var förloppet så plötsligt och oundvikligt att inget hade kunnat göras för att rädda kvinnan, men i två tredjedelar (51/73) av mödradödsfallen fann vi suboptimala faktorer. I hälften av fallen (36/73) förekom minst en betydande suboptimal faktor, vilket betyder att vi bedömde att dessa dödsfall hade kunnat undvikas genom en annan handläggning. Vi nivåbestämde de suboptimala faktorerna enligt en modell som används för att beskriva de hinder som kvinnor i låginkomstländer möter på vägen till rätt vård i rätt tid vid förlossningskomplikationer (Thaddeus & Maine 1994) och som modifierats av Binder et al. (2012) för att beskriva den ut-

landsfödda kvinnans väg till rätt vård i ett höginkomstland. Den första nivån avser kvinnans/familjens sätt att söka vård och omfattar faktorer såsom exempelvis att kvinnan skrev in sig sent i mödravården, inte följde läkarens/barnmorskans råd eller inte kom på planerade besök. Sådana suboptimala faktorer förekom både hos svenskfödda och utlandsfödda kvinnor, men oftare bland de utlandsfödda. Fall A exemplifierar hur händelser på denna första nivå bidrog till att en utlandsfödd kvinna avled.

Fall A. En 21-årig förstföderska från Mellanöstern utvecklade havandeskapsförgiftning (preeklampsi) i graviditetsvecka 35 + 2. Kvinnan nekade inläggning på sjukhus på grund av kommunikationsproblem och handlades därför polikliniskt (täta besök på specialismödravårdsmottagning) fram till att förlossningen satts igång. Hon födde i vecka 36 + 2 och förlossningen komplicerades av en större blödning. Tre dagar efter förlossningen ville kvinnan bli utskriven mot läkarens inrådan. Hennes blodtryck var då fortfarande högt men hon skrevs ut för att vara hos sitt barn som vårdades på nyföddhetsavdelningen. Kvinnan uppmanades att komma och kontrollera sitt blodtryck på kvinnokliniken, men inga sådana kontroller finns dokumenterade i journalen. Tretton dagar efter förlossningen sökte kvinnan till kvinnoklinikens akutmottagning på grund av en stor vaginal blödning som behandlades omgående med skrapning och blodtransfusion. Hon hade ett extremt lågt blodvärde (36 g/L) före blodtransfusion. Dagen därpå fick hon hjärtstillestånd och avled. Obduktionen visade att hon fått en hjärtinfarkt.

Den andra nivån omfattar faktorer relaterade till vårdens tillgänglighet. I låginkomstländer innebär dessa oftast försenad transport till sjukhus. I detta material kom kvinnorna fram till vårdinrättningarna, men tillgängligheten till god vård begränsades av en språkbarriär. Om patient och vårdgivare inte talar samma språk får inte vårdgivaren tillgång till patientens sjukhistoria och patienten får inte tillgång till vårdgivarens kunskap. För att komma över denna barriär krävs professionell tolkning. Språkbarriären kan leda till en försenad diagnos och behandling vilket kan vara avgörande för utgången i det enskilda fallet. Suboptimala faktorer relate-

rade till tillgänglighet förekom enbart bland utlandsfödda kvinnor. I tre fall bedömdes språkbarriären vara en betydande suboptimal faktor. Det betyder att dödlig utgång hade kunnat undvikas om väl fungerande tolkning hade funnits på plats, och i tio fall bidrog språkproblemen till förloppet. Fall B illustrerar hur man trots uttalade språkproblem underlätit att använda tolk och därigenom missat väsentlig information.

Fall B. En 42-årig afrikansk kvinna som tidigare fött barn i Sverige, men vars svenska var bristfällig, skulle genomgå en skrapning med anledning av ett missfall. Natten före ingreppet sökte kvinnan vård på ett annat sjukhus på grund av bröstsmärta. Läkaren bedömde att smärtan kom från musklerna och att hennes höga puls orsakades av oro, men någon tolk användes inte trots att man noterade uttalade språkproblem. Det är oklart om jourläkaren kände till patientens graviditet, vilken ökar risken för blodproppar. På morgonen kom kvinnan tillbaka till det första sjukhuset för skrapning. Där användes tolk, men nattens sjukhusbesök framkom ej vid samtalet. Skrapningen utfördes komplikationsfritt, men strax efter fick kvinnan hjärtstillestånd och avled. Obduktionen visade blodproppar i lungan.

De vanligaste suboptimala faktorerna var relaterade till vårdens kvalitet och förekom i 50 fall (i 34 fall minst en betydande faktor och i 16 fall minst en smärre). Bristande vårdkvalitet omfattade att fel diagnos ställdes, att behandlingen fördröjdes, att remittering till annan vårdnivå/specialitet fördröjdes och/eller att kommunikationen brast mellan vårdgivare eller kliniker. Faktorer som var relaterade till vårdens kvalitet drabbade oftare utlandsfödda än svenskfödda och förekom ibland, men inte alltid, i kombination med språkförbistring. Fall C illustrerar hur en kvinna förutom sen inskrivning i mödrahjälsvården (nivå 1) och bristande tolkanvändning (nivå 2) även drabbades av bristande vårdkvalitet (nivå 3) där hennes symptom misstolkades av mödrahjälsvården och inte behandlades adekvat när hon väl kom till sjukhus.

Fall C. En afrikansk kvinna som levte i Sverige drygt fyra år skrev in sig i mödravårdsvården sent i graviditeten, i vecka 25. I journalen finns inga tolksamtal dokumenterade trots att man skrivit att kvinnan talade bristfällig svenska. En vecka efter sitt första mödravårdsbesök besökte hon vårdcentralen för att hon hade huvudvärk, illamående och buksmärta, symptom som alltid ska leda till vidare undersökning av potentiell havandeskapsförgiftning hos en gravid kvinna. Hennes blodtryck var förhöjt och dagen därpå hade hon förutom äggvita i urinen även tecken på urinvägsinfektion. Hon blev hemskickad med behandling för urinvägsinfektion, men återkom senare för att hon hade svår huvudvärk och skickades då till sjukhus där hon fick ett krampanfall (eklampsi) orsakat av hennes havandeskapsförgiftning. Hon visade sig ha drabbats av en hjärnblödning. På sjukhuset blev rätt behandling (magnesiumdropp och kejsarsnittsförlossning) fördröjd i över tolv timmar. Kvinnan dog två veckor senare på grund av hjärnblödningen.

Fyra av kvinnorna dog på grund av komplikationer till sjukdomar som inte vanligen förekommer i Sverige, såsom tuberkulos och reumatisk feber. I dessa fall framgick att vårdgivarnas kunskaper om dessa sjukdomar brast. Brist på vårdplatser på förlossningsavdelning bedömdes inte orsaka eller bidra till något av dödsfallen, däremot finns bland fallen en kvinna som hade behövt en intensivvårdsplats betydligt tidigare i förloppet men inte fick det på grund av vårdplatsbrist eller bristande prioritering, och en kvinna vars operation blev uppskjuten då en annan patient prioriterades.

Själv mord under graviditet och året efter förlossning

Den fjärde studien är en beskrivande undersökning av alla kvinnor som tog sitt liv under graviditet eller inom ett år efter förlossning i Sverige under åren 1980–2007. Trots att kvinnor som föder barn löper mindre risk för att begå självmord under året

efter förlossning än kvinnor som inte föder barn, är självmord en av de vanligaste dödsorsakerna året efter förlossning. Risken att insjukna i en allvarlig depressiv, manisk eller psykotisk episod är förhöjd efter förlossning. År 2012 beslutade WHO att kategorisera självmord under graviditet och barnsängstid som direkta mödradödsfall (WHO 2012). Utlandsfödda kvinnor har enligt flera studier (Collins et al. 2011; Wangel et al. 2012) rapporterat sämre psykisk hälsa under graviditet och efter förlossning, samtidigt som flera studier som syftat till att undersöka frekvensen av psykisk ohälsa har exkluderat icke-svensktalande kvinnor. Vi ville studera självmord från mödra- och förlossningsvårdens perspektiv och undersökte registerdata från dödsorsaksregistret, medicinska födelseregistret och patientregistret, samt granskade mödravårdens och kvinnoklinikernas journaler från kvinnornas sista graviditet, förlossning och BB-tid. Psykiatrins journaler hade vi inte tillgång till. I genomsnitt dog 3,7 kvinnor per 100 000 levande födda barn på grund av självmord under graviditet eller under första året efter förlossning. Denna kvot var stabil under studieperioden, medan självmord i nästan alla andra grupper i Sverige minskade. Kvinnor födda i låg- och medelinkomstländer löpte en högre risk (6,4 fall per 100 000 levande födda) än svenskfödda kvinnor (3,5 per 100 000 levande födda). Tre fjärdedelar (77/103) av kvinnorna som avled hade fått psykiatrisk vård före, under eller efter graviditeten, medan det för en fjärdedel (26/103) av kvinnorna inte fanns tecken på psykisk sjukdom noterade i journalen eller i patientregistret. Ett flertal av kvinnorna som tidigare fått psykiatrisk vård fångades inte upp av mödravårdens. Trots kunskapen att många psykiska sjukdomar kan försämrats under tiden efter förlossningen, hade endast en femtedel av kvinnorna en dokumenterad plan för hur de skulle följas upp avseende sin psykiska hälsa när de skrevs ut från BB. Vi jämförde självmordssätt och psykiatrisk sjuklighet mellan de kvinnor som tog sitt liv under graviditet eller inom sex månader efter förlossning med de som tog sitt liv 6–12 månader efter förlossning. Vi fann att våldsamma självmordssätt var vanligare bland de kvinnor som dog under graviditet eller inom det första halvåret efter förlossning jämfört med de kvinnor som dog under det andra halvåret efter förlossning. Generellt brukar förgiftning, som klassificeras som ett icke-våldsamt självmordssätt, vara det vanligaste sättet att ta sitt liv bland kvinnor. Kvinnorna som tog sitt liv under graviditet eller inom sex månader efter förlossning hade mer sällan en psykiatrisk sjuklighet före graviditeten än de som dog 6–12 månader efter förlossning.

Det bör tilläggas att sjukvårdens kunskap om och rutiner för att uppmärksamma gravida kvinnors psykiska mående har ökat dramatiskt sedan 2007.

Sammanfattning av resultaten

Sammanfattningsvis var mödradödligheten i Sverige 1988–2007 mycket låg med 6 fall per 100 000 levande födda, men inte riktigt så låg som den siffra vi rapporterade till WHO. Att mäta mödradödlighet är svårt, men man kan få mer korrekt lägesbeskrivning genom att kombinera statistik från olika nationella register. Kvinnor födda i låginkomstländer löpte en högre risk för mödradöd samt för självmord under graviditet och året efter förlossning. Den förhöjda risken för mödradöd bland de utlandsfödda kvinnorna kunde till en del förklaras av sjukdomar med ursprung i kvinnornas ursprungsländer, skillnader i hur man söker vård, bristande tolkanvändning samt att de oftare fick bristfällig vård. Mer än hälften av de kvinnor som begick självmord under graviditet och året efter förlossning hade en känd psykiatrisk sjuklighet, som inte alltid hade fångats upp av mödravården. I en fjärdedel av självmorden fanns inga signaler till psykisk ohälsa dokumenterade.

Rekommendationer

Alla mödradödsfall och självmord i samband med graviditet kan inte undvikas, men genom att studera fall med dödlig utgång kan brister i sjukvården belysas och förhoppningsvis leda till förbättringar i vården. Studierna i denna avhandling talar för att det skulle gå att minska mödradödligheten ytterligare, från en redan mycket låg nivå. Förutsättningarna för detta är ett nära samarbete mellan de olika specialiteter som kan vara inblandade vid svåra obstetriska komplikationer, samt att prioritera patientsäkerhetsarbete vilket även omfattar att man säkerställer god kommunikation med *alla* patienter och mellan vårdgivare.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska alla patienter ges möjlighet att vara delaktiga i beslut kring vården, och förvaltningslagen (2017:900) ger alla personer

som inte behärskar svenska rätt till tolk i sjukvården. Mer än 15 år har förflutit sedan den första studien publicerades som påvisade samband mellan kommunikationsproblem och ökad risk för perinatal död bland barnen till mödrar från Afrikas horn, och i denna avhandling visas att kommunikationsproblem ökar risken för mödradödsfall. Detta kan ses som toppen av ett isberg av patientsäkerhetsproblem som kan uppstå när patient och vårdgivare inte kan kommunicera med varandra. Patientens sjukhistoria är läkarens viktigaste verktyg för att ställa rätt diagnos och därmed kunna inleda rätt behandling. Patientens förmåga att förstå behandlingen är central för bland annat följsamheten till behandlingen. Än idag händer det att man i sjukvården försöker kommunicera med icke-svenskspråkiga patienter utan professionell tolk, vilket är anmärkningsvärt. Med hjälp av högtalartelefon kan tolkning ske var som helst i Sverige på nästan alla aktuella språk. Bristen på auktoriserade sjukvårdstolkare och svårigheter att bedöma tolkningens kvalitet ligger utanför denna avhandlings fokus.

Oavsett om en språkbarriär föreligger eller ej bör ansvaret för att en patient inte följer vårdgivarens råd inte enbart läggas på patienten. Vårdgivaren har ett ansvar för att försöka förstå om det kan ligga missuppfattningar bakom patientens förhållningssätt.

Mer än var femte gravid kvinna i Sverige idag är född i ett annat land. En fullständig sjukhistoria omfattar att man efterfrågar kvinnans hälsa före, under och efter migration till Sverige. Man bör vara medveten om att utlandsfödda kvinnor kan bära med sig hälsotillstånd som vi inte är vana att se i Sverige idag.

I enlighet med mödrahälsovårdens nationella riktlinjer är det viktigt att fånga upp kvinnor med psykisk ohälsa, och särskilt viktigt är det att identifiera kvinnor med svårare psykiatriska tillstånd. Samtliga kvinnor med tidigare psykisk ohälsa och kvinnor som uppvisar sådana symptom under graviditeten bör ha en dokumenterad plan för uppföljning efter förlossningen. Utlandsfödda kvinnor utgör en sårbar grupp avseende psykisk ohälsa.

Referenser

Binder, P., Johnsdotter, S. och Essén, B. (2012) Conceptualising the Prevention of Adverse Obstetric Outcomes Among Immigrants Using the ‘Three Delays’ Framework in a High-Income Context. *Soc Sci Med*, 75, 2028-36.

CMACE/Centre for Maternal and Child Enquiries (2011) Saving Mothers’ Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer, 2006–2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 118 Suppl 1, 1-203.

Collins, C. H., Zimmerman, C. och Howard, L. M. (2011) Refugee, Asylum Seeker, Immigrant Women and Postnatal Depression: Rates and Risk Factors. *Arch Womens Ment Health*, 14, 3-11.

Esscher, A. (2014) *Maternal Mortality in Sweden: Classification, Country of Birth, and Quality of Care*. Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.

Essén, B., Bødker, B., Sjöberg, N. O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. och Östergren, P. O. (2002) Are Some Perinatal Deaths in Immigrant Groups Linked to Suboptimal Perinatal Care Services? *BJOG*, 109, 677-82.

FN/Förenta Nationerna (2015) Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1.

Författningslagen (2017:900) Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-2017900_sfs-2017-900.

Högberg, U. och Wall, S. (1986) Secular Trends in Maternal Mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bull World Health Organ*, 64, 79–84.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30.

Ibison, J. M., Swerdlow, A. J., Head, J. A. och Marmot, M. (1996) Maternal Mortality in England and Wales 1970–1985: An Analysis by Country of Birth. *BJOG*, 103, 973-80.

Lang, C. T. och King J. C. (2008) Maternal Mortality in the United States. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 22, 517-31.

Salanave, B. och Bouvier-Colle, M-H. (1996) The Likely Increase in Maternal Mortality Rates in the United Kingdom and in France Until 2005. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 10, 418-22.

Schutte, J. M., Steegers, E. A., Schuitemaker, N. W., Santena, J. G., de Boer, K., Pel, M., Vermeulen, G., Visser, W. och van Roosmalen, J. (2010) The Rise in Maternal Mortality in the Netherlands. *BJOG*, 117, 399-406.

Socialstyrelsen (2019-09-27) Statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda. Hämtad från https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mfr_004/resultat.aspx.

Thaddeus, S. och Maine, D. (1994) Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context. *Soc Sci Med*, 38, 1091-110.

Wangel, A. M., Scei, B., Ryding, E. L. och Östman, M. (2012) Mental Health Status in Pregnancy Among Native and Non-native Swedish Speaking Women: A Bidens study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91, 1395-401.

WHO/World Health Organization (2010) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: World Health Organization.

WHO/World Health Organization (2012) The WHO Application of ICD-10 to Deaths During Pregnancy, Childbirth and the Puerperium: ICD-MM. Geneva: World Health Organization.

WHO/World Health Organization (2015) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization.

2. Egenvård av typ 2-diabetes: Uppbyggnaden av stödinsatser för diabetes och prediabetes i socioekonomiskt utsatta områden i Sverige

Juliet Aweko

Inledning

Trots att det idag finns effektiva insatser för att förebygga och hantera typ 2-diabetes (T2D) saknas det kunskap om hur sådana insatser kan anpassas för människor i socioekonomiskt missgynnade områden med en hög andel personer med utomeuropeisk bakgrund och utbredd förekomst av typ 2-diabetes. Det saknas även kunskap om de processer och aktörer som krävs för att tillhandahålla adekvat egenvårdstöd i syfte att komplettera den rutinmässiga primärvården i utsatta områden. Typ 2-diabetes och prediabetes är stora folkhälsoproblem i världen. I Europa utgör socioekonomiskt missgynnade befolkningsgrupper med utomeuropeisk bakgrund de särskilt drabbade.

I Sverige liksom i andra europeiska länder blir befolkningen alltmer kulturellt diversifierad till följd av den globala migrationen, och består numera av människor från många olika länder och sociokulturella bakgrunder. En betydande del av de som

invandrat till Sverige under de senaste decennierna bor därtill i socioekonomiskt missgynnade områden – ”miljonprogramsområden” – associerade med låg utbildning, låg inkomst, hög arbetslöshet och betydande vårdbehov (Agerholm et al. 2013). Det finns ett generellt behov av mer kunskap och bättre förståelse inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet för att kunna tillhandahålla högkvalitativ och jämlik vård samt stöd till personer med typ 2-diabetes och de med hög risk för att utveckla T2D. Det finns också ett särskilt behov av att öka förståelsen för *egenvård* av typ 2-diabetes bland patienter och vårdgivare i missgynnade områden. Frågan är hur man bäst kan stödja individer att hantera sin sjukdom – särskilt de med utomeuropeisk bakgrund.

Syftet med avhandlingen (Aweko 2019) var att studera egenvård av typ 2-diabetes och prediabetespatienter i socioekonomiskt missgynnade områden i Sverige. Den första forskningsuppgiften handlade om att bättre förstå uppfattningarna om egenvård bland vårdgivare och utomeuropeiskt födda personer med typ 2-diabetes i missgynnade områden i Stockholmsregionen. Den andra uppgiften fokuserade på frågan om hur prediabetes uppfattas av invånare i socioekonomiskt missgynnade områden. Den tredje forskningsuppgiften bestod i att ta reda på vad som formar ett ”grannskap” (eng. *community*, som i detta sammanhang kombinerar vad svenskan behöver två termer för att fullt ut översätta: grannskap och gemenskap) i utsatta områden. Den fjärde uppgiften rörde hur det svenska samhället i jämförelse med Uganda och Sydafrika stödjer förebyggande insatser och behandlar typ 2-diabetes och vilka lärodomar som kan dras från jämförelsen för att förbättra egenvårdsstödet i Sverige, baserat på insatsstrategin SMART2D (nedan).

Avhandlingen genomfördes via metodiskt kvalitativa studier inom ett större EU-finansierat projekt kallat SMART2D – en förkortning för en strategi för egenvård och lärande för förebyggande och hantering av typ 2-diabetes. Det femåriga forskningsprojektet bedrevs av partnerinstitut i Sverige, Sydafrika, Uganda, Belgien och Finland. Det övergripande syftet med SMART2D var att stärka kapaciteten för egenvård av typ 2-diabetes och bidra till ett kunskapsutbyte mellan de medverkande länderna. Inom projektet undersöktes Sverige i jämförelse med Uganda och Sydafrika beträffande möjligheter att förbättra egenvårdsstödet i behandling av typ 2-diabetes (Gwuatudde et al. 2018).

Bakgrund

Diabetes och prediabetes är ett ökande folkhälsoproblem i världen. Diabetes uppkommer till följd av kroppens oförmåga att producera eller producera tillräckligt mycket av hormonet insulin, samt oförmåga att använda insulinet effektivt. Prediabetes är ett tillstånd som ökar risken för typ 2-diabetes. Omkring 70 procent av alla individer med prediabetes utvecklar diabetes efter 5–10 år (Tabák et al. 2012; American Diabetes Association 2019). Personer med diabetes och prediabetes löper högre risk för ett flertal andra sjukdomar och komplikationer. Till följd av sådana komplikationer reduceras livskvaliteten och användningen av vårdtjänster ökar, vilket medför en belastning både för individ och samhälle. För närvarande är det en betydande utmaning för hälsosystem världen över att diagnostisera och hantera diabetes. Tidig upptäckt av T2D och prediabetes ger hälsovårdssystemen möjlighet att göra insatser för att förebygga de svåraste komplikationerna och i bästa fall vända sjukdomens utveckling. Prediabetes och T2D har liknande bakomliggande riskfaktorer, bland annat genetisk disposition, övervikt och fetma, hypertoni och fysisk inaktivitet. I det förebyggande arbetet av typ 2-diabetes och dess komplikationer är livsstilsförändringar avgörande (Södlerlund et al. 2009).

Människor med låg utbildning, låg socioekonomisk status och utomeuropeisk bakgrund har högre risk för att utveckla T2D och att påverkas i högre grad av sjukdomen. I Sverige har invånare med utomeuropeisk bakgrund två till tre gånger högre risk för att utveckla typ 2-diabetes, jämfört med invånare med svensk bakgrund (Carlsson et al. 2013; Wändell et al. 2008; Bennet et al. 2011). I NCD:s (Non Communicable Diseases) Alliance rapport om hanteringen av icke smittsamma sjukdomar (2016) poängteras vikten av att motverka sociala determinanter för icke smittsamma sjukdomar genom att bekämpa fattigdom och främja ett mer jämlikt samhälle, vilket gynnar en hållbar utveckling. Det handlar om att nå missgynnade grupper i samhället och att använda förebyggande metoder för att påverka några av grundorsakerna till typ 2-diabetes (NCD Alliance 2016).

Men trots starka bevis på effektiviteten av livsstilsförändrande insatser för personer med risk för typ 2-diabetes, finns det otillräcklig kunskap för att anpassa insatser för socioekonomiskt missgynnade grupper, vilka vi vet är hårt drabbade. Prediabetes upptäcks huvudsakligen genom ett blodsockertest och de flesta som får diagnosen är omedvetna om sitt tillstånd. Det har också visat sig att en del diagnostiserade även varit ovetande om risk och riskfaktorer kring T2D, varit osäkra på prediabetes som diagnos, haft otillräcklig kunskap om den framtida utvecklingen av T2D och visat svårigheter med att genomföra livsstilsändringar. Detta är några av de utmaningar som är förknippade med prediabetes och T2D för sjuk- och hälsovården.

I en tidigare studie som tittade på deltagarnas upplevelser av livsstilsförändringar, visade forskningsresultaten att förändring av vanor och livsföring upplevdes som en ständig kamp och att betydande stödinsatser därför behöver sättas in (Jallinoja et al. 2008). För att förmå patienter att göra livsstilsförändringar som en del av behandlingen är det viktigt att förstå patientens eget perspektiv och upplevelse av att leva med prediabetes och T2D. Samtidigt finns det kunskapsluckor i forskningens förståelse för individer i just socioekonomiskt missgynnade grupper och med varierande sociokulturell bakgrund.

Den huvudsakliga behandlingen idag för typ 2-diabetes är egenvård och därmed till stor del patientens eget ansvar. Det betyder att patienten själv måste hantera flera aspekter av sjukdomen, inklusive val och tillagning av måltider, träning, självkontroll av glukos, konsultation av vårdpersonal och beslut kring övriga livsstilsval och dagliga intag av läkemedel. Utöver individens engagemang och kliniska interaktioner med vårdgivare finns därmed ett betydande behov av egenvårdstöd för patienter med typ 2-diabetes (Moser et al. 2008; Bhopal et al. 2014). Egenvårdstöd är i själva verket en avgörande strategisk komponent för att hjälpa individer att hantera T2D och minska den belastning som en kronisk sjukdom innebär. Egenvårdstöd betyder utbildning och stödjande insatser för att öka patientens färdigheter och möjligheter att hantera sina hälsoproblem (Health Council of Canada 2012). Att också förstå individens belägenhet i en samhällelig kontext är avgörande för att skapa de bästa förutsättningarna för förebyggande insatser och engagemang. I områden

med hög andel invånare med migrantbakgrund och hög förekomst av typ 2-diabetes, har forskningsfokus i första hand varit att förstå primärvårdens behandling av T2D. Däremot har lite fokus riktats mot den omgivande sociala närmiljön och dess roll. Och därför har förebyggande insatser och hantering av typ 2-diabetes i socioekonomiskt missgynnade områden varit av begränsad art och framgång (Rosenthal et al. 2010).

Ökningen av den sociokulturella mångfalden syns i alla städer i Sverige. Vissa Stockholmsförorter ("miljonprogramsområden"; "utsatta områden") är emellertid särskilt diversifierade vad gäller nationalitet, etnicitet, språk och religion genom sina många nyanlända migranter och migranter som bott längre i landet (Migrationsverket 2016; Meissner & Vertovec 2015). Den svenska sjukvården ska samtidigt förse alla landets invånare med hälso- och sjukvård av god kvalitet och därigenom främja så kallad god folkhälsa. Den måste därför nå även socialt missgynnade grupper och, där det behövs, tillhandahålla kulturellt anpassade sjukvårdsprogram för att möta dessa gruppers behov (Socialstyrelsen 2015). Men trots att det finns riktlinjer för hantering av prediabetes med fokus på personer med hög risk för typ 2-diabetes, är primärvårdens kunskap om dessa riktlinjer i praktiken begränsad (Socialstyrelsen 2013; Kvale & Brinkmann 2009).

Metod

Avhandlingsprojektets delstudier fokuserade på flera viktiga aspekter i förebyggandet och hanteringen av typ 2-diabetes inom primärvården: bristen på förväntningar och förhoppningar om framgångsrik egenvård som upptäcktes mellan patienter och vårdgivare; bristen på erkännande av prediabetes som en riskfaktor; och lokalsamhällets roll och utmaningar för att stödja sina invånare under egenvård.

Frågeställningarna var följande:

Studie 1: Vilka uppfattningar om egenvård finns det bland utomeuropeiskt födda personer med typ 2-diabetes och deras vårdgivare i socioekonomiskt missgynnade områden i Sverige?

Studie 2: Hur uppfattas prediabetes av personer med utomeuropeisk bakgrund i socioekonomiskt missgynnade områden i Sverige?

Studie 3: Vad formar ett grannskap i socioekonomiskt missgynnade områden i Sverige och hur stödjer grannskapen förebyggande insatser och behandling av typ 2-diabetes?

Studie 4: Vilka möjligheter finns det vid en jämförelse med Uganda och Sydafrika att förbättra stödet för egenvård i Sverige, baserat på SMART2Ds självhanteringsprogram?

I den första studien ville vi identifiera missuppfattningar om egenvård mellan vårdgivare och patienter med olika bakgrunder. I studie två ville vi undersöka betydelsen av prediabetes bland nydiagnostiserade. I den tredje studien undersöktes uppfattningar om lokalsamhället och dess roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet av T2D. I studie fyra tittade vi på hur samspel mellan lokalinvånare och vårdgivare påverkar egenvård och preventiva insatser för typ 2-diabetes.

I delstudierna användes olika teorier och tillvägagångssätt för att utvärdera determinanter för egenvård och göra jämförelser mellan Sydafrika och Uganda i syfte att finna förbättringsmöjligheter för egenvård i Sverige.

De fyra delstudiernas empiriska data samlades in via intervjuer, fokusgrupper och observationer och analyserades genom kvalitativa metoder. Deltagarna fick själva välja tid och plats för intervjuer och samtal. Datainsamlingen anpassades således efter deltagarnas behov och preferenser. Diskussioner i fokusgrupper användes när enskilda intervjuer inte var möjliga att genomföra på grund av brist på tid från deltagarnas sida eller när deltagarna föredrog att delta i gruppsamtal.

Fältarbetet påbörjades år 2015 genom möten med lokalinvånare och aktörer som kommun, landsting, föreningar och vårdgivare i de missgynnade områdena. Deltagarna rekryterades från vårdcentraler och deras nära omgivning; de bestod av män och kvinnor i åldrarna 35–75 år med typ 2-diabetes eller prediabetes, personal på vårdcentraler (läkare, sjuksköterskor och enhetschefer), lokala aktörer och regionala institutioner (se **Tabell 2.1**).

Tabell 2.1. Deltagare i studien

| Typ av deltagare | Antal deltagare | | Datainsamlingsmetod (antal) | Delstudier med datauppsättningen | |
|---|--|---------|--|-------------------------------------|----------|
| | Män | Kvinnor | | | |
| Personer med T2D | 6 | 6 | Individuella intervjuer (antal = 12) | I, III & IV | |
| Vårdgivare | 1 | 6 | Gruppintervjuer (antal = 3) | I, III & IV | |
| Chefer vid vårdcentraler | 1 | 3 | Gruppintervjuer (antal = 1) | I, III & IV | |
| Personer med prediabetes | 8 | 9 | Individuella intervjuer (antal = 17) | II | |
| Lokalinvånare | | | | | |
| Informella gruppledare | 6 | 2 | Gruppintervjuer (antal = 4;2) | III & IV | |
| Lokalinvånare aktiva i formella nätverk | | | | | |
| Gym chef | 9 | 5 | Individuella intervjuer (antal = 14;6) | III & IV | |
| Butiksägare | | | | | |
| Formell gruppledare | | | | | |
| Lokalinvånare aktiva i ett formellt nätverk | | | | | |
| Lokalinvånare aktiva i ett informellt nätverk | | | | | |
| Lokala och regionala intressenter | | | | | |
| Lokal/kommunal nivå | Utvecklingsstrateg | 4 | 4 | Individuella intervjuer (antal = 8) | III & IV |
| | Förebyggande samordnare | | | | |
| | Socialarbetare | | | | |
| | Språklärare i svenska | | | | |
| | Medlem i Svenska diabetesförbundet | | | | |
| | Chef på organisation inriktad på mångfaldsfrämjande arbete | | | | |
| | Chef på transkulturellt centrum | | | | |
| Regional nivå | Hälsopedagog (Region Stockholm) | | | | |

Totalt valdes fem vårdcentraler ut baserat på deras engagemang i SMART2D-projektet och ett diabetesundersökningsprojekt (Program 4D; se <https://vardgivarguiden.se/4D>) som drevs av Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting (numera Region Stockholm).

Samtliga fyra delstudier beviljades godkännande av Etikprövningsnämnden i Stockholm (Ref. 2015 / 712–31 / 1). Tillstånd att genomföra studien erhöles också från de aktuella vårdcentralerna. Deltagarna (individuella och institutionella) tog del av ett informationsbrev som beskrev studiens syfte och samtycke erhöles från alla deltagare som också informerades om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande om de så önskade.

Resultat

Problem för patienter och vårdpersonal vid egenvård av typ 2-diabetes

I den första delstudien undersöktes följaktligen uppfattningar av egenvård bland patienter och vårdgivare i socioekonomiskt missgynnade områden. För de flesta patienterna framstod diabetes som något normalt och en del av åldrandet eftersom flera av patienternas familjemedlemmar också hade sjukdomen. Ett stort problem för dessa patienter var osäkerheten kring hur de skulle anpassa rekommendationerna för fysisk aktivitet och kost till sina tidigare invanda dagliga rutiner. Att avgöra vilka livsmedel och fysiska aktiviteter som passade bäst och i vilka kvantiteter var problematiskt, framförallt på grund av bristande livsstilsinformation från vårdgivaren. De deltagande patienterna saknade i stort strukturerade individuella livsstilsplaner. Beslut om förändringar i livsstil och specifika metoder för detta, baserades på hur enkla dessa var att tillämpa. Vissa deltagare tänkte till exempel att det var lätt att minska sitt intag av sötade livsmedel, andra kompletterade sina dagliga måltider med frukt och grönsaker. Några valde också att ta kortare promenader, andra att enbart att ta sin medicin och att kontrollera blodsockret.

...de sa till mig, du måste minska din mat och träna mycket... De säger bara att du måste göra det och det och det, men säger inte hur. Jag behöver en plan med information om vad man ska äta. (Manlig deltagare med typ 2-diabetes)

Vårdpersonalen uppgav att patienterna kämpade för att följa livsstilsråden. Men deras övergripande inställning var att egenvård är patientens eget ansvar – med vägledning från sjukvården. Vårdpersonal står här inför ett dilemma när de avgör hur mycket egenvårdsansvar som ska lämnas åt patienten och hur mycket de själva ska hjälpa patienterna med. Vissa uppfattade sin egen roll vara att ge patienterna instruktioner om hur de ska hantera sin diabetes. Andra antog att de flesta patienter inte följer de livsstilsråd och rekommendationer som de får och således inte tar sitt hälsotillstånd på fullt allvar. Majoriteten av vårdpersonalen upplevde att egenvårdsuppgifterna var alldeles för komplicerade för patienterna som redan hade fullt upp med att hantera flera andra socioekonomiska problem, såsom familjeansvar, arbetslöshet och besvärliga boendeförhållanden.

Det är patientens ansvar, men också ett komplicerat sådant. Jag berättar ofta för nya patienter att det är ”ditt ansvar”, men som läkare kan du inte bara lämna över ansvaret till patienten. Du kan inte bara säga att det är deras ansvar, du måste hjälpa dem också. (Läkare)

Vårdgivare uppgav att de växlade mellan roller som ”expert” och ”handledare” beroende på patientens behov. Några vårdgivare tog på sig ansvaret som handledare för att stödja äldre patienter och de som var illitterata. Vårdgivarna gjorde detta genom att lära sig om kulturellt betingade matvanor och lyssnade på patienternas åsikter om olika behandlingsalternativ. Sådana kulturspecifika kunskaper rapporterades vara användbara vid bedömning och tillhandahållande av lämpliga livsstilsråd. För andra vårdgivare var det en utmaning att växla mellan dessa roller. Hinder i form av hög arbetsbelastning och begränsad tid för patienter, inskränkte vårdgivarnas möjlighet att ge de förra stöd. Ett ytterligare problem som rapporterades var den höga personalomsättningen på hälso- och vårdcentralerna samt bristen på tillräckliga resurser för att ge patienterna individualiserad vård och behandling. Både patienter och personal menade att det var utmanande och svårt att upprätthålla de rekommenderade livsstilsförändringarna. Vårdgivarna kände behov av att ge sina patienter möjlighet att ändra sitt beteende genom utbildning, men var inte utrustade att möta alla de kulturella skillnader som rör sådant som mat, fysisk aktivitet och uppfattningar om olika behandlingar.

Nydiagnostiserades uppfattningar om prediabetes

I den andra delstudien undersöktes deltagarnas uppfattningar om prediabetes. Prediabetes uppfattades inte vara ett hot. Baserat på tidigare kunskaper om diabetes och dess riskfaktorer ansåg deltagarna överlag att prediabetes kunde kontrolleras. Prediabetes menades inte ha någon direkt inverkan på hälsa eller dagliga rutiner, utan deltagarna kände sig som vanligt och fortsatte att följa sina dagliga rutiner. Några av deltagarna i studien fruktade dock diabetes och tolkade diagnosen prediabetes som att befinna sig i riskzonen och ett steg närmare att utveckla sjukdomen. Diagnosen ansågs vara en varning och ett tecken på behov av att ändra sitt beteende eller utveckla typ 2-diabetes. Deltagare vars familjemedlemmar hade drabbats av diabetes uppskattade sin diagnostisering av prediabetes och den möjlighet som den innebar för dem att förändra sin diagnos genom hälsosamma kostval och fysisk aktivitet.

...Jag vet att det är vanligt, alla har det [diabetes]. Så jag blev inte förvånad. Egentligen var jag glad eftersom det [ännu] inte var diabetes.
(Kvinnlig deltagare)

De kvinnor som hade prediabetes och som också var föräldrar var särskilt bekymrade över den framtida risken för att utveckla typ 2-diabetes. Dessa kvinnor fruktade både risken att få sjukdomen och sannolikheten att de skulle överföra den på sina barn.

Alla deltagare i denna delstudie mottog livsstilsråd från en sjuksköterska, men få insåg det verkliga behovet av att ändra sin livsstil. Ibland stöttade dock familjemedlemmar deltagarna till att göra små dietförändringar och öka sin fysiska aktivitet.

Min syster rekommenderar vanligtvis hälsosamma saker till mig. Ibland är det träning, som promenader eller gym eller något. Hon ger mig alltid tips när hon hittar något nytt. (Kvinnlig deltagare)

Termen prediabetes möttes samtidigt med osäkerhet och viss förvirring eftersom deltagarna hade svårt att förstå om det var en risk eller ett tillstånd, och vilken betydelse detta hade i vardagen. Begränsad kontakt och uppföljning från vårdgivarnas

sida efter diagnos och brist på kunskap generellt om diagnosen prediabetes, bidrog till denna osäkerhet bland deltagarna. Det fanns ett tydligt behov för ytterligare vägledning när det gällde specifika livsstilsändringar och för bevakning av framsteg efter diagnosen och de eventuellt påbörjade förändringarna av beteende och vanor.

Bostadsområdets gemenskap och dess aktörers engagemang i förebyggande åtgärder och hantering av typ 2-diabetes

I den tredje delstudien undersöktes vad som utgör patienters närmiljö i form av grannskap i socioekonomiskt missgynnade områden, och hur ett grannskap kan stödja det T2D-förebyggande arbetet. Deltagarna i studien var påtagligt begränsade till sina grannskap, vilka i sin tur låg i förorter som var geografiskt relativt avgränsade och åtskilda andra delar av den större och starkt socioekonomiskt differentierade Stockholmsregionen. Inom de aktuella grannskapen och bostadsområdena fanns dock inga tydligt definierade sociala eller kulturella gränser. Att ha en gemensam förståelse, invånare emellan, ansågs vara viktigare än att exempelvis ha samma nationalitet eller religion. Det skapade en känsla av samhörighet, gemenskap och sammanhållning. Deltagarna uppgav att de kände ansvar för varandras behov och stöttade därför varandra.

Människor här bor väldigt kollektivt. Vi delar mycket saker. Grannar knackar på varandras dörr. Liksom [lånar] SL-kort. Det finns en mentalitet av att dela och vårda. Och du bryr dig inte, du bara knackar på och "Kan jag låna...?" (Kvinnlig deltagare och medlem i formellt nätverk)

I grannskapen fanns flera formella och informella nätverk. Sådana nätverk samlade medlemmar av samma kön, språk och liknande etniska bakgrunder. Men trots att det fanns ett antal grupper som var organiserade runt medlemmars ursprungsland, som somaliska och kurdiska organisationer, drevs kvinnogrupper också – som "sygruppen", "cateringgruppen" och "språkklassen" – utifrån andra grunder, som gemensamma intressen och aktiviteter kring dessa intressen. Medlemmarna i dessa grupper representerade flera språk, kulturer, religioner och ursprungsländer. Tillträde till grupperna var dock svårt att få för utomstående som inte bodde i grann-

skapen. Delstudiens deltagande lokalinvånare var väl medvetna om att de levde i socioekonomiskt missgynnade områden och visade lågt förtroende gentemot människor "utifrån". Även en brist på förtroende för myndigheter existerade och upprepades av deltagare i studien som var bekymrade över att inte förstå och att inte få tillräckligt kvalificerad vård genom de lokala vårdcentralerna. För myndigheter och andra samhällsaktörer som vill vinna lokalinvånarens förtroende i dessa grannskap, betonades det att detta tar tid och att mer resurser skulle behövas.

...du måste arbeta riktigt hårt och det handlar mycket om... personliga relationer, du måste bygga relationer... om någon litar på dig inom detta område, så kommer den personen att lita på andra som du hänvisar dem till. Du måste på något sätt ha ambassadörer eller nyckelpersoner inom de etniska grupperna som respekteras av folket. Så du måste arbeta aktivt i området. Det fungerar inte att komma in som främling och tro att det kommer att fungera [direkt]. (Manlig deltagare och kommunrepresentant)

Alla lokala institutionella aktörer från kommun, landsting, föreningar och vårdgivare menade att grannskapen var kulturellt heterogena och sinsemellan olika i sina invånarens livsstilsvanor och hälsobehov, men också jämfört med andra områden i Stockholm, särskilt de mer välbeställda. Det var samtidigt svårt för dessa aktörer att identifiera strategier för att arbeta med grupper vars livsstilar var obekanta för dem. Deltagarna i studien, både de institutionella och de individuella, menade att många sociala problem i grannskapen kräver uppmärksamhet och att risk för typ 2-diabetes bara är ett av dessa många problem.

Möjligheter till förbättring av stöd vid egenvård av typ 2-diabetes i Sverige

I den fjärde studien jämfördes Sverige med Uganda och Sydafrika beträffande möjligheter att förbättra stöd för egenvård i Sverige, baserat på det nämnda SMART2D-ramverkets strategier. SMART2D kombinerar en rad olika element som syftar till att underlätta egenvård av typ 2-diabetes. Ramverkets beståndsdelar utgörs av individen och individens närmiljö eftersom individen som projektet fokuserar på – vårdtagaren – behöver betydande färdigheter, kunskaper och resurser som just delvis kan föras via individens nära sociala miljö.

På individnivå visade sig personer med typ 2-diabetes eller risk för typ 2-diabetes i Sverige och Sydafrika vara mycket mobila, vilket i sammanhanget betydde stor och frekvent social och geografisk rörlighet när människorna av olika anledningar flyttade till exempelvis andra delar av landet eller flyttade tillbaka sina ursprungsländer. Den stora sociala och geografiska rörligheten påverkade tillgången till kontinuerlig vård, särskilt i Sverige där en del patienter också tappades bort vid försök till uppföljning av påbörjad vård. Individer med T2D eller risk för T2D i Sverige och de två andra länderna, var medvetna om riskfaktorerna för typ2-diabetes och om befintliga egenvårdsstrategier för att minska riskerna. Men att följa livsstilsrekommendationerna upplevdes som problematiskt. Religiösa och traditionella övertygelser påverkade individens uppfattning om typ 2-diabetes i alla tre länder, och i Sverige ansågs T2D vara lika allvarligt som i Sydafrika och Uganda. Familjer och vänner var viktiga för att ge psykologiskt stöd till patienter och hjälpa dem med praktiska egenvårdsuppgifter, till exempel tillagning av hälsosamma måltider och påminnelser om att utföra fysiska aktiviteter. I Sverige gick emellertid kontakten mellan patienter och vårdgivare sällan bortom de formella interaktioner som ett klinikbesök innebär. I Sydafrika och Uganda däremot hänvisades patienterna till hälsoklubbar, gruppaktiviteter och hälsofrämjande utbildning. I Sveriges observerades enbart begränsade och formella interaktioner mellan områdenas lokala invånare och aktörer inom förebyggande och hälsofrämjande branscher. Även stödet från vårdcentralernas sida för egenvård och vårdstrategi för patienter med typ 2-diabetes och prediabetes var begränsat. Vårdgivarna var inte tillräckligt utrustade för att hantera de olika kulturella och sociala behov som deras patienter hade. Strukturen kring den offentligt bedrivna vården av typ 2-diabetes var däremot mer utvecklad och etablerad i Sverige i jämförelse med Uganda och Sydafrika. Detta betydde en integrerad primärvård bestående av hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser, remissystem och elektroniska medicinjournaler. En utmaning i Sverige var dock de långa väntetiderna, brist på stöd mellan uppföljningsbesöken och att de tillgängliga resurserna i de undersökta Stockholmsområdena inte utnyttjades optimalt. Även om till exempel idrottsaktiviteter är en väl accepterad vård- och rehabiliteringsform i Sverige, fanns det deltagare som upplevde att dåliga väderförhållanden och brist på säkerhet var ett hinder för deras fysiska aktivitet.

Sammanfattning av resultat

Egenvård av diabetes innebar en rad sammansatta processer för patienter och vårdgivare: När patienter kämpade med att integrera egenvården i sina dagliga rutiner, var vårdgivare inte tillräckligt utrustade för att möta olika sociala och kulturella behov hos sina patienter. Vidare erkändes inte prediabetes som en diagnos av alla, och personer i riskzonen var osäkra på diagnosens betydelse i vardagen. Grannskapet uppfattades erbjuda en stark gemenskap och sammanhållning. Däremot var interaktionen mellan grannskapet och det övriga samhället begränsad när det gällde förebyggande och egenvård av typ 2-diabetes. Det svenska primärvårdssystemet har upprättat rutiner för egenvård av typ 2-diabetes men genomförandestödet är mer inriktat på *varför* (det behöver göras) än *hur* (det bäst bör göras). Lärdomar att dra från Sydafrika och Uganda är att ett starkt band mellan grannskap och primärvård kan förbättra stödet till genomförande av egenvård för personer med typ 2-diabetes i socioekonomiskt missgynnade områden i Sverige.

Rekommendationer

Resultaten från denna avhandling har bidragit till processen att stärka egenvårdsstödet för diabetes och prediabetes i Stockholms socioekonomiskt missgynnade områden, med stor andel invånare med migrantbakgrund. Mer exakt har delstudierna visat på effektiviteten i den svenska delen av SMART2D-projektet, där insatserna bland annat bestod av telefonbaserad livsstilscoaching för deltagare med typ 2-diabetes och andra med hög risk för att utveckla samma sjukdom (Absetz et al. 2020). Den telefonbaserade coachingen inkluderade en så kallad hälsokompis, som under behandlingsprocessen skulle fungera som stöd för deltagaren i genomförandet av nödvändiga livsstilsförändringar. Detta kompisstöd erbjöds på flera språk och gavs vid olika tidpunkter under för- och eftermiddagar för att kontinuerligt ge motivation och underlätta för deltagarna. Trots förbättringar som dessa finns dock ett fortsatt behov av att höja kapaciteten hos svenska vårdgivare inom primärvården att ge patienter kulturellt och socialt anpassad rådgivning

kring livsstil och vanor kopplade riskfaktorer för sjukdomar som typ 2-diabetes. De nuvarande svenska riktlinjerna för diabetesvård saknar specifika strategier och vägledning för vårdgivares hantering av sociokulturellt betingade behov, av den typ som avhandlingen visar prov på. Vidare finns ett alltför begränsat samarbete mellan de lokala grannskapen i socioekonomiskt missgynnade områden och de på lokal och regional nivå verkande aktörerna inom hälsofrämjande och förebyggande vård. Denna brist på samarbete är en stor del av förklaringen till det svaga stödet för egenvård i de aktuella grannskapen och förorterna. Att flytta tyngdpunkten för ansvaret för prevention från det offentliga vård- och hälsosystemet till grannskapet och dess lokala aktörer på hälsoområdet, har visat sig vara en effektiv metod i länder som Uganda och Sydafrika. Den sociala och kulturella mångfalden inom mindre geografiska områden i Sverige ökar behoven av förebyggande insatser och insatser för att hantera kroniska sjukdomar som typ 2-diabetes. Här behövs alltså preventiva insatser och strategier som både är personligt utformade och utgår från generell kunskap om socioekonomiskt utsatta grupperas särskilda behov ur ett nationellt och globalt folkhälsoperspektiv.

Referenser

Absetz, P., Van Olmen, J., Guwatudde, D., Puoane, T., Alvensson, H. M., Delobelle, P., Mayega, R., Kasujja, F., Naggayi, G., Timm, L., Hassen, M., Aweko, J., De Man, J., Álvarez Ahlgren, J., Annerstedt, K. S., och Daivadanam, M. (2020) SMART2D—development and contextualization of community strategies to support self-management in prevention and control of type 2 diabetes in Uganda, South Africa, and Sweden. *Translational Behavioral Medicine*, 10(1), 25–34.

Agerholm, J., Bruce, D., Ponce de Leon, A., Burstrom, B. (2013) Socioeconomic differences in healthcare utilization, with and without adjustment for need: An example from Stockholm, Sweden. *Scand. J. Public Health* 2013, 41, 318–325.

American Diabetes Association (2019) Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*. S13–S28.

Aweko, J. (2019) *Self-management of Type 2 diabetes: Processes for setting up a diabetes and prediabetes support intervention in socioeconomically disadvantaged communities in Sweden*. Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm.

Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., och Salivaras, S. (2003) The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1), 73–82.

Bennet, L., Johansson, S.-E., Agardh, C.-D., Groop, L., Sundquist, J., Råstam, L., och Sundquist, K. (2011) High prevalence of type 2 diabetes in Iraqi and Swedish residents in a deprived Swedish neighbourhood - a population-based study. *BMC Public Health*, 11(1), 11–303.

Bhopal, R. S., Douglas, A., Wallia, S., Forbes, J. F., Lean, M. E. J., Gill, J. M. R., McKnight, J. A., Sattar, N., Sheikh, A., Wild, S. H., Tuomilehto, J., Sharma, A., Bhopal, R., Smith, J. B. E., Butcher, I., och Murray, G. D. (2014) Effect of a lifestyle intervention on weight change in south Asian individuals in the UK at high risk of type 2 diabetes: a family-cluster randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2(3), 218–227.

Carlsson, A. C., Wändell, P. E., Hedlund, E., Walldius, G., Nordqvist, T., Jungner, I., och Hammar, N. (2013) Country of birth-specific and gender differences in prevalence of diabetes in Sweden. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 100(3), 404–408.

Guwatudde, D., Absetz, P., Delobelle, P., Östenson, C., Van, J., Alvesson, H., Mayega, R., Kiracho, E., Kiguli, J., Sundberg, C., Sanders, D., Tomson, G., Puoane, T., Peterson, S. och Daivadanam, M. (2018) *Study protocol for the SMART2D adaptive implementation trial: a cluster randomised trial comparing facility-only care with integrated facility and community care to improve type 2 diabetes outcomes in Uganda, South Africa and Sweden*. BMJ Open.

Health Council of Canada (2012) "Self-management support for Canadians with chronic health conditions". Hämtad 2019-06-13 från https://www.selfmanagementbc.ca/uploads/HCC_SelfManagementReport_FA.pdf

Jallinoja, P., Pajari, P. och Absetz, P. (2008) Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 455–462.

Meissner, F. och Vertovec, S. (2014) Comparing super-diversity. *Ethnic and Racial Studies*, 38(4), 541–555.

Migrationsverket (2016) Inkomna ansökningar om asyl. Hämtad 2016-05-10 från <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html>

Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., och Spreeuwenberg, C. (2008) Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 8(1), 8–91.

NCD (Non-communicable Diseases) Alliance (2016) "NCDs across the SDGs: A call for an integrated approach". Hämtad 2019-06-13 från <https://ncdalliance.org/news-events/news/infographic-ncds-across-sdgs-a-call-for-an-integrated-approach>

Rosenthal, E. L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Hirsch, G. R., Willaert, A. M., Scott, och Fox, D. J. (2010) Community health workers: Part of the solution. *Health Affairs*, 29 (7), 1338-1342.

Ryan, R. M., och Deci, E. L. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.

Socialstyrelsen (2015) "National guidelines for diabetes care: Support for governance and management". Hämtad 2019-06-20 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2015-4-12.pdf>

Stockholm Läns Landsting (2018) Prediabetes omvårdnad. Hämtad 2019-06-20 från <http://viss.nu/Handlaggning/Omvardnadsprogram/Prediabetes-omvardnad/>

Södlerlund, A., Fischer, A., och Johansson, T. (2009) Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 132–142.

Tabák, A. G., Herder, C., Rathmann, W., Brunner, E. J., och Kivimäki, M. (2012) Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379(9833), 2279–2290.

Socialstyrelsen (2013) “Disease prevention in the Swedish healthcare system: Health situation, national guideline and implementation”.

Wändell, P. E., Johansson, S. E., Gåfväls, C., Hellénus, M. L., de Faire, U., och Sundquist, J. (2008) Estimation of diabetes prevalence among immigrants from the Middle East in Sweden by using three different data sources. *Diabetes & Metabolism*, 34(4), 328–333.

3. Hälsolitteracitet bland nyanlända flyktingar i Sverige – implikationer för hälsa och hälso- och sjukvården

Josefin Wångdahl

Inledning och syfte med avhandlingen

I dagens samhälle cirkulerar en stor mängd information som har med hälsa att göra. Den kan till exempel hittas i media, på internet, i reklam, läras ut i skolan eller spridas av hälso- och sjukvården. Begränsad språkförståelse kan göra det svårt att förstå innehållet i informationen, men även den som begriper innehållet kan ha svårt att avgöra om informationen är korrekt och går att lita på.

Hur människor ser på hälsa och hur de tänker om vad som kan göras för att främja och bibehålla en god hälsa varierar runt om i världen. Hälso- och sjukvården är inte organiserad likadant och erbjuder inte heller samma vård överallt. Tillgången till vård, vårdpersonalens utbildning, i vilken grad de erbjuder preventiva insatser och hur mycket man själv får betala kan till exempel variera mellan länder. För att kunna dra nytta av den hälsoinformation och hälso- och sjukvård som finns i ett land är det därför viktigt att som individ kunna få tag på, förstå, värdera och använda hälsoinformation, dvs. att vara *hälsolitterat*.

I det här kapitlet presenteras resultat och rekommendationer från avhandlingen "Hälsolitteracitet bland nyanlända flyktingar i Sverige – implikationer för hälsa och hälso- och sjukvården" (Wångdahl 2017). Avhandlingens övergripande syfte var att mäta nivån av hälsolitteracitet (HL) hos arabisk-, somalisk- och daritalande nyanlända flyktingar i Sverige, samt att undersöka samband mellan hälsolitteracitet och olika underliggande demografiska och hälsorelaterade faktorer. I två av de fyra delstudier undersöktes också nyanlända flyktingars upplevelse av hälsoundersökningen för asylsökande (HUA) (Socialstyrelsen 2013) och deras hälsosökande beteende, och vilken eventuell betydelse som nivån av hälsolitteracitet kan ha för dessa resultat.

Bakgrund

I den vetenskapliga litteraturen finns flera olika definitioner och ramverk för hälsolitteracitet. Avhandlingen, som utgår från ett folkhälsoperspektiv, använder primärt en definition av Sorensen med flera:

Hälsolitteracitet är relaterat till litteracitet och har med människors kunskap, motivation och förmåga att få tillgång till, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation för att kunna göra bedömningar och ta beslut i vardagen som har med sjukvård, sjukdomsprevention och hälsopromotion att göra, för att bibehålla och förbättra livskvaliteten under hela livet. (Sorensen et al. 2012:3)

Notera att denna definition inkluderar förmågan att självständigt anskaffa, värdera och använda hälsoinformation på lång sikt. Det handlar alltså om en *komplex hälsolitteracitet* (KHL) i kontrast till den smalare definitionen av hälsolitteracitet:

...grundläggande färdigheter i att läsa och skriva som är nödvändiga för att fungera effektivt i vardagliga situationer (Sorensen et al. 2012:4)

Denna definition används ofta i vetenskaplig litteratur som antar ett medicinskt perspektiv. Den är mer specifikt fokuserad på läsförståelse och passivt mottagande av information och benämns som *funktionell* HL. Båda typerna av hälsolitteracitet har mätts i olika grupper, och för att kunna tolka sådana resultat rätt är det viktigt att notera vilken definition som använts, detta eftersom definitionerna delvis överlappar varandra men inte är fullt utbytbara.

Från tidigare forskning vet vi bland annat att personer med begränsad funktionell HL oftare har svårt att förstå och följa instruktioner om behandlingar (Berkman et al. 2011), ställer färre frågor (Katz et al. 2007), har mindre kunskap om och i lägre grad deltar i sjukdomsförebyggande insatser (Berkman et al. 2011; Peterson et al. 2007). Kommunikationsproblem i samband med vårdbesök (Katz et al. 2007), mer användning av akutvård och att vara inlagd på sjukhus (Berkman et al. 2011) är vanligare både bland personer med begränsad funktionell HL och personer med begränsad komplex HL. Flera studier visar att begränsad funktionell HL och begränsad komplex HL är vanligare bland äldre, lågutbildade och migranter (Berkman et al. 2011; WHO Europe 2013).

Utöver enskilda individer kan även verksamheter och organisationer vara mer eller mindre hälsolitterata. En hälsolitterat organisation hjälper individer att navigera, förstå och använda information och tjänster så att de kan ta hand om sin egen hälsa (Brach et al. 2012). Mer specifika kännetecken för sådana organisationer är att de tar hälsolitteracitet i beaktande när det gäller skriftlig och muntlig kommunikation, tar hänsyn till individers svårigheter med att navigera på fysiska platser, på webben och via telefon, främjar hälsolitteracitet på individ- och organisationsnivå samt tar fram policyer och utvärderar verksamheten vad gäller hälsolitteracitet.

Migration och hälsa

Flyktingars hälsa, både i Sverige och i världen, varierar stort. Vanliga hälsoproblem bland flyktingar som varit en tid i Sverige är psykisk ohälsa och välfärdssjukdomar såsom diabetes, högt blodtryck, övervikt och fetma (Folkhälsomyndigheten 2019). Hälsoproblemen är ofta kopplade till sociala faktorer såsom utbildningsnivå, begränsade ekonomiska resurser och begränsad tillgång till hälso- och sjukvård. Som ny i ett land kan det vara svårt att få tag på och förstå hälsoinformation och att få hjälp med specifika hälsoproblem, dels på grund av språkliga hinder, dels på grund av okunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar. Kommunikationsproblem mellan flyktingar och hälso- och sjukvårdspersonal är vanligt förekommande både i Sverige och i andra länder (Hargreaves & Friedland 2013).

En hälsoundersökning ska enligt lag erbjudas alla som söker asyl i Sverige (Socialstyrelsen 2013). Denna hälsoundersökning för asylsökande (HUA) syftar till att uppmärksamma eventuella hälsoproblem och behov av smittskyddsåtgärder, samt till att informera asylsökande om vad de har för rätt till hälso-, sjuk- och tandvård. Den första kontakten med hälso- och sjukvården i Sverige sker för många flyktingar just i samband med HUA (Jonzon et al. 2015). Att delta i HUA är emellertid frivilligt, och 2014 deltog endast 40 procent av alla som sökte asyl i Sverige detta år (SKL 2015).

Orsakerna tros vara både strukturella och individuella, varav flera har med informationsbrist och kommunikationsproblem att göra. Det kan handla om samarbets- och kommunikationsproblem myndigheter emellan, om att kommunikation från myndigheterna inte är tillräckligt anpassad till nyanlända, och om begränsad HL hos dem som söker asyl (Wångdahl 2013).

När arbetet med den här avhandlingen påbörjades saknades det kunskap om vad flyktingar i Sverige har för hälsolitteracitet och vad hälsolitteracitet har för betydelse för flyktingars självskattade hälsa, psykiska välmående och hälsosökande beteende. Vidare fanns det brist på kunskap om flyktingars egna erfarenheter av HUA och om det finns något samband mellan dessa erfarenheter och skattad hälsolitteracitet.

Delstudie 1: Funktionell och komplex hälsolitteracitet hos nyanlända flyktingar

Metod

Studien syftade till att undersöka nivån av funktionell och komplex HL hos nyanlända flyktingar, samt eventuella statistiska samband med ett antal demografiska faktorer. Detta gjordes via ett frågeformulär som delades ut i samband med SFI-utbildning. Deltagarna fick välja mellan versioner översatta till arabiska, dari, engelska eller somaliska.

Frågeformuläret bestod av frågor om kön, ålder, födelseland, antal år med uppehållstillstånd, utbildningsnivå, och historia av långvarig sjukdom, samt två validerade frågebatterier för självskattning av funktionell respektive komplex HL. För

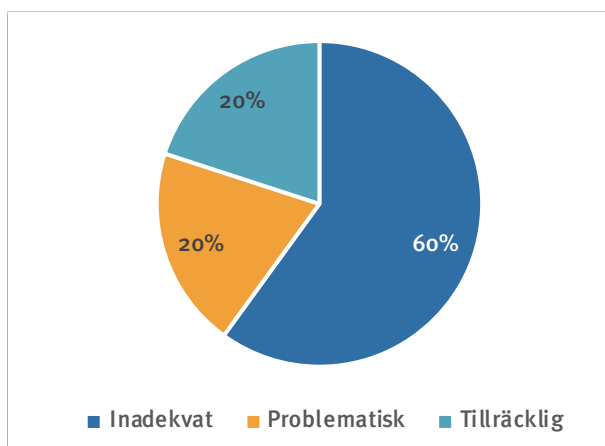
skattningen av funktionell HL användes 5 frågor (Wångdahl & Mårtensson 2015), och för komplex HL 16 frågor (Pelikan et al. 2014). Baserat på deltagarnas svar tilldelades de en av tre HL-nivåer för funktionell respektive komplex HL. Nivåerna benämns här *inadekvat*, *problematis*k och *tillräcklig*. För vissa analyser användes också begreppet *begränsad* HL med innebörden antingen *inadekvat* eller *bristfällig*.

Frågeformuläret besvarades av samtliga som tillfrågades om att vara med i studien, vilket var 455 vuxna flyktingar som blivit erbjudna hälsoundersökning för asylsökande (HUA). Av de svarande var 54 procent män. En majoritet hade haft uppehållstillstånd i Sverige mindre än 2 år. De flesta var i åldern 25–44 år (67 %), med en medelålder på 35 år. Dominerande födelseländer var Somalia (27 %), Irak (23 %), Syrien (23 %) och Afghanistan (11 %). En majoritet hade gått i skolan 7 år eller mer (66 %), cirka en tredjedel (33 %) hade högst tre års utbildning.

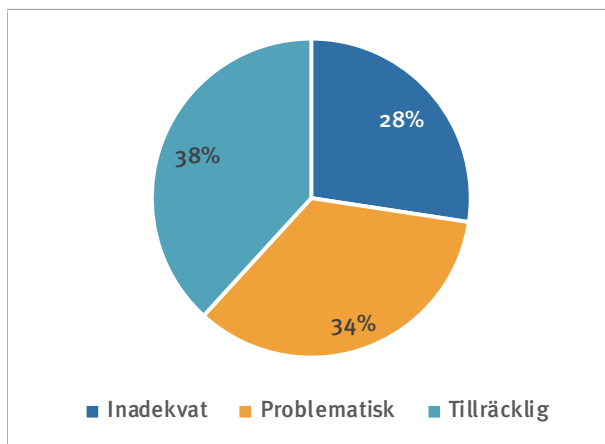
Resultat

En majoritet (80 %) av de svarande uppvisade begränsad funktionell HL, det vill säga *inadekvat* (60 %) eller *problematis*k (20 %) funktionell HL. En något mindre andel (62 %) uppvisade begränsad komplex HL, det vill säga *inadekvat* (28 %) eller *problematis*k (34 %) komplex HL, se Figur 3.1 och Figur 3.2..

Figur 3.1. Fördelning av olika nivåer funktionell hälsolitteracitet



Figur 3.2. Fördelning av olika nivåer komplex hälsolitteracitet



Det innebär att cirka 20 procent av flyktingarna har *tillräcklig* komplex HL samtidigt som de har en *inadekvat* eller *problematisk* funktionell HL. En förklaring till det är att komplex HL är ett bredare koncept som består av fler förmågor (att få tag på, förstå, värdera och använda skriftlig såväl som muntlig information) än funktionell HL, som främst består i att förstå och använda skriftlig information. Vid mätning av komplex HL utgör därmed funktionell HL bara en mindre del av det som mäts, vilket gör att en person kan ha en högre komplex HL än vad han eller hon har funktionell HL-nivå.

I en djupare analys som tar hänsyn till att flera olika faktorer, såsom ålder, kön, utbildningsnivå och födelseland, samtidigt kan vara kopplade till HL-nivåer och till varandra, framkom att inadekvat funktionell HL påträffas omkring dubbelt så ofta hos individer med låg utbildningsnivå jämfört med dem med högre nivå och tre gånger så ofta hos dem som är födda i Somalia jämfört med dem som är födda i Irak. Vidare hittades inadekvat komplex HL fyra gånger oftare hos dem med inadekvat funktionell HL än bland dem med högre funktionell HL.

Delstudie 2: Flyktingars upplevelse av hälsoundersökningen för asylsökande

Metod

Studien syftade till att undersöka hur flyktingar som genomgått hälsoundersökningen för asylsökande (HUA) upplevde kommunikationen i samband med och nyttan av HUA, samt om det finns ett samband mellan dessa upplevelser och olika nivåer av individuell hälsolitteracitet. Deltagare i delstudie 1 som också deltagit i HUA ombads i samma enkät besvara frågor om:

- *Kvaliteten på kommunikationen:* om man förstått vad man fått berättat för sig, om man kunde prata om sina hälsoproblem, om man kunde ställa frågor och om man fick svar på de frågor som man ställde.
- *Mottagande av hälsoinformation:* om man fått information om vilken rätt asylsökande har till hälso- och sjukvård i Sverige, om man fått information om vart man kan vända sig om man blir sjuk eller mår psykiskt dåligt.
- *Mottagande av ny kunskap:* om man fått någon ny kunskap som kan bidra till att förbättra ens hälsa.
- *Mottagande av hjälp:* om man hade fått hjälp med konkreta hälsoproblem.

Deltagarna ombads också uppge om de haft tillgång till tolk eller inte, samt att skatta sin hälsa.

360 personer som deltagit i HUA besvarade frågorna. Demografiska bakgrundsvariabler (ålder, kön, födelseland m.fl.) fördelades i stort sett som i delstudie 1. Nästan hälften (44 %) skattade sin hälsa som sämre än god. De flesta (76 %) hade haft tillgång till tolk.

Resultat

En anmärkningsvärd hög andel upplevde kommunikationsproblem och att de inte fick hjälp med sina hälsoproblem i samband med HUA. Av de svarande upplevde 28 procent dålig kvalitet på kommunikationen, 31 procent att de fick lite information om hälso- och sjukvården, 34 procent att de fått lite ny kunskap och 23 procent att de inte fick någon hjälp med sina hälsoproblem.

Flera olika sociodemografiska faktorer tycks kunna bidra till att förklara varför flyktingar upplever HUA som de gör, men de starkaste statistiska sambanden hittas för komplex HL. När hänsyn tagits till variationer som kan förklaras av kön, ålder, utbildningsnivå, närvaro av tolk och funktionell HL-nivå kvarstod att:

- En individ med inadekvat komplex HL upplever omkring 10 gånger oftare kommunikationen i samband med HUA som dålig jämfört med en individ med tillräcklig komplex HL.
- En individ med inadekvat eller problematisk komplex HL upplever knappt 7 respektive 3 gånger oftare att hen fått lite information om hälso- och sjukvården, jämfört med en individ med tillräcklig komplex HL.
- En individ med inadekvat eller problematisk komplex HL upplever knappt 8 respektive 4 gånger oftare att hen inte fått någon ny kunskap i samband med HUA som kan bidra till förbättring av den egna hälsan, jämfört med en individ med tillräcklig komplex HL.
- En individ med inadekvat eller problematisk komplex HL upplever omkring 8 respektive omkring 3 gånger oftare att hen i samband med HUA inte har fått någon hjälp med sina hälsoproblem, jämfört med en individ med tillräcklig komplex HL.

Inga säkra samband kunde ses mellan individers nivå av funktionell HL och hur de upplevde HUA.

Delstudie 3: Kvalitativ upplevelse av hälsoundersökningen för asylsökande

Metod

I syfte att bättre förstå resultaten från delstudie två genomfördes en kvalitativ undersökning av flyktingars upplevelser av hälsoundersökningen för asylsökande (HUA). Kunskap om detta samlades in genom samtal i sju grupper med totalt 28 arabisk- eller somalitalande flyktingar.

Den yngsta deltagaren var 24 år och den äldsta 67 år. Sexton av deltagarna var män. Femton deltagare hade arabiska som modersmål (födda i Syrien, Jordanien eller Palestina), resterande hade somaliska som modersmål och var alla födda i Somalia. Elva deltagare hade gått i skolan upp till 9 år, och 3 deltagare hade inte gått i skola alls. Övriga 13 deltagare hade gått i skola 10 år eller mer. I princip alla (27 deltagare) hade deltagit i HUA för 0–2 år sedan och de flesta hade i samband med det haft hjälp av tolk.

Gruppsamtalen genomfördes på deltagarnas modersmål och leddes av moderatorer som uppmanade deltagarna att prata om sina upplevelser av HUA med varandra. Därefter analyserades det insamlade, översatta och transkriberade materialet för att kunna sammanfattas i övergripande teman och kategorier (Graneheim & Lundman 2004).

Resultat

Vid gruppsamtalen framkom att hälsoundersökningen för asylsökande samtidigt kan upplevas göra både nytta och skada.

HUA som något nyttigt – gör något gott:

- HUA upplevs som något som ”ger stöd och lättnad” genom att deltagarna kan få hjälp, antingen direkt eller via remiss, och hälsoinformation som de behöver. Vidare ger HUA information om aktuell hälsostatus, som också kan användas för att visa samhället att man inte utgör en hälsorisk.

- HUA upplevs som något som ”bryr sig på ett personligt plan” genom att deltagarna uppmuntras att ställa frågor och att berätta om sina egna specifika hälsoproblem. Att det erbjuds tolk, att deltagarna upplevde att de kunde få fler omfattande undersökningar och information på begäran, och att personalen var vänlig och förstående är andra bidragande faktorer.

HUA som något skadligt – skapar osäkerhet och missnöje:

- HUA upplevs ”sakna tydlighet” genom att målgruppen får för lite anpassad information om vad som ingår i undersökningen och om dess syfte. Bidragande orsaker är att lågkvalificerade tolkar leder till kommunikationsproblem, att deltagare har lågt förtroende för hälso- och sjukvården, och att de inte upplever sig få tillfredsställande hjälp med hälsoproblem.
- HUA upplevs skapa osäkerhet genom att den ”inte ger skydd” från all form av ohälsa och för att den inte erbjuds till alla direkt vid ankomst till Sverige. Dessutom upplevs den ge för lite information om hur man kan skydda sig mot andra flyktingars dåliga hälsa och om hur man kan förebygga vanliga sjukdomar i det nya landet.
- HUA skapar känslor av osäkerhet eftersom hälsostatus delvis baseras på deltagarnas egna personliga berättelser om sin hälsa. Detta uppfattas som alltför enkelt att manipulera och mindre trovärdigt än en extern bedömning.
- HUA upplevs ”inte uppfylla bilden av vad en hälsoundersökning är” genom att den inte stämmer överens med tidigare erfarenheter, kunskap eller tankar om vad som ingår i sådana undersökningar. Till exempel upplevs HUA inte ta hänsyn till deltagarnas egna personliga hälsoproblem och psykiska hälsa på det sätt deltagarna förväntar sig. När förväntningar inte infrias skapas missnöje.
- HUA upplevs ”inte fokusera på individen” genom att deltagarna upplever att den tar mer information från dem än vad de får tillbaka. En orsak som nämns är att HUA fokuserar på specifika sjukdomar och inte visar något intresse för andra personliga hälsofrågor.

Tabell 3.1. Schematisk översikt för kategorier, subkategorier och citat

| Kategori | Underkategori | Exempel på citat |
|-----------------------------|---|--|
| Gör nå got gott | Ger support och lättnad | A4* (P3**): Och sedan fick jag en försäkran om min hälsa. Rent generellt blev jag lugnad över min hälsosituation. S2*** (P1): Efter en hälsoundersökning så får man bort en hel del oro som man haft och man får reda på att allt är bra. |
| | Bryr sig på ett personligt plan | A4 (P1): De var samarbetsinriktade och frågade till och med om man hade något särskilt som man ville ta upp ... jag tyckte att de hade ett bra bemötande. |
| Skapar känslor av osäkerhet | Saknar tydlighet | S1 (P2): Det var svårt att läsa om informationen vi fick på papper. För det första så är språket svårt att förstå. Tiden man lägger ned på att försöka läsa är svårt i sig... S3 (P2): Jag får ett brev och jag tittar och försöker läsa. Jag kan se och förstå datum men mer kan jag inte förstå. |
| | Skyddar inte | S1 (P3): När de [läkarna] ger sin diagnos så utgår de ifrån vad man själv sagt att man har för symptom. Och det är inte helt rätt. A4 (P3): Jag kände att den [HUA] borde ha ägt rum mycket tidigare... jag bodde i en familj, i ett hus med många familjemedlemmar. Om jag hade haft en sjukdom utan synliga symptom så hade den spritt sig igen innan undersökningen. |
| Skapar känslor av missnöje | Uppfyller inte bilden av en hälsoundersökning | A2 (P4): De säger att det är en allmän undersökning och då borde de ju undersöka hela kroppen. Ben, nerver... allt. De bara tog blod och det var allt. De borde vara en mer heltäckande undersökning som de gör, på olika områden. |
| | Fokuserar inte på individen | S3 (P4): Ja, när jag var hos läkaren ställde han frågor till mig typ om det och det och det, har du fått höra det? Sedan sa jag nej och läkaren var bara tyst. A4 (P3): Jag fick ingen [information] alls. Hon tog information ifrån mig. Hon gav mig inga råd ... t.ex. de vanligaste sjukdomarna här hur jag kan skydda mig eller så, eller om allergier som är vanliga... A2 (P1): Jag tycker att de ska svara oavsett om det är positivt eller negativt. För man tänker hela tiden att brevet kanske kom bort, eller skickades till fel adress, så tänker man på det ändå tills man får vetskap om resultatet. |

*A = Arabisktalande, **P = Person i fokusgrupp som uttalat sig, ***S = Somalisktalande

Delstudie 4: Komplex hälsolitteracitet i relation till hälsa och vårdkontakter

Metod

Studien syftade till att undersöka fördelningen av komplex HL bland nyanlända flyktingar, generell självskattad hälsa, psykiskt välmående och förekomst av att ha avstått från vård, samt att undersöka samband mellan komplex HL och övriga faktorer.

Data samlades in via ett frågeformulär som översatts till arabiska, dari och somaliska. "Självskattad generell hälsa" mättes genom en fråga om hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd (Eurostat Statistics Explained 2016). "Psykiskt nedsatt välbefinnande" mättes med hjälp av 12 standardiserade frågor (Goldberg et al. 1997). Att "Ha avstått från att söka vård" undersöktes genom en fråga om man under de senaste tre månaderna känt behov av att få hjälp med hälsoproblem, men inte sökt hälso- och sjukvård (Lecerof et al. 2017). I en uppföljande fråga ombads deltagarna specificera varför de avstått från att söka vård. Komplex HL mättes på samma sätt som i delstudie 1 och 2 med hjälp av 16 frågor (Pelikan et al. 2014). Dessutom ställdes frågor om kön, ålder, utbildningsnivå, antal år med uppehållstillstånd i Sverige, anledning till uppehållstillstånd i Sverige, deltagande i HUA och långvarig sjukdom.

Formuläret delades ut till vuxna flyktingar i samband med att de började en kurs i samhällsorientering för nyanlända. Av de 513 individer som inkluderades i studiepopulationen var majoriteten (82 %) män. De flesta var i åldern 25–44 år (57 %) med en medelålder på 38 år. En majoritet av de tillfrågade var födda i Syrien (81 %), färre i Irak (4 %), Afghanistan (4 %), Iran (3 %) eller Somalia (3 %). De flesta hade gått i skolan 7 år eller mer (83 %) och hade haft uppehållstillstånd i Sverige 0–2 år (96 %).

Resultat

Ungefär 4 av 10 flyktingar skattade sin generella hälsa som sämre än "bra". Drygt en tredjedel upplevde sig ha nedsatt psykiskt välmående, och lika många hade avstått från att söka vård fast de upplevt ett behov. Som orsak uppgav de senare

språkproblem (40 %), att man inte trodde att man kunde få hjälp (24 %), att man ville avvakta (19 %), och att man inte visste vart man skulle vända sig (19 %).

Flera olika demografiska faktorer tycks kunna bidra till att förklara resultaten. Komplex HL är inte den starkast förklarande faktorn, men det är den enda faktorn som uppvisar statistiskt säkerställda samband både med självskattad hälsa, psykiskt välbefinnande, och med att ha avstått från att söka vård.

- Låg självskattad hälsa hittas oftare hos individer med problematisk eller inadekvat komplex HL, jämfört med individer med tillräcklig komplex HL.
- Samma sak gäller för individer med 0–6 års utbildning jämfört med individer med längre utbildning.
- Nedsatt psykiskt välbefinnande hittas 2 respektive knappt 5 gånger oftare hos individer med problematisk eller inadekvat komplex HL, jämfört med individer med tillräcklig komplex HL.
- Sannolikheten att en individ ska avstå från att söka vård är ungefär 2 gånger högre vid inadekvat komplex HL jämfört med individer med tillräcklig komplex HL.

Slutsatser och rekommendationer

Begränsad hälsolitteracitet är vanligt bland nyanlända arabisk-, somalisk- och dari-talande flyktingar i Sverige och tycks vara av betydelse för flyktingars upplevelser av hälsoundersökningen för asylsökande, vårdsökande beteende och självskattade hälsa. Hälsolitteracitet behöver tas i beaktande vid arbete med flyktingar för att hälso- och sjukvården, liksom samhället i stort, ska leva upp till de mål som satts upp om en god och jämlik hälsa.

Hälsolitterata organisationer

Negativa hälsoutfall kopplade till hälsolitteracitet beror inte bara på individers begränsningar, utan på hur deras HL-nivå förhåller sig till utmaningar och komplexitet

i hälso- och sjukvården, liksom i samhället i stort. Genom att vara en hälsolitterat hälso- och sjukvårdsorganisation kan hälso- och sjukvården kompensera för individers tillkortakommanden (Altin & Stock 2015). Bland annat bör personal inom hälso- och sjukvården göras medvetna om vad hälsolitteracitet är, vilka konsekvenser begränsad hälsolitteracitet kan ha, och vilka speciella behov det kan skapa. Ett sätt att främja denna kunskap är att ta fram nationella rekommendationer när det gäller hälsolitteracitet inom hälso- och sjukvården och att utbilda om hälsolitteracitet på högskolor och universitet för de som ska arbeta inom hälso- och sjukvården i framtiden.

Metoder för tydlig kommunikation

Oavsett om tolkar används eller ej är det viktigt med tydlig kommunikation. Konkret handlar det till exempel om att använda öppna frågor, att underlätta för patienter att ställa frågor (Hernandez & Roundtable on Health Literacy 2012; Kriplani & Weiss 2006) och se till att kommunikationen är anpassad efter målgruppens förutsättningar och behov (Wynia & Osborn 2010). En fördel med att ställa öppna frågor är att det då är lättare att kontrollera vad patienten förstått/tagit till sig eftersom patienten inte enbart kan besvara frågor med ja eller nej.

Ett ytterligare framgångsrikt sätt att kontrollera att mottagaren verkligen har förstått det som har kommunicerats är genom så kallad "Teach-back", på svenska "Förstå mig rätt". Metoden bygger på att såväl patienten som hälso- och sjukvårdspersonalen ska återberätta för varandra vad den andra sagt under mötet för att säkerställa att bägge parter förstått och uppfattat den information som förmedlats korrekt (Kunskapscentrum för jämlik vård 2019).

Kulturella aspekter och brobyggare

Kulturella brobyggare är personer som delar kulturell och språklig bakgrund med de migranter som de möter, men som har varit i det nya landet längre och därför också bättre förstår den kultur, de normer och de strukturer som finns där. I dagsläget används kulturella brobyggare ofta inom samhällsorienteringen för nyanlända, och studier pekar på att användning av kulturella brobyggare i kombination med dialogbaserad kommunikation kan förbättra migranternas hälsolitteracitet (Svensson et al. 2016).

Kommunikation i samband med hälsoundersökningen för asylsökande

Avhandlingen indikerar att insatser bör göras för att förbättra kommunikationen inför, under och efter HUA. Många deltagare saknar information om syftet med och innehållet i undersökningen, liksom hur den går till, hur provresultat kommer att kommuniceras och hur dessa ska tolkas. De efterlyser också mer information om hur man kommer i kontakt med hälso- och sjukvården, om vanliga hälsoproblem i Sverige och vad de själva kan göra för att ta hand om sin hälsa.

Valet av muntligt och/eller skriftligt språk för att förmedla denna information är inte självklart. Användning av tolkar och översatt information underlättar inte alltid kommunikation eller förståelse så som det är tänkt (Scheppers et al. 2006; Priebe et al. 2011). I brist på duktiga och ambitiösa tolkar och översättare händer det att personer som inte är det används, vilket bidrar till felöversättningar, ofullständig information och missförstånd. Det är därför viktigt att regelbundet kontrollera kvalitén på det arbete som tolkar och översättare utför och inte ta för givet att översättningar alltid är korrekta.

Information om HUA i samband med samhällsorienteringen skulle kunna vara till nytta både för dem som deltar i den samhällsorienterande kursen i fråga och för andra migranter eftersom deltagare ofta delar med sig av information som de fått via kursen till andra migranter (Al-Adhami & Wångdahl 2016).

Referenser

- Al-Adhami, M. och Wångdahl, J. (2016) Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016: En utvärderingsrapport. *Socialmedicinsk rapportserie*. Insitutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
- Altin, S. och Stock, S. (2015) Health Literate Health Care Organizations and their Role in Future Healthcare. *Nursing and Care*, 4.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. och Crotty, K. (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155, 97-107.

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L., Bauer, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. och Schillinger, D. (2012) Attributes of a Health Literate Organization. National Academy of Science.

Eurostat Statistics Explained (2016) *Minimum European Health Module (MEHM)*. Hämtad i september 2017 från: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_\(MEHM\)](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Minimum_European_Health_Module_(MEHM))

Folkhälsomyndigheten (2019) Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige.

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. och Rutter, C. (1997) The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27, 191-7.

Graneheim, U. H. och Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24, 105-12.

Hargreaves, S. och Friedland, S. J. (2013) Impact on and use of health service among new migrants in Europe. In: Thomas, F. & Gideon, J. (red.) *Migration, Health and Inequity*. London: Zed book.

Hernandez, L. M. och Roundtable on Health Literacy, A. B. O. P. H. (2012) *How Can Health Care Organizations Become More Health Literate?* Washington DC: National Academy Press.

Jonzon, R., Lindkvist, P. och Johansson, E. (2015) A state of limbo – in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scand J Public Health*, 43, 548-58.

Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veleadar, E. och Kripalani, S. (2007) Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *Journal of general internal medicine*, 22, 782-6.

Kriplani, S. och Weiss, B. D. (2006) Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Intern Medicine*, 21, 888-890.

Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen (2019) *Förstå mig rätt*. Hämtad i juni 2019 från: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/jamlik-varld/forsta-mig-ratt/>

Lecerof, S. S., Stafstrom, M., Emmelin, M., Westerling, R. och Ostergen, P. O. (2017) Findings from a prospective cohort study evaluating the effects of International Health Advisors' work on recently settled migrants' health. *BMC Public Health*, 17, 369.

Pelikan, J., Röthlin, F. och Ganahl, K. (2014) Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. 6th Annual Health Literacy Research Conference, November 3-4, 2014, 2014 Bethesda, Maryland, U.S.

Peterson, N. B., Dwyer, K. A., Mulvaney, S. A., Dietrich, M. S. och Rothman, R. L. (2007) The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *J Natl Med Assoc*, 99, 1105-12.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. och Bogic, M. (2011) Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC public health*, 11, 187.

Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J. och Geertzen, J. (2006) Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family practice*, 23, 325-48.

Socialstyrelsen (2013) *SOSFS 2013:25 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.* Hämtad i mars 2017 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-5>

Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. och HLS-EU Consortium, E. H. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

Svensson, P., Carlzen, K. och 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.

SKL / Sveriges kommuner och landsting (2015) *Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2014*. Hämtad i mars 2015 från: <http://skl.se/download/18.e79aa5215143dd034b46c84/1449741394836/SKL-asyluppfoljning-2015.pdf>

WHO Europe/World Health Organization (2013) *Health Literacy - the solid facts*. Hämtad mars 2017 från: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Wynia, M. K. och Osborn, C. Y. (2010) Health literacy and communication quality in health care organizations. *J Health Commun*, 15 Suppl 2, 102-15.

Wångdahl, J. (2013) Uppfattningar om arbetet med hälsoundersökningar för asylsökande. Resultat från fokusgrupper med Migrationsverks- och landstingspersonal i fyra län våren 2012. *Socialmedicinsk rapportserie*. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Wångdahl, J. och Mårtensson, L. (2015) Measuring health literacy - the Swedish Functional Health Literacy scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Vol. 29:1.

Wångdahl, J. (2017) *Health literacy among newly arrived refugees in Sweden and implications for health and healthcare*. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

4. På tröskeln. Om migration, våld och välbefinnande i mötet mellan somalifödda kvinnor och svensk kvinnohälsovård

Ulrika Byrskog

Introduktion

Avhandlingsarbetet som ligger till grund för denna text (Byrskog 2015) härrör ur en paradox jag mött i mitt kliniska arbete som barnmorska. Hälsa i relation till människors migration är ett mångfacetterat ämne och påverkas av individuella, relationella och samhällseliga faktorer, både i sändar- och mottagarländer (Zimmermann et al. 2011; Acevedo-Garcia et al. 2012; Castro 2008). Parallellt med migrationsprocessen är barnafödande och föräldrablivande förknippat med utmaningar (Benza & Liamputtong 2014; Nelson 2003; Meleis et al. 2000). Risker för förstärkt psykisk stress under graviditet, barnafödande och postpartum-perioden är rapporterat hos kvinnor i migration (Benza & Liamputtong 2014; Almeida et al. 2013). Dessutom rapporteras ökad förekomst av graviditets- och förlossningsrelaterade komplikationer hos kvinnor med migrationsbakgrund (Almeida et al. 2013; Socialstyrelsen 2016). Avsaknad av socialt stöd, kolliderande sociokulturella synsätt, kommunikationsbarriärer, ett nytt och okänt hälso- och sjukvårdssystem samt tillitsbrott mellan kvinnor och hälso- och sjukvårdspersonal utgör några särskilda komplikationsfaktorer (Almeida et al. 2013; Small et al. 2014; Higginbottom et al. 2014). Tidigare mig-

rationsrelaterade erfarenheter av traumatisk natur kan också aktualiseras under graviditet och förlossning. Tillsammans gör detta att kvinnor med flyktingbakgrund utgör en speciell migrantgrupp som behöver extra uppmärksamhet.

Det totala antalet människor på flykt i världen beräknas uppgå till drygt 70 miljoner. Krig är den största bidragande orsaksfaktorn (UNHCR 2019). Krig och flykt är förknippat med ökade risker för direkt och indirekt våld, vilket ytterligare adderar de möjliga negativa konsekvenserna för kvinnors hälsa i samband med migration (Garcia-Moreno et al. 2013). Trots alla dessa bakomliggande faktorer var det få av de somalifödda kvinnorna som jag mötte i mitt kliniska barnmorskearbete som stämde in i den stereotypa bilden av "sårbarhet och utsatthet" som kvinnor på flykt ofta associeras med. Kommunikationssvårigheter ledde dock till att våra samtal ofta stannade på en ytlig nivå utan möjlighet till samtal på ett djupare plan.

Under åren som föregick mitt avhandlingsarbete mötte vi ett ökat antal somalifödda kvinnor på förlossnings- och eftervårdsavdelningarna där jag jobbade. Den första studien initierades därför på detta sjukhus för att ge en översiktsbild av de somalifödda kvinnornas graviditets- och förlossningsutfall. Fynden belyste ett behov av ökad kunskap kring bakgrundsperspektiv från somaliska migranter som nyligen anlant till Sverige från en krigshärjad kontext. Vilka erfarenheter av krig och migration bar de somalifödda kvinnorna med sig och hur relaterade de dessa erfarenheter till sitt välmående och till möten med kvinnohälsovården i Sverige? Parallellt med denna forskningsprocess implementerades ett rutinmässigt ställande av frågor kring våldsutsatthet inom svensk kvinnohälsovård (NCK 2010). Den centrala roll som barnmorskan spelar framträdde tydligt, dels relaterat till mångfalden av möten med kvinnor med vitt skilda livserfarenheter, dels relaterat till uppgiften att ställa rutinfrågor om våld till kvinnor i olika livssituationer.

Således blev skärningspunkten i min avhandling *vårdmötet* mellan somalifödda kvinnor och barnmorskan i Sverige. Syftet var att följa upp somalifödda kvinnors hälsa i samband med graviditet och förlossning under de parallella processerna migration och barnafödande, med speciellt fokus på våld samt mötet med kvinnohälsovården i Sverige. Det blev en avhandling om balansakter. Att just somalifödda kvinnor blev utvalda i detta avhandlingsarbete härrör ur det faktum att detta var en

stor grupp med många nyanlända i närområdet där studierna initierades. Men etniciteten eller nationaliteten är inte det centrala. Det är vårdmötet i skärningspunkten mellan olika världar, och kvinnornas och barnmorskornas röster, som är värda att lyftas och som vi kan lära oss av.

Metoder

Studie nummer ett resulterade i Artikel I (Råssjö et al. 2013) och utfördes på ett mellanstort länssjukhus i en region i Mellansverige, där antalet somalifödda invånare hade fyrfaldigats under de senaste sex åren. En fall-kontrollstudie genomfördes, där vi jämförde vårdutnyttjande och graviditetsutfall baserat på 258 medicinska journaler från somalifödda kvinnor, och 513 journaler från svenskfödda kvinnor under åren 2001–2009.

I studie nummer två tog vi del av somalifödda kvinnors erfarenheter och uppfattningar kring barnafödande, våld och välbefinnande före och efter migrationen. Detta omfattade ett brett område och resulterade i två artiklar: Artikel II (Byrskog et al. 2014) fokuserade på situationen före migrationen och Artikel III (Byrskog et al. 2016) på situationen efter. Via nyckelpersoner i somaliska nätverk, mödrahälsovård och barnhälsovård rekryterades 17 somalifödda kvinnor för kvalitativa intervjuer. Två somalitalande kvinnliga tolkar assisterade vid alla intervjuer utom tre, som genomfördes på svenska. Med fem kvinnor gjordes en upprepad intervju efter 6–9 månader. Intervjuerna baserades dels på kvinnornas egna berättelser, dels på en inledande vinjett (Bradbury-Jones et al. 2014) som bestod av en fiktiv berättelse om en somalifödd kvinnas liv och migration till Sverige. Därigenom kunde vi tillsammans närma oss teman som annars riskerade att uppfattas som för personliga och känsliga om vi istället hade frågat efter kvinnornas egna upplevelser. Detta breddade och fördjupade intervjuerna. Berättelsen lästes högt i början av intervjuerna och fungerade som en isbrytare; den påföljande intervjun hade karaktär av ett samtal som relaterade till både pre-och post migrationsperspektiv. En halvstrukturerad intervjuguide användes som stöd för intervjuerna. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med tematisk analys.

I studie nummer tre (Artikel IV: Byrskog et al. 2015) intervjuades 17 barnmorskor verksamma inom mödrahälsovård i nio invandratäta områden i mellersta och norra Sverige. Syftet var att utforska hur barnmorskorna arbetade med våldsfrågor i vårdmöten med somalifödda kvinnor. Barnmorskorna uppmanades att dra sig till minnes en vårdsituation som relaterade till ämnet för intervjun; denna situation fick i avidentifierat skick inleda intervjun. Även här användes en halvstrukturerad intervjuguide, intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med kvalitativ tematisk analys.

Resultat

Avhandlingens resultat kan summeras i följande tre delar:

- Somalifödda kvinnors hälsa och vårdanvändning under graviditet och förlossning i en svensk kontext.
- Att gå vidare: relationer, välmående och frågor om våld, i mötet med svensk mödravård.
- Att vara en bro: mödravårdsbarnmorskors möten med somalifödda kvinnor i Sverige.

Somalifödda kvinnors hälsa och vårdanvändning under graviditet och förlossning i en svensk kontext

Vi fann i fall-kontrollstudien (Råssjö et al. 2013) att de somalifödda kvinnorna initierade sina mödrahälsovårdsbesök senare under graviditeten och gjorde färre besök jämfört med de svenskfödda. De vårdades i högre utsträckning för kraftigt graviditetsillamående men rapporterade i mindre utsträckning psykisk ohälsa och psykiatrisk behandling före och under graviditeten. Mindre medicinsk smärtlindring användes vid de somalifödda kvinnornas förlossningar och fler förlossningar i denna grupp avslutades med akut kejsarsnitt. En större andel barn med lägre födelsevikt återfanns också i den somalifödda gruppen.

I de kvalitativa intervjuerna beskrev kvinnorna att mötet med tryggheten i ett stabilt hälsovårdssystem var en stor lättnad efter ankomsten till Sverige. Vänlighet i vårdmöten och fördelarna med förebyggande hälsovård under graviditet betonades. Samtidigt framkom tre balansakter som påverkade mötet med svensk kvinnohälsovård. Den första var relaterad till en ny form av stress, länkad till de regelmässiga kontrollerna under graviditeten och tankar som: ”Vad kommer att upptäckas den här gången; är det relevant och något att ta på allvar och vilka åtgärder och interventioner kommer det i så fall att leda till?”. En balansakt mellan å ena sidan medicinsk tillit och å andra sidan ödestro, framkom. En av kvinnorna resonerade på följande sätt:

Vissa saker gör mig glad: att du kan se att barnet har alla organ och redan i början av graviditeten kan du beräkna att barnet ska födas vid en viss tidpunkt. Det gjorde mig glad, men jag tror att vad som ska hända kommer att hända, hur många kontroller du än går igenom. Det är ödets roll.

En annan balansakt var hur information från vårdpersonal vägdes mot budskap från den egna familjen, det sociala nätverket och traditionen. Budskapen kunde vara samstämmiga och bekräftande, men i de fall budskapen skiljde sig åt – vilket mest rörde interventioner samt sidoeffekter av smärtstillning under förlossning – skapades en osäkerhet i mötet med kvinnohälsovården. Kvinnornas respons till dessa budskap varierade och påverkades av eget självförtroende samt av tidigare erfarenheter från svensk kvinnohälsovård.

En tredje balansakt var i relation till ett nytt hälsovårdssystem, där man förväntas verbalisera sin oro, sina behov och sina frågor. Dels önskade kvinnorna se barnafödandet som något naturligt och många av kvinnorna såg även oro kopplat till barnafödandet som något naturligt och onödigt att tala om. Dels belyste de kvinnor som varit en längre period i Sverige att kvinnors behov inte efterfrågats i samma utsträckning före migrationen. Detta kunde, tillsammans med tillfredsställelsen att ha tillgång till vård, hämma nyanlända kvinnor från att ställa frågor och uttrycka sina behov, vilket kunde få negativa konsekvenser för vården man erhöll eftersom barnmorskorna då kunde anta att behoven eller frågorna inte fanns:

Men dom som inte kan språket, och som inte har kommit in i samhället än, dom har bara dom rykten som dom hör... Dom frågar inte mycket... Så då tror barnmorskorna: "Dom vet ändå, dom får information från kompisar eller något".

Personer med somaliskt ursprung som levt längre i Sverige eller barnmorskor med speciell kunskap kring somalifödda kvinnor sågs som resurspersoner i dessa processer.

Att gå vidare: relationer, välmående och frågor om våld, i mötet med svensk mödravård

Kvinnorna vi intervjuade beskrev en vardag före migrationen (Byrskog et al. 2014) genomsyrad av krigsvåld. Splittrade familjer, förflyttningar och avbruten skolgång och försörjning ledde till instabilitet. Förebyggande vård kring barnafödande saknades och förlossningar skedde med knapp tillgång till medicin, utrustning och omhändertagande. Oro och smärta vid förlossning normaliserades och beskrevs som plågsamma minnen. Hot om tvångsgifte, oro för sexuellt våld och hopp om en framtid i ett fungerande välfärdssystem för sin egen och barnens skull hade utlöst flykten. Kvinnorna beskrev samtidigt en närvarande styrka skapad i krigets spår, och hur plattformarna för kvinnor breddats genom kriget då kvinnor hade behövt ta större del i inkomstgenererande verksamheter och beslutsfattande i familjen. Starka sociala nätverk, egen uthållighet, förtröstan till Gud och fokus på nuet och framtiden hade varit centrala faktorer för överlevnad. Efter migrationen (Byrskog et al. 2016) fortsatte kvinnorna att använda sig av strategier från tiden före densamma, samtidigt som en gradvis integrering av resurser erhöles i det nya samhället skedde. Det var denna gradvisa process som bidrog till balansakterna och ibland osäkerheten i mötet med svensk kvinnohälsovård.

Familjerelationer i migrationsprocessen

Förändringar i familjedynamik med nya roller för kvinnor och män i migrationsprocessen beskrevs i för- och nackdelar. Kvinnornas plattformar i det offentliga

livet hade ökat redan under kriget och nu välkomnade man de formaliserade juridiska rättigheterna och ekonomiska stödsystemen som man mötte i det svenska samhället. Detta bidrog till maktförändringar, till förmån för kvinnorna i den nya svenska kontexten. Oro för män som tappade mark och identitet genom migrationen uttrycktes av flera kvinnor, som beskrev sina resonemang kring hur man kunde balansera och navigera genom dessa nya förändringar på bästa sätt. Å ena sidan fanns ingen anledning att inte ta del av den frihet de som kvinnor hade fått i det svenska systemet, vilket var upp till mannen att acceptera. Å andra sidan hade den mer traditionella uppdelningen mellan kvinnors och mäns mer väldefinierade och avgränsade ansvarsområden haft sina fördelar:

Han måste glömma det där livet i Somalia, det här är Sverige, det är en annan situation. Utan mig fungerar det ändå inte i livet, så varför inte låta honom känna att han fortfarande är huvudpersonen, istället för att visa att han inte är värd något... Varför ändra ett system som fungerat bra så länge?

Vikten av stegvisa justeringar, ömsesidig förståelse och dialog betonades för ett fortsatt fungerande familjeliv. Maktförskjutningarna kunde vara en potentiell riskfaktor för våld, men åsikterna skilde sig åt gällande i vilken utsträckning detta verkligen ledde så långt. En dubbelhet kring hur ökat avstånd till storfamiljen påverkade kvinnors sårbarhet för våld i nära relationer framkom. Å ena sidan kunde denna distans öppna för möjligheter att lättare omfamna det nya samhällets stöd i en våldsamt situation. Å andra sidan resulterade ett ökat avstånd till storfamiljen i ett mindre stöd när det gällde barnens omsorg och dagliga sysslor, vilket höjde pressen på både man och hustru. Till detta lades att storfamiljens funktion att medla i relationsproblem hade minskat i och med migrationen. Man behövde som par således förlita sig mer på sin egen dialog, vilket inte hade varit nödvändigt på samma sätt tidigare, då den större familjen hade kunnat medla i parkonflikter.

Få av kvinnorna uttryckte att de kunde tänka sig stanna i en relation där fysiskt våld förekom. Ambivalens uttrycktes gällande om man kunde acceptera att våld förekom någon enstaka gång på vägen mot att hitta sina nya roller, samt kring i vilken utsträckning samhällets stödfunktioner skulle involveras i händelse av våld

i familjen. Lika väl som det senare kunde vara ett stöd, kunde det också skapa ytterligare problem. I linje med detta sågs inte heller barnmorskans frågor om våldsatthet som självklara. Däremot, när kopplingen mellan våld och moderns och barnets hälsa klargjordes, fanns en förståelse för att frågor om våld kunde vara motiverade – bara orsakssambanden beskrevs tydligt:

Det här är något personligt för oss... Men att fråga om min hälsa, det är något normalt.

Medan kvinnor som nyligen anlant till Sverige uttryckte tillfredsställelse med tillgång till säker vård och verbaliserade få ytterligare behov, hade kvinnor med längre vistelsetid i Sverige reflekterat mer över barnmorskan som en resurs i en vidare bemärkelse. Barnmorskan kunde vara värdefull för att tillhandahålla information om vart man skulle vända sig för hjälp med svårigheter – såsom våld – oavsett om dessa behov blev uttalade eller inte i det aktuella vårdmötet. Kvinnorna beskrev att om vårdsekretessen och länkarna till samhällets stödsystem förtydligades, kunde det minimera en rädsla för onödig inblandning av sociala myndigheter. Gradvis fördjupning av relationen och förtroendet under graviditeten ansågs vara avgörande för att hitta rätt tidpunkt för frågor om våld.

Att möta livets motgångar

Ett pragmatiskt förhållningssätt till välbefinnande var framträdande bland de somalifödda kvinnorna. Det inkluderade praktisk hjälp från sociala nätverk och från samhällsinstitutioner i det nya landet; att lämna svårigheter bakom sig, att vara i nuet och att se positivt framåt. Dessa faktorer ansågs tillsammans med tron på mening ett socialt sammanhang och moderskap vara centralt för välbefinnandet och mer konstruktivt än professionell samtalshjälp.

Hon [en psykolog] tyckte att det skulle vara en börda för själen om man skulle vara tyst och inte prata om det eller gråta om det utan snarare släppa det. Vi [en grupp somalifödda asylsökande] tänkte annorlunda: Varför belasta själen genom att gråta och känna sig ledsen när man kan säga att saker kommer att gå så bra som möjligt... Tack och lov överlevde vi och har det bra och vi ber att våra familjer också ska ha det bra...

Trots denna framträdande "gå-vidare-strategi" framkom det samtidigt att det kunde finnas situationer där bristande vana att tala om psykiska besvär och liten kunskap om fördelarna med psykologisk hjälp, kunde vara ett hinder för kvinnor att just söka sådan hjälp. Här föreslogs att barnmorskan kan vara en värdefull resurs för att tillhandahålla kortfattad rådgivning i ett första steg när steget till att söka psykologstöd tycks vara stort. Tron på ödet och att finna mening i vad som händer bidrog till tålamod, gav styrka att vänta och att vara "här och nu" i mörka stunder. Det präglade även inställningen till och upprätthållandet av moderskapet, trots stora geografiska avstånd mellan familjemedlemmar. Lyckan över att föda ett barn överträffade oron för att inte veta när fadern skulle kunna förenas med familjen:

Du tänker inte: "Vad händer om han inte kommer?" eller "Hur ska jag uppfostra ett barn själv här?" och sådana saker. På det sättet tänker du inte. Istället tänker du: "Nu ska jag få ett barn." Du är lycklig.

Lokala och gränsöverskridande band med familj och sociala nätverk hade varit livsavgörande under svåra omständigheter före och under flykten. Efter migrationen fortsatte ett socialt sammanhang eller brist på detsamma att ha avgörande inverkan på välbefinnandet. Perioden som föregick upprättandet av nya sociala kontakter beskrevs som mörk och förvirrande och dessa nya kontakter kunde ha stor betydelse för att navigera i det nya landet. Att vara och bli mamma var även det ett sätt att hitta eller upprätthålla sammanhang, eftersom det var nära kopplat till identitet samt gav sysselsättning i den nya miljön.

Att vara en bro: mödravårdsbarnmorskors möten med somalifödda kvinnor i Sverige

Intervjuerna med barnmorskor (Byrskog et al. 2015) belyste en strävan efter att fokusera på den enskilda kvinnan bortom etnicitet och kulturella skillnader; en intention som ibland, begränsad av språkhinder och social distans, kunde övergå i ett mer stereotypt grupp tänkande. I förhållande till de somalifödda kvinnorna navigerade barnmorskorna mellan olika definitioner av våld, sätt att hantera motgångar i livet samt sociala sammanhang som man inte alltid hade inblick i, styrda av erfarenhetsbaserad kunskap och kollegialt stöd. Ett "här-och-nu"-förhållningssätt samt systemskap bland kvinnorna sågs som skyddande faktorer mot trauma och

migrationsrelaterad ohälsa. Barnmorskorna förklarade att de relativt sällan mötte pågående våld. De beskrev möten med ofta resursstarka kvinnor trots bakgrunder präglade av krig och flyktingskap. Möten som berikat och gett barnmorskorna nya perspektiv:

Och jag frågade henne hur hon kände inför barnet [som blivit till genom en våldtäkt under flykt]: ”Ja, men barnet har ingen skuld i detta.” Väckande intressant, verkligen. Att hon väntade på – och var glad för – det kommande barnet. För det hade ingen skuld. Det är också väldigt stort att kunna tänka så.

Barnmorskorna betonade att det inte skulle antas att en invandrad kvinna har vetenskap om sina juridiska rättigheter eller vilka typer av formellt stöd eller vård som hon har tillgång till, eller kan ha nytta av i det nya samhället. Här kunde frågorna dock om våld underlätta att ett sådant samtal kom till stånd. Följaktligen såg barnmorskorna på sig själva i en ”bro-funktion”, placerad mellan kvinnan och samhället. Ett delat språk ansågs vara en nyckel för god kommunikation, inte minst om våld. Samtal riskerade annars trots professionell tolk att hamna på en yttligare nivå, med brist på nyanser. En annan viktig byggsten för att kunna närma sig frågan om våldsutsatthet eller tala om andra närgångna ämnen, var ömsesidigt förtroende. Här kunde också tålmod och en långsiktig relation behövas. En barnmorska beskrev hur möjligheten till upprepad kontakt kunde stärka en kvinna i att våga berätta, hon kunde tänka:

”...även om jag inte berättar den första gången, så vet jag att om jag går till mödravården så kommer frågan att komma igen, och den gången kanske jag vågar berätta och får veta var jag ska vända mig sedan...”

Avslutande diskussion

Anpassningen till ett nytt hälsovårdssystem är en balansakt och process över tid

Migration kan beskrivas som en övergångsfas, en transition. Att bli förälder är en annan övergång, och för kvinnor och familjer som får barn under migrationsproces-

sen sker dessa transitioner parallellt. Viktigt att komma ihåg är att transitioner är perioder av ökad sårbarhet men vilka också kan leda till positiv utveckling (Nelson 2003; Meleis et al. 2000). Mötet mellan barnmorskan och kvinnan – som här illustrerats med frågor om våld i fokus – tydliggör hur tidigare givna förutsättningar och perspektiv utmanas i dessa transitionsprocesser. Ett tydligt fynd är hur skendens på samhällsnivå påverkar hur man som individ förstår och agerar på både samhälls-, relations- och individnivå. Rörelsen längs migrationens kontinuum är flytande och individuell, med målet att inte lämna allt det gamla för något nytt, utan att hitta vägar till att på positiva sätt integrera nya med sedan tidigare välkända resurser. Det är en process som präglas av tid, av individuella faktorer och av tillgänglighet till information och interaktion i det nya samhället.

Det måste vara relevant

Ska välfärdsstaten ses som ett hot eller en resurs? Erfarenheter av en stat i sammanbrott (Somalia) tvingar fram en egen styrka och förstärker tilliten till informella stödsystem, såsom sociala nätverk och familj. En stat som har svikit bidrar till att människor tappar tillit till myndigheter. Det formar också bilden av vad ett hälsovårdssystem är och vad det ska göra. Därför är det centralt att tydliggöra roller och funktioner och motivera de frågor som ställs och åtgärder som föreslås, så att dessa upplevs vara relevanta och logiska ur "vårdtagarens" perspektiv. Det kan exempelvis gälla vad barnmorskans ansvarsområde innefattar och *varför*; vilka andra stödfunktioner som finns att tillgå vid behov och vad de kan bidra med. Och vad sekretess innebär, vilka som har tillgång till medicinska journaler och hur eventuella myndighetslänkar ser ut mellan hälsovård, polis och socialtjänst.

Att balansera mellan grupp- och individnivå i vårdmötet

I varje vårdssituation ska personcentrerad vård (Ekman et al. 2011; Vårdhandboken 2018) eftersträvas, vilket också var de intervjuade barnmorskornas ambition men något som inte alltid var enkelt att åstadkomma fullt ut. En inneboende och ofta omedveten tendens att ha sig själv som norm och att förenkla och placera människor i fack för att göra dem och världen omkring sig begriplig, är mänskligt. De risker

detta medför blir dock större i vårdmöten som går över språk- och kulturgränser, förstärkta av social distans, och i ett hälsovårdssystem med begränsad tid och utrymme för flexibilitet. Å ena sidan kan stereotypifiering på gruppnivå leda till att en människa inte blir sedd som individ där hon befinner sig just nu, med sina individuella behov. Å andra sidan finns en risk att ett ensidigt och oreflekterat fokus på individen leder till att de riskfaktorer som faktiskt kan finnas på gruppnivå förbises, vare sig det gäller direkta medicinska riskfaktorer eller mer psykosociala sådana. Här är det viktigt att det kollegiala och erfarenhetsbaserade stödet kompletteras med evidensbaserad kunskap, riktlinjer och forum för självreflektion.

Tillit, tålmod och ömsesidighet

Att bygga tillit i en vårdrelation kan gå snabbt, men kan också ta tid. Tidigare tillitsbrott kan vara ett hinder, och de barriärer som har beskrivits ovan kan inverka. Barnmorskorna beskrev hur de genom att hitta en gemensam nämnare, såsom exempelvis några ord på den andras språk, kunde signalera ett intresse: ”Jag ser dig, vi har något gemensamt”. Det kunde bidra till att etablera en bra ingång och bas i en ömsesidigt tillitsfull vårdrelation, men framför allt betonade barnmorskorna vikten av tålmod. Här är rollen som barnmorska unik, dels genom möjligheten att komma nära kvinnor i väldigt speciella skeenden i livet, dels genom att kunna arbeta med kontinuitet över tid i individuella vårdrelationer. Tålmod och uthållighet sågs även som centrala komponenter för ett fungerande arbete med föräldraförberedande grupper, vilket kan ha ett stort värde när någon befinner sig i en process av dubbel rollförändring genom både migration och föräldraväxande.

För de somalifödda kvinnorna som jag intervjuade var en pragmatisk, lösningsfokuserad livssyn, en ödestro, moderskap och social tillhörighet viktiga komponenter i processen att komma vidare. De såg inte på sig själva som ”offer”, utan som starka människor. Men det är inte så för alla kvinnor i migration. Varje livsberättelse är unik. Därför det viktigt att beakta perspektiv av sårbarhet och av styrka. Att samtidigt med vetskapen om att det kan finnas behov som av olika anledningar inte verbaliseras också utgå ifrån och stärka de resurser som varje enskild kvinna bär på. För barnmorskornas del hade de vårdmöten som de hade upplevt också bidragit med fördjupade livsperspektiv och nya insikter för dem

själva. Denna ömsesidighet är ett viktigt bidrag in i det ojämna maktförhållanden som finns inbyggt i varje vårdmöte (Pergert et al. 2008).

Till sist

Mödravårdsbarnmorskan har en unik roll genom att upprepade gånger möta kvinnor i reproduktiv ålder. Detta erbjuder en möjlighet att nå ut till marginaliserade kvinnor i samhället. Men det kräver tid och flexibilitet. Dessutom, om eventuella dolda vårdbehov ska identifieras och förenklade föreställningar om grupper undvikas behövs en bas av relevant kunskap och fungerande riktlinjer, som riktar sig till en kulturellt varierad befolkning och med ett stödjande organisationssystem som grund. Samarbete över professionsgränser och lokala nätverk kan bidra till ett relevant stöd för kvinnor och familjer som lever i en balansakt mellan flera världar.

Referenser

Acevedo-Garcia, D., Sanchez-Vaznaugh, E. V., Viruell-Fuentes, E. A. och Almeida, J. (2012) Integrating Social Epidemiology into Immigrant Health Research: A Cross-National Framework. *Social Science & Medicine*, 75(12):2060-8.

Almeida, L., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D. och Dias, S. (2013) Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8):1346-54.

Benza, S. och Liamputtong, P. (2014) Pregnancy, Childbirth and Motherhood: A Meta-Synthesis of the Lived Experiences of Immigrant Women. *Midwifery*, 30(6):575-84.4 .

Bradbury-Jones, C., Taylor, J. och Herber, O. R. (2014) Vignette Development and Administration: A Framework for Protecting Research Participants. *International Journal of Social Research Methodology*, 17(4):427-40.

Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B. och Klingberg-Allvin, M. (2014) Violence and Reproductive Health Preceding Flight from War: Accounts from Somali-Born Women in Sweden. *BMC Public Health*, 14:892.

Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B. och Klingberg-Allvin, M. (2015) Being a Bridge: Swedish Antenatal Care Midwives' Encounters with Somali-Born Women and Questions of Violence: A Qualitative Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1):1.

Byrskog, U. (2015) *'Moving On' and Transitional Bridges: Studies on migration, violence and wellbeing in encounters with Somali-born women and the maternity health care in Sweden*. Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet.

Byrskog, U., Essen, B., Olsson, P. och Klingberg-Allvin, M. (2016) 'Moving on' Violence, Wellbeing and Questions About Violence in Antenatal Care Encounters. A Qualitative Study with Somali-Born Refugees in Sweden. *Midwifery*, 40:10-17.

Castro, F. G. (2008) Personal and Ecological Contexts for Understanding the Health of Immigrants. *American Journal of Public Health*, 98(11):1933.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Norberg, A., et al. (2011) Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10:248–51.

Garcia-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C. och Abrahams, N. (2013) *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.

Higginbottom, G.M., Hadziabdic, E., Yohani, S. och Paton, P. (2014) Immigrant Women's Experience of Maternity Services in Canada: A meta-ethnography. *Midwifery*, 30(5):544-59.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Hilfinger, M., DeAnne, K. och Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1):12-28.

NCK/Nationellt Center för Kvinnofrid (2010) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Uppsala, Sverige: Nationellt Center för Kvinnofrid.

Nelson, A. M. (2003) Transition to Motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(4):465-77.

Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K. och Björk, O. (2008) Bridging Obstacles to Transcultural Caring Relationships - Tools Discovered Through Interviews with Staff in Pediatric Oncology Care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(1):35-43.

Råssjö, E. B., Byrskog, U., Samir, R. och Klingberg-Allvin, M. (2013) Somali Women's Use of Maternity Health Services and The Outcome of Their Pregnancies: A Descriptive Study Comparing Somali Immigrants with Native-Born Swedish Women. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 4(3):99-106.

Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D. och Heaman, M. (2014) Immigrant and Non-Immigrant Women's Experiences of Maternity Care: A Systematic and Comparative Review of Studies in Five Countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:152.

Socialstyrelsen (2016) *Socioekonomiska faktorerers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

UNHCR/The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees/ (2019) *Global Forced Displacement Tops 70 million*. Hämtat 191001 från <https://www.unhcr.org/news/stories/2019/6/5do8b6614/global-forced-displacement-tops-70-million.html>.

Vårdhandboken (2018) *Personcentrerad vård*. Hämtad 191001 från <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

Zimmermann, C., Kiss, L. och Hossain, M. (2011) Migration and Health: A Framework For 21st Century Policy-Making. *PLOS Medicine*, 8(5):e1001034.

5. Hälsoundersökningar av asylsökande inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Robert Jonzon

I gränssnittet mellan kontroll och vård, och hur strukturer och rutiner kan påverka tillgänglighet och genomförandet av hälsoundersökningar

Inledning

I Sverige ska alla asylsökande enligt lag erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning (HU). Trots det har under många år det nationella genomsnittet av genomförda HU legat på under 50 procent, med stora variationer över landet, enligt årliga statistiska redovisningar från dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), vilket indikerade ett dysfunktionellt system.

I samtal med hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med flyktinghälsovård inom primärvården, vilka föregick detta forskningsprojekt, framkom en bild och antagande om att de asylsökande inte vill delta i HU.

Avsikten med avhandlingen (Jonzon 2019) var att utforska i vilken utsträckning det svenska hälso- och sjukvårdssystemet erbjuder optimala förutsättningar för asylsökande att erhålla en HU och om HU förmår att möta den enskilda asylsökandes upplevda hälsobehov, liksom samhällets krav utifrån ett folkhälsoperspektiv på att identifiera smittsamma sjukdomar.

Resultaten visar framför allt på strukturella hinder såsom bristfällig kommunikation och vårdgivarnas organisation av HU, snarare än en ovilja från målgruppens sida, som förklaring till att alltför få asylsökande genomgår en HU.

Bakgrund

Fram till 1980-talet hade Sverige huvudsakligen tagit emot migranter som kommit till landet som arbetskraftsinvandrare från andra delar av Europa, men då förändrades detta påtagligt. Krig och förtryck i såväl delar av Europa som i många länder runt om i världen tvingade människor på flykt. Många kom till Sverige och andra europeiska länder i sökandet efter en fristad, trygghet och asyl.

Detta sammanföll med den begynnande hiv/aids-pandemin. Många asylsökande kom från områden med hög förekomst av hiv/aids (Regeringen 2005) och Sverige hade fram till dess inga systematiskt organiserade HU eller screening för infektionssjukdomar. Sedan mitten av 1980-talet har asylsökande erbjudits en frivillig HU, vilken även inbegripit en hiv-test. Mellan åren 1985 och 1996 var dåvarande Invandrarverket ansvarig myndighet för HU, även om landstingens primärhälsovård i praktiken utförde desamma.

Att beskriva migranters hälsa och ohälsa generellt är problematiskt eftersom "migranter" utgör ett antal heterogena underkategorier, vilka alla har olika förutsättningar som påverkar hälsa och ohälsa. Det finns dock forskning som visar att invandrare i Sverige som är födda utanför Europa rapporterar sämre hälsa jämfört med personer födda i Sverige, oavsett deras bakgrund (Hjern 2012). Det finns data som styrker att den vanligast förekommande ohälsan bland vuxna asylsökande är olika psyko-somatiska tillstånd, som ofta orsakats av traumatisk stress före flykten (Laban et al. 2008) men även att fysiska ohälsoproblem också förekommer (Gerritsen et al. 2006).

I vilken utsträckning smittsamma sjukdomar såsom hiv, hepatit B och C, och tuberkulos (TB) utgör en fara för migranter, beror i hög grad på den epidemiologiska situationen i ursprungslandet och i transitländer där flyktingar kan behöva leva under långa perioder.

Bland migranter som diagnostiseras för hiv i Sverige finns ett påtagligt stort antal som har levt med hiv länge innan de får sin diagnos och behandling, till en del orsakat av brister i hälso- och sjukvårdssystemet (Brännström et al. 2015; Jonzon et al. 2018).

Föreställningen om att smittsamma sjukdomar kommer utifrån, med utlänningar och främlingar, är djupt rotade i hela världen (Europeiska kommissionen 2019). Som exempel fick USA redan år 1891 en lag som reglerade smittskydd och hälsoundersökningar av invandrare utifrån ett folkhälsoperspektiv (McCance 1992). Något senare införde även England liknande åtgärder (Taylor 2016).

HU av nyanlända asylsökande har införts i flertalet EU-länder, men innehållet och kvalitén varierar, om den är frivillig eller inte, liksom hur verksamheten är organiserad (Norredam et al. 2006). Varje land får själva besluta om HU för asylsökande som en smittskyddsåtgärd, men det finns inget krav från EU:s sida.

Under 1990-talet blev nyanlända asylsökande i Sverige utspridda över hela landet, efter att tidigare varit hänvisade till ett fåtal mottagningscentra. I samband med denna förändring kom ansvaret för genomförandet av HU att ligga på vart och ett av de dåvarande 21 landstingen (motsvarande region/kommun), reglerat genom ett avtal mellan Socialdepartementet och SKL. Men eftersom varje landsting (region) är suveränt i fråga om hälso- och sjukvårdens organisation och prioriteringar inom densamma, kom HU att variera stort över landet, både numerärt och innehållsmässigt. Under många år visade statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) på en genomsnittligt mycket låg genomförandegrad av HU, vilket indikerade ett dysfunktionellt system. Med en förhoppning att öka deltagandet ersattes det tidigare avtalet mellan Socialdepartementet och SKL med en lag den 1 juli 2008 (Regeringen 2008). Lagen tvingar inte asylsökande att genomgå en HU, men däremot blev landstingen skyldiga att *erbjuda* asylsökande en HU.

Som ett svar på den pågående hiv/aids-pandemin lanserade Sveriges riksdag år 2006 *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (Regeringen 2005). Strategin hade som övergripande mål att begränsa spridningen av hiv-infektion och andra sexuellt överförbara och blodburna sjukdomar samt att

begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för såväl samhället i stort som för den enskilde. Vidare fanns tre delmål, varav det andra specifikt rörde asylsökande:

Hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare skall identifieras inom två månader och för övriga grupper som vistats i högendemiska områden inom sex månader. (Regeringen 2005)

Socialstyrelsen var den myndighet som fick uppdraget att på nationell nivå samordna det hiv-förebyggande arbetet och följa upp de insatser som gjordes på lokal och regional nivå i hela landet, enligt strategin.

Enligt strategin utgjorde hälso- och sjukvården den viktigaste arenan för att upptäcka eventuell hiv hos migranter, särskilt inom ramen för den hälsoundersökning som nyanlända ska erbjudas.

I samband med Socialstyrelsens uppföljning av det hiv-förebyggande arbetet i landsting och regioner, gjordes besök på vård- och hälsocentraler i samtliga 21 landsting och regioner. Syftet var bland annat att föra en dialog med hälso- och sjukvårdspersonalen kring HU, inklusive hiv-testning, och därmed få en preliminär bild av hur landstingen och regionerna bidrog till att uppnå det nämnda andra delmålet i den nationella hiv-strategin.

Det visade sig att just den del av hälso- och sjukvården som arbetade med migranter av personalen uppfattades ha låg status, samt att den var lägre prioriterad i jämförelse med annan verksamhet. En del av personalen upplevde att de var professionellt ensamma och isolerade i arbetet med migranterna. Många beklagade sig över att de asylsökande inte kom till HU. Som ett mantra upprepades: ”De kommer inte”, underförstått att migranter inte vill komma. På frågan om varför de inte kommer blev svaret oftast, ”vi vet inte”.

Kunskapsläget

Vetenskapliga studier pekar på att migranter globalt har begränsad tillgång till hälso- och sjukvård, att tillgängligheten är inskränkt och att dessa barriärer har

flera orsaker (United Nations 1966; Norredam et al. 2006; Gil-González et al. 2015; Lobo et al. 2016).

När detta avhandlingsprojekt påbörjades 2013 var det med något undantag (Nkulu Kalengayi et al. 2012) inte möjligt att finna publicerade vetenskapliga artiklar rörande asylsökande och HU i en svensk kontext. Därefter finns exempel på att det vetenskapliga underlaget ökat (Lindkvist et al. 2015; Wångdahl et al. 2015).

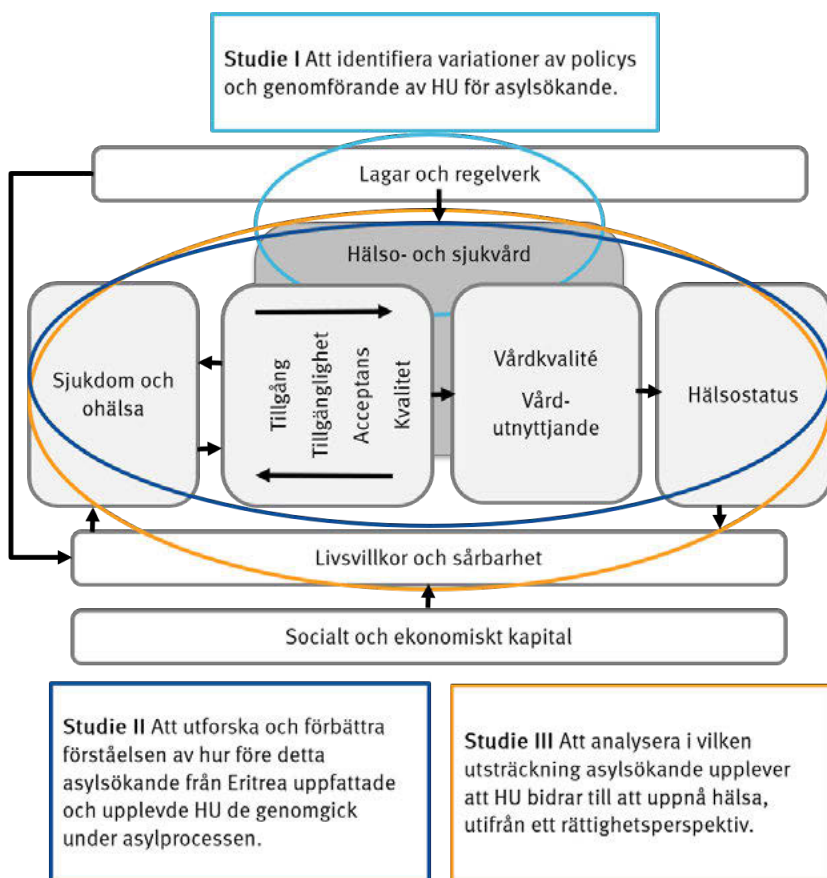
Syfte

Det övergripande syftet med detta avhandlingsprojekt var att via tre delstudier utforska i vilken utsträckning det svenska hälso- och sjukvårdssystemet erbjuder optimala möjligheter till asylsökande att genomgå en hälsoundersökning och hur denna svarar upp till att möta såväl asylsökandes egna upplevda hälsobehov som samhällets krav på att identifiera smittsamma sjukdomar utifrån ett folkhälsoperspektiv. Därutöver finns för varje delstudie ett specifikt syfte, vilket framgår av modellen nedan (Figur 5.1).

Teoretiskt ramverk

Enligt Förenta Nationernas (FN) Högkommissarie för de mänskliga rättigheterna (United Nations High Commissioner for Human Rights/OHCHR 1976) avspeglar graden av migranternas tillgång till hälso- och sjukvård i mottagarländerna, hur samhället har lyckats med att implementera ett hälsosystem där alla invånare får åtnjuta den högsta möjliga nivå av hälsa. FN har skapat ett ramverk med fyra indikatorer – *tillgång, tillgänglighet, acceptans, kvalitet* – för att kunna mäta och följa utvecklingen av hur länder i praktiken förverkligar den så kallade "Rätten till hälsa" (United Nations - Committee on Economic Social and Cultural Rights 2000). Detta ramverk har senare presenterats i en modifierad modell kring tillgång och tillgänglighet av hälso- och sjukvård (Obrist et al. 2007). Modellen har i det aktuella avhandlingsarbetet utvecklats vidare för att åskådliggöra hur olika aspekter av rätten till hälsa kan kopplas till det specifika syfte som finns för var och en av de tre delstudierna.

Figur 5.1. Ramverk för tillgång och tillgänglighet*



*(Obrist et al.) modifierat av R. Jonzon

Metod

I detta forskningsprojekt har olika forskningsmetoder använts, beroende på syfte och frågeställning i de olika delstudierna. En kvantitativ tvärsnittsdesign tillämpades i studie I och III. Olika frågeformulär användes i båda dessa studier. I studie I

skickades en enkät till de administratörer (n=21) i landstingen som arbetade med frågor kring HU. En annan enkät skickades till samtliga 785 vårdcentraler i hela landet som hade uppdrag att utföra HU på asylsökande och besvarades av vårdpersonal. Studie III genomfördes på 16 SFI-skolor i fyra olika län. Enkäten var tillgänglig på åtta olika språk och besvarades av 786 individer som hade varit asylsökande, men som senare fått uppehållstillstånd.

I studie II användes en kvalitativ design. Här fanns en deskriptiv och tolkande forskningsansats som är särskilt användbar när tidigare forskning saknas eller är begränsad. Avsikten var att genom individuella intervjuer bland före detta asylsökande kvinnor och män med ursprung i Eritrea, ett land med hög förekomst av hiv, få kunskap om deras upplevelse av att erbjudas och genomgå en HU. Ett så kallat strategiskt urval av informanter gjordes med hjälp av en ansvarig tjänsteman för det lokala introduktionsprogrammet för flyktingar och andra invandrare i en förort till Stockholm. En variation avseende ålder och kön eftersträvades och deltagarna fick inte ha varit i Sverige längre än fem år. Ett informationsmöte om studien genomfördes, varefter mötesdeltagarna fick avgöra om de ville delta eller inte. Initialt rekryterades åtta personer, fyra kvinnor och fyra män. Ytterligare tre personer, en kvinna och två män, rekryterades senare för att säkerställa datamättnad. Deltagarnas ålder varierade från 27 till 43 år och de hade bott i Sverige mellan 2,5 och 5 år.

Resultat

Forskningsresultaten visade på avsaknaden av ett sammanhängande nationellt system i Sverige för hälsoundersökning av asylsökande. Hur verksamheten var organiserad, rutiner, uppföljning och resultat varierade avsevärt mellan de 21 landstingen, och skälen till den låga genomförandegraden föreföll vara mångsidiga.

Att bli erbjuden en HU uppfattades som regel mycket positivt. Däremot fanns en uttalad negativ uppfattning om HU:s fokus, vilket sades vara begränsat till smittsamma sjukdomar och inte på den ohälsa man själv upplevde sig ha och önskade hjälp med. Således fanns en obalans mellan samhällelig kontroll av smittor och enskilt upplevda vårdbehov.

Deltagarna i forskningen uttryckte ambivalens och misstro mot såväl myndigheter som HU som sådan, huvudsakligen på grund av att de saknade information om syftet med HU och hur resultatet skulle kunna påverka utgången av deras asylansökan. Bristfällig kommunikation visade sig vara ett påfallande hinder, bland andra, för att kunna få tillgång till HU och annan hälso- och sjukvård.

Slutligen visar resultaten på att HU inte påtagligt bidrar till att förverkliga asylsökandes rätt till hälsa, enligt de kriterier som presenterats av FN.

Studie I

Syftet med denna delstudie var att identifiera variationer mellan landstingen avseende policys och genomförande av HU för asylsökande i Sverige.

Hälso- och sjukvården och dess personal verkar inom givna ramar av lagar och andra regelverk. Dessa kan bidra till att såväl sänka som höja olika typer av barriärer för tillgängligheten av HU för asylsökande.

Resultatet från denna delstudie visar att bland de läkare och sjuksköterskor som utförde HU av asylsökande var majoriteten sjuksköterskor (69 %). Av dessa angav endast ett fåtal att de hade någon speciell utbildning inom området migration och hälsa, samtidigt som ganska många (14 %) upplevde att de inte hade tillräckliga kvalifikationer för att göra jobbet på ett tillfredsställande sätt.

Antalet vård- eller hälsocentraler som utförde HU inom de olika landstingen varierade stort, från en till fler än tio, oberoende av landstingets storlek. Enstaka landsting hade inrättat särskilda mottagningar för just HU av asylsökande och andra migrantgrupper.

Ett av de 21 landstingen rapporterade, i förhållande till övriga, en annorlunda organisation och arbetsprocess rörande HU av asylsökande. Det särskilda i deras strategi var ett specialiserat mobilt team, som arbetade i hela landstinget, varhelst asylsökande hade sina tillfälliga boenden. Samtidigt visade nationell statistik på att just det landstinget hade den högsta genomförandegraden av HU i hela landet.

Bland de 20 administratörerna svarade 19 att deras landsting hade en centralt placerad stödfunktion gentemot de som arbetade kliniskt med HU. Stödfunktionen hanterade frågor kring ekonomi, juridik, policys, statistik och utgjorde en länk mellan vården och Migrationsverket. Det var dock få (31 %) bland de kliniskt verk-samma som kände till denna resurs.

HU och annan hälso- och sjukvård för asylsökande utgjorde den huvudsakliga arbetsuppgiften för läkarna och sjuksköterskorna, men nära två tredjedelar hade även administrativa arbetsuppgifter, vilka till en del sammanföll med administra-törernas arbetsuppgifter.

Trots att asylsökande av naturliga skäl inte behärskar svenska språket uppgav en majoritet av vårdpersonalen (61 %) att de asylsökande fick en skriftlig inbjudan till HU på svenska. Emellertid uppgav majoriteten (81 %) att det fanns en tolk involverad vid genomförandet av HU.

Innehållet i HU varierade mellan landstingen. Enligt gällande regelverk ska informa-tion om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ges i samband med HU, men bara två tredjedelar (64 %) av de som svarade på enkäten indikerade att denna information kommunicerades till de asylsökande. Överlag var frågor rörande smitt-samma sjukdomar prioriterade. Tuberkulostest utfördes av 74 procent och test för hiv av 79 procent av landstingen. Trots att broschyrer om hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI) har producerats nationellt och översatts till många olika språk, svarade endast 29 procent av de tillfrågade att dessa fanns tillgängliga och användes för de asylsökande i samband med HU.

Styr- och vägledningsdokument kan bidra till att skapa ett mer jämlikt och enhet-ligt hälso- och sjukvårdssystem. I denna studie rapporterade 70 procent av admi-nistratörerna och 50 procent av vårdpersonalen, att det på landstingsnivå fanns vägledningsdokument för vård av asylsökande. Samtidigt uppgav 69 procent av vårdpersonalen att de hade lokala checklistor för vad som skulle ingå i HU.

Bland administratörerna svarade 50 procent och bland vårdpersonalen 43 procent att de hade årliga uppföljningar av HU och tillhörande processer.

Respondenterna tillfrågades om hur stor andel av de asylsökande i det egna lands-tinget som genomgått en HU under föregående år. Bortfallet, det vill säga antalet som inte besvarade frågan, var stort: 60 procent av administratörerna och hela 72 procent av sjuksköterskorna och läkarna, vilket indikerar att de sannolikt inte visste svaret.

På frågan om någon uppföljning gjordes kring de asylsökande som inte kom till HU, om orsaken till detta, svarade över hälften (56 %) att det inte gjordes, ett mindre antal (15 %) visste inte medan några (10 %) försökte efterforska orsaken.

Studie II

Syftet med delstudie II var att utforska och förbättra förståelsen av hur före detta asylsökande från Eritrea uppfattade och upplevde hälsoundersökningen de hade genomgått under asylprocessen i Sverige.

Enligt det teoretiska ramverket och modellen ovan (Figur 5.1.) utgör inte bara det nationella regelverkets inverkan på hälso- och sjukvården ett möjligt hinder för asylsökandes tillgång till HU och vård. Tillgången påverkas även av migranternas levnadsomständigheter och sårbarhet, samt deras sociala och ekonomiska kapital, vilket har påverkats av såväl tiden före som under migrationen, liksom tiden i mottagarlandet. Levnadsomständigheter och sårbarhet har att göra med utbildning, möjlighet till arbete, egen försörjning och boendesituation, vilket i sin tur påverkar migranternas hälsostatus och behov av hälso- och sjukvård.

Resultatet från denna kvalitativa studie visar att den del av hälso- och sjukvårdssystemet som ansvarar för HU har ett antal olika hinder och barriärer som begränsar tillgängligheten av HU och annan hälsovård för asylsökande.

Ett av dessa hinder var bristfällig information och kommunikation, vilket var ett återkommande tema under intervjuerna. Som nämnts ovan var det vanligt att inbjudan till HU var skriven på svenska. Att inte ha fått information om syftet med HU skapade oro och stress, enligt flera informanter. I kontrast till det faktum att HU är frivillig, uppfattades ändå kallelsen som obligatorisk.

Jag förstod inte syftet med hälsoundersökningen. Jag fick inbjudan och min tolkning var att jag var tvungen att gå dit. (Man, 35 år)

Flera informanter sa att de trodde att de blivit testade för hiv i samband med HU, men de visste inte säkert.

Jag fick inte mycket information. Hon förklarade rörande TB-testet, men jag fick ingen information kring blodproverna. Jag vet fortfarande inte. (Kvinna, 28 år)

De frågade inte. De bara tog blodproven, tre gånger, utan att säga någonting. (Man, 27 år)

Informanterna upplevde i hög grad att HU var begränsad till bara blodprov. Flera uttryckte besvikelse över att inte ha fått tillfälle att ta upp och diskutera deras egna upplevda ohälsoproblem, trots att en tolk fanns med vid HU.

Ett syfte med hälsoundersökningen som erbjuds nyanlända asylsökande är att förmedla information om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Trots det uppgav samtliga informanter i denna studie att de inte hade fått någon sådan information. Även om det skulle kunna ha varit så i dessa fall, så kan det heller inte uteslutas att sådan information kan ha förmedlats, men i så fall, uppenbarligen på ett sätt som gjorde att det inte uppfattades av mottagaren.

HU genomfördes under den tid då de asylsökande mer än något annat var upptagna med tankar och oro inför svaret på deras asylansökan. Vid intervjuerna gav de uttryck för att deras eget fokus var på asylansökan, inte på deras egen hälsa, vilken de ansåg var sekundär i den situation som de befann sig i.

Informanterna uttryckte en känsla av ambivalens och misstro i mötet med såväl Migrationsverket som den svenska hälso- och sjukvården. Känslor av osäkerhet förmedlades rörande den roll Migrationsverket hade i relation till HU och om resultatet av hälsoundersökningen skulle kunna påverka deras möjlighet att få uppehållstillstånd i Sverige.

Det var på uppdrag av Migrationsverket som hälsoundersökningen gjordes och de vill veta [resultatet]. Det skapade en stor stress. (Kvinna, 38 år)

Det är Migrationsverkets tjänstemän som tidigt under asylprövningen informerar om HU, men vårdpersonal i landstingens primärvård utför själva HU. Det är därför rimligt att asylsökande som inte blivit informerade om att HU och dess resultat inte påverkar asylprövningen, ändå kan tro att så är fallet.

Studie III

Syftet med delstudie III var att analysera i vilken utsträckning asylsökande upplever att hälsoundersökningen bidrar till att uppnå hälsa, utifrån ett rättighetsperspektiv. Studien baseras på det nämnda ramverket och modellen ovan (Figur 5.1.; United Nations - Committee on Economic Social and Cultural Rights 2000).

För att möjliggöra att mäta och följa utvecklingen av implementeringen, har ”Rätten till hälsa” brutits ner till nämnda fyra mätbara indikatorer: tillgång, tillgänglighet, acceptans, kvalitet. Denna studie fokuserar på i vilken utsträckning deltagarna i studien ansåg att informationen kring och genomförandet av HU varit *tillgänglig* och *acceptabel*.

Ungefär hälften (51 %) av respondenterna rapporterade ohälsa vid tiden för ankomst till Sverige. Bland de olika hälsorelaterade problemen var psykisk ohälsa dominerande.

Med indikatorn *tillgänglighet* avses möjligheten för en och var att kunna ta del av varor och tjänster utan diskriminering.

Bland deltagarna hade ett mindre antal (12 %) inte genomgått HU. Den vanligaste orsaken till detta (65 %) rapporterades vara att man aldrig fått en inbjudan eller kallelse till HU. Bland de som hade nåtts av en kallelse men inte genomgått HU angav 6 procent att de inte hade förstått inbjudan och 10 procent att de helt enkelt inte ville delta.

Bland de som hade genomgått HU uppgav 32 procent att de inte hade blivit informerade om att HU var en rättighet eller att de kunde avstå från att delta. Nästan en tredjedel (29 %) trodde att resultatet från HU kunde påverka deras asylansökan och nästan lika många (26 %) uppgav att de inte hade informerats om att asylsökande har begränsad tillgång till hälso- och sjukvård.

Bland de som genomgick en HU rapporterade 71 procent att prover tagits, men bara hälften (51 %) visste vilka dessa var och ännu färre (44 %) visste om resultatet. Nästan en tredjedel (30 %) hade inte fått möjlighet att prata om hur de själva upplevde sin hälsa och frågor kring densamma.

Med indikatorn *acceptabel* avses i detta sammanhang att man tillämpar medicinska principer och att vården beaktar kulturella olikheter.

Även om majoriteten av respondenterna upplevde att de blivit bemötta med respekt vid HU så var 11 procent av en annan uppfattning. Som orsaker till att missförstånd hade uppstått och att mötet mellan dem och vårdpersonalen inte blev tillfredsställande uppgavs till exempel språksvårigheter, kulturskillnader och könsrelaterade frågor.

Slutsatser och policyrekommendationer

Genom att endast analysera policys och jämföra dessa med andra europeiska länder kan Sverige framstå som ett gott exempel på ett välfungerande hälso- och sjukvårdssystem som på ett optimalt sätt värnar om asylsökandes och andra migranternas hälsa. Emellertid, vid beaktande av genomförandegraden av HU blir bilden mindre positiv då endast varannan asylsökande i Sverige uppges genomgå den HU som landstingen enligt lag är skyldiga att erbjuda varje asylsökande.

Data från denna forskning visar på stora olikheter mellan landsting/regioner avseende organisation och genomförande av HU för asylsökande. Den bild som framträder visar avsaknad av ett sammanhållet nationellt system för HU av god kvalitet, som säkrar hälsan på lika villkor för asylsökande och andra migrantgrupper, oavsett var i landet.

HU har sedan länge varit ett ansvar för landstingen, där sjuksköterskor och läkare i primärvården genomfört själva HU. Det finns inget som talar för att just detta behöver förändras. Däremot bör, så långt det är möjligt, ett nationellt harmoniserat system för HU av nyanlända till Sverige utvecklas för att kunna fungera mer optimalt

och tjäna sitt syfte. Det finns redan idag ett nationellt regelverk som en god grund att utgå ifrån. De stora regionala skillnaderna avseende hur verksamheten av HU är organiserad och hur HU genomförs, bör utjämnas. Det finns goda exempel i landet som skulle kunna tjäna som förebilder vad gäller såväl organisation som process och genomförande av HU.

Det är tydligt att det på 1980-talet var hiv-pandemin som bidrog till beslutet att asylsökande och vissa andra migranter, varav många kom från områden där hiv var vanligt, skulle genomgå en HU. Utgångspunkten var en föreställning om att asylsökande är en risk för befolkningen i stort och därför måste kontrolleras för smittsamma sjukdomar som hiv. Faktum är att det finns andra utsatta migranter än asylsökande, exempelvis anhöriginvandrare och papperslösa, med hälsorisker för sig själva och i vissa fall även för andra, som ändå aldrig får en inbjudan till en HU, eftersom de inte ingår i den kategori av migranter som enligt gällande regelverk måste erbjudas en HU. Detta är problematiskt ur ett rättighets- och folkhälsoperspektiv.

Data från denna forskning där migranter redogör för sina uppfattningar baserade på egna erfarenheter av att ha genomgått en HU, visar att genomförandet är av låg kvalitet utifrån ett patientperspektiv. Sannolikt kommuniceras dessa erfarenheter mellan olika migranter, vilket kan ha en negativ påverkan på nästkommandes önskan att delta i HU.

Vidare pekar resultaten tydligt på ett stort behov av utökade utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal avseende kommunikationsfärdigheter, inte minst så kallad tvärkulturell kommunikation. Respektfull och tydlig kommunikation skapar tillit och avsaknaden av detta omöjliggör goda möten mellan vårdgivare och vårdtagare.

Det finns i samhället de som argumenterar för att HU för nyanlända borde vara obligatorisk, istället för som nu bygga på frivillighet. Resultaten från denna forskning talar för att det inte är frivilligheten i sig som är problemet bakom att alltför få deltar. Informanterna ansåg att HU var ett positivt erbjudande, men att genomförandet och kommunikationen kring HU lämnar en del att önska. I detta sammanhang finns det anledning att ifrågasätta den del i nuvarande regelverk som säger att asylsö-

kande måste informeras om att HU är frivillig, eftersom sådan explicit information inte finns i någon annan del av hälso- och sjukvården.

Det finns skäl att argumentera för ett *nationellt hälsoorienterat mottagningssystem*, finansierat och säkerställt av staten och som inte begränsas till asylsökande, utan omfattar alla kategorier av immigranter. I praktiken skulle det kunna innebära att alla, oberoende av migrationsskäl, erhåller en "Välkomst-hälsocheck", som gäller för ett kostnadsfritt första besök vid en vård-/hälsocentral i primärvården. Detta första besök, som för några kanske blir det enda, skulle innefatta en basal information om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet samt ett hälsosamtal och ligga till grund för eventuella ytterligare åtgärder, baserade utifrån behov och förbättrad tillgänglighet. Denna hälsoorienterade mottagning av nyanlända skulle optimalt vara helt separerad från Migrationsverkets processer kring uppehållstillstånd baserat på data från denna forskning, som visar på att Migrationsverkets information om HU till nyanlända skapar oro och osäkerhet kring sammanblandningen av hälsofrågor och asylprocessen.

Hälsoundersökning för asylsökande och övrig hälso- och sjukvård för migranter bör inte som idag delvis utgöra ett parallellt system, ofta benämnt asyl- eller flyktinghälsovård, i relation till ordinarie primärvårdstjänster. Om vi strävar efter att uppnå universell tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige bör vi också sluta agera som om det existerade en "deras hälsa" och "vår hälsa".

Referenser

Brännström, J., Svedhem Johansson, V., Marrone, G., Wendahl, S., Yilmaz, A., Blaxhult, A. och Sönnnerborg, A. (2015) Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. *HIV Medicine* 17(6).

Europeiska kommissionen (2019) Migrant health cross Europe. Hämtad 2019-02-18 från <https://ec.europa.eu/migrant-integration/feature/migrant-health-across-europe>

Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H., Hovens, J. E. och Van Der Ploeg, H. M. (2006) Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(1): 18-26.

Gil-González, D., Carrasco-Portino, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suarez, A. A., Castejón Bolea, R. och Ronda-Pérez, E. (2015) Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health* 20(5): 523-541.

Hjern, A. (2012) Migration and public health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. *Scandinavian Journal of Public Health* 40(9 Suppl): 255-267.

Jonzon, R. (2019) *Health assessments of asylum seekers within the Swedish health-care system: a study of the interface between control and care, and how structure and procedures may influence access and coverage*. Institutionen för epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet.

Jonzon, R., Lindkvist, P. och Hurtig, A.-K. (2018) Structural and procedural barriers to health assessment for asylum seekers and other migrants—an explorative survey in Sweden. *BMC Health Services Research* 18(1): 813.

Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. och de Jong, J. T. (2008) The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(7): 507.

Lindkvist, P., Johansson, E. och Hylander, I. (2015) Fogging the issue of HIV-Barriers for HIV testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea. *BMC Public Health* 15(1): 82.

Lobo, L., Jonzon, R. och Hurtig, A.-K. (2016) Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PLoS One* 11(9): e0161842.

McCance, C. (1992) Medical screening of migrants: Current national requirements in the United States. *International Migration* 30(51): 215-221.

Nkulu Kalengayi, F. K., Hurtig, A.-K., Ahlm, C. och Krantz, I. (2012) Fear of deportation may limit legal immigrants' access to HIV/AIDS-related care: a survey of Swedish language school students in Northern Sweden. *Journal of Immigrant and Minority Health* 14(1): 39-47.

Norredam, M., Mygind, A. och Krasnik, A. (2006) Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. *The European Journal of Public Health* 16(3): 285-289.

Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., Alba, S., Dillip, A., Hetzel, M. W. och Mayumana, I. (2007) Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLoS Medicine* 4(10): e308.

Regeringen (2005) Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60). Hämtad 2016-09-07 från <http://www.regeringen.se/contentassets/7ea5e693dc9d480eb901f7af57563618/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-vissa-andra-smittsamma-sjukdomar>.

Regeringen (2008) Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. SFS 2008:344. Hämtad 2017-03-08 från http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at_sfs-2008-344.

Socialstyrelsen (2000) Rapport av regeringsuppdrag. Innehåll i och omfattning av den vård landstingen åtagit sig att ge till asylsökande m.fl. Stockholm.

Taylor, B. (2016) Immigration, statecraft and public health: the 1920 Aliens Order, medical examinations and the limitations of the state in England. *Social History of Medicine* hkv139.

United Nations - Committee on Economic Social and Cultural Rights (2000) General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). Hämtad 2016-09-07 från <http://www.refworld.org/docid/4538838do.html>.

United Nations (1966) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Hämtad 2019-03-23 från <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

United Nations High Commissioner for Human Rights/OHCHR (1976) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Hämtad 2016-08-29 från <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L. och 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.

Förteckning över tidigare publikationer

Rapport och Policy Brief 2014:1, *Radikala högerpartier och attityder till invandring i Europa*, av Mikael Hjerm och Andrea Bohman.

Rapport och Policy Brief 2015:1, *Internationell migration och remitteringar i Etiopien*, av Lisa Andersson.

Kunskapsöversikt 2015:2, *Politiska remitteringar*, av Emma Lundgren Jörum och Åsa Lundgren.

Kunskapsöversikt 2015:3, *Integrationspolitik och arbetsmarknad*, av Patrick Joyce.

Kunskapsöversikt 2015:4, *Migration och företagens internationalisering*, av Andreas Hatzigeorgiou och Magnus Lodefalk.

Rapport och Policy Brief 2015:5, *Svenskt medborgarskap: reglering och förändring i ett skandinaviskt perspektiv*, av Mikael Spång.

Rapport och Policy Brief 2015:6, *Vem blir medborgare och vad händer sen? Naturalisering i Danmark, Norge och Sverige*, av Pieter Bevelander, Jonas Helgertz, Bernt Bratsberg och Anna Tegunimataka.

Kunskapsöversikt 2015:7, *Kategoriernas dilemman*, av Per Strömblad och Gunnar Myrberg.

Rapport och Policy Brief 2015:8, *Valet och Vägen: Syriska flyktingar i Sverige*, av Emma Jörum Lundgren.

Rapport och Policy Brief 2015:9, *Arbetskraft från hela världen: Hur blev det med 2008 års reform?*, av Catharina Calleman (red.) och Petra Herzfeld Olsson (red.).

Kunskapsöversikt 2016:1, *Alla tiders migration!*, av Dick Harrison.

- Rapport och Policy Brief 2016:2, *Invandringens arbetsmarknadseffekter*, av Mattias Engdahl.
- Rapport och Policy Brief 2016:3, *Irreguljär migration och Europas gränskontroller*, av Ruben Andersson.
- Kunskapsöversikt 2016:4, *Diaspora – ett begrepp i utveckling*, av Erik Olsson.
- Kunskapsöversikt 2016:5, *Migration within and from Africa*, av Aderanti Adepaju.
- Rapport och Policy Brief 2016:6, *Invandring, mediebilder och radikala högerpopulistiska partier i Norden*, av Anders Hellström och Anna-Lena Lodenius.
- Kunskapsöversikt 2016:7, *Invandring och företagande*, av Martin Klinthäll, Craig Mitchell, Tobias Schölin, Zoran Slavnić och Susanne Urban.
- Rapport och Policy Brief 2016:8, *Invandringens effekter på Sveriges ekonomiska utveckling*, av Bo Malmberg, Thomas Wimark, Jani Turunen och Linn Axelsson.
- Kunskapsöversikt 2017:1, *De invandringskritiska partiernas politiska inflytande i Europa*, av Maria Tyrberg och Carl Dahlström.
- Kunskapsöversikt 2017:2, *Hatbrott med främlingsfientliga och rasistiska motiv*, av Berit Wigerfelt och Anders S Wigerfelt.
- Avhandlingsnytt 2017:3, *Vägen till arbete. Utrikes föddas möte med den svenska arbetsmarknaden*, André Asplund, Caroline Tovatt och Sara Thalberg (red.).
- Policy Brief 2017:4, *Integration och tillit – långsiktiga konsekvenser av den stora invandringen till Norge*, av Grete Brochmann. Denna Policy Brief sammanfattar NOU 2017:2 om ”Integrasjon og tillit – Langsiktige konsekvenser av høy invandring”.
- Kunskapsöversikt: 2017:5, *Invandringens historia – från ”folkhemmet” till dagens Sverige*, av Mikael Byström och Pär Frohnert.
- Rapport och Policy Brief 2017:6, *Invandring i medierna – Hur rapporterade svenska tidningar åren 2010-2015?*, av Jesper Strömbäck, Felicia Andersson och Evelina Nedlund.
- Rapport och Policy Brief 2017:7, *Valdeltagande och representation – Om invandring och politisk integration i Sverige*, av Pieter Bevelander och Mikael Spång (red.).

Rapport och Policy Brief 2017:8, *Responsibility Sharing for Refugees in the Middle East and North Africa: Perspectives from Policymakers, Stakeholders, Refugees and Internally Displaced Persons*, av Susan F. Martin, Rochelle Davis, Grace Benton och Zoya Waliyani.

Rapport och Policy Brief 2017:9, *Reforming the Common European Asylum System: Responsibility-sharing and the harmonisation of asylum outcomes*, av Bernd Parusel och Jan Schneider.

Rapport och Policy Brief 2017:10, *A Fair Share: Refugees and Responsibility-Sharing*, av Alexander Betts, Cathryn Costello och Natascha Zaun.

Rapport och Policy Brief 2018:1, *Somali Diaspora Groups in Sweden – Engagement in Development and Relief Work in the Horn of Africa*, av Nauja Kleist.

Rapport och Policy Brief 2018:2, *Akademiskt utbyte och internationell migration – En studie av stipendiater inom Svenska institutets Visbyprogram 1997-2015*, av Andreas Åkerlund, Astrid Collsiö och Mikael Börjesson.

Rapport och Policy Brief 2018:3, *Ensamkommande barns och ungas väg in i det svenska samhället*, av Eskil Wadensjö och Aycan Çelikaksoy.

Rapport och Policy Brief 2018:4, *Attityder till invandring – en analys av förändringar och medieeffekter i Sverige 2014–2016*, av Jesper Strömbäck och Nora Theorin.

Rapport och Policy Brief 2018:5, *Familj, medborgarskap, migration – Sveriges politik för anhöriginvandring i ett jämförande perspektiv*, av Karin Borevi.

Avhandlingsnytt 2018:6, *Barn och migration*, av André Asplund, Sara Thalberg och Caroline Tovatt (red.).

Policy Brief 2018:7, *Människohandel och människosmuggling i den irreguljära migrationen*, av Ryszard Piotrowicz.

Rapport 2018:8, *Asylsökandes möte med Sverige*, av Peter Esaiasson och Jacob Sohlberg.

Policy Brief 2018:9, *How Citizenship Laws Differ: A Global Comparison*, av Rainer Bauböck, Iseult Honohan och Maarten Vink.

Policy Brief 2019:1, "Bridging the Gap : Linking Reserch to Public Debates and Policy Making on Migration and Integration.", av Martin Ruhs, Kristof Tamas och Joakim Palme. Denna rapport är nedladdningsbar via Delmis hemsida eller via Oxford University Press: <http://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/openaccess/9780198834557.pdf>

Rapport och Policy Brief 2019:2, *Från Afrikas horn till Sverige: Smuggling, informella nätverk och diasporans engagemang*, av Tekalign Ayalew Mengiste och Erik Olsson.

Rapport och Policy Brief 2019:3, *Thai berry pickers in Sweden – A migration corridor to a low-wage sector*, av Charlotta Hedberg, Linn Axelsson och Manolo Abella.

Rapport och Policy Brief 2019:4, *Internationella studenter i Sverige – Avgiftsreformens påverkan på inflödet av studenter*, av André Bryntesson och Mikael Börjesson.

Kunskapsöversikt och Policy Brief 2019:5, *Migration and development – The role for development aid*, av Robert E.B. Lucas.

Policy Brief 2019:6, *Åter till grunderna – Läsförmåga, immigration och arbetsmarknadsutfall i Sverige*, av Jon Pareliussen.

Policy Brief 2019:7, *Ålder vid invandring och arbetsmarknadsintegration – det svenska exemplet*, av Torun Österberg.

Policy Brief 2019:8, *Barn med posttraumatisk stress – utvärdering av en gruppintervention för ensamkommande flyktingbarn med symptom på posttraumatisk stress*, av Anna Sarkadi.

Policy Brief 2019:9, *Suicidalt beteende och vård – skillnader mellan flyktingar, andra migranter och personer födda i Sverige*, av Emma Björkenstam, Ridwanul Amin, Ellenor Mittendorfer-Rutz.

Policy Brief 2019:10, *Fri rörlighet för arbetstagare i EU och dess effekter på statsfinanserna*, av Rafael Ahlskog, Lutz Gschwind, Pär Nyman, Joakim Palme, Martin Ruhs och Marcus Österman.

Rapport och Policy Brief 2020:1, *De som inte får stanna – Att implementera återvändandepolitik*, av Henrik Malm Lindberg.

Rapport och Policy Brief 2020:2, *Legal migration for work and training – Mobility options to Sweden for those not in need of protection*, av Bernd Parusel.

Rapport och Policy Brief 2020:3, *The Impact of War – Posttraumatic Stress and Social Trust Among Refugees*, av Jonathan Hall och Dennis T. Kahn.

Rapport och Policy Brief 2020:4, *Anti-smuggling and – Anti-trafficking Measures Are they compatible with the EU Charter of Fundamental Rights?*, Vladislava Stoyanova.

Policy Brief 2020:5, *Den reglerade invandringen och barnets bästa*, Louise Dane.

Policy Brief 2020:6, *Migrationspolitik, välfärd och jämlikhet*, Björn Östbring.

Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver Sveriges nationella mål om en god hälsa och vård för hela befolkningen. Och den långsiktiga trenden är att folkhälsan förbättras. Medellivslängden ökar och likaså överlevnaden för sjukdomar som diabetes, hjärtinfarkt och flera cancersjukdomar. ”Samtidigt är vården och hälsan inte jämlik”, konstaterar Socialstyrelsen. Tydliga skillnader i hälsa och vård finns fortfarande mellan kvinnor och män, mellan invånare med olika lång utbildning och mellan utrikes och inrikes födda svenskar. I denna rapport sammanfattas fem aktuella doktorsavhandlingar, alla med olika perspektiv på *Migranternas möte med svensk hälso- och sjukvård*. Forskarnas texter belyser hur svensk sjukvård diagnosticerar, klassificerar, registrerar, rapporterar, informerar, konsulterar och behandlar migranter i olika tillstånd mellan liv och död. Rekommendationer ges om hur delar av all denna verksamhet kan förbättras.

I antologin medverkar författarna Juliet Aweko, Ulrika Byrskog, Annika Esscher, Robert Jonzon och Josefin Wängdahl.

Delegationen för migrationsstudier - Delmi - är en oberoende kommitté som initierar studier och förmedlar forskningsresultat som underlag till framtida migrationspolitiska beslut och för att bidra till samhällsdebatten.



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Delegationen för
Migrationsstudier
Ju 2013:17