[jingel spelas]

ARE: Hej och välkommen till Delmi-podden. Här kommer vi att ta upp aktuella och angelägna frågor med utgångspunkt i studier från Delmi. Jag heter Ann-Louise Rönestål Ek och kommer i den här podden att prata med experter på migration och integration och vi börjar alldeles från början. Jag har med mig, på telefon nu, kanslichefen på Delmi, Mattias Wahlstedt. Hej Mattias.

MW: Hej.

ARE: Vad är Delmi för något?

MW: Jag skulle beskriva Delmi som en oberoende myndighet som håller på med migrationsforskning. Vi ska ta fram och också skriva forskning på migrationsområdet.

ARE: Och vad är det här för en podd då?

MW: Podden är tänkt att funka som en kanal för lansering av de rapporter som tas fram av Delmi. Vårt uppdrag är inte bara att se till att forskning tas fram, utan också möjliggöra att den här forskningen sprids och diskuteras.

ARE: Och varför göra en Delmi-podd precis just nu?

MW: Ja, att det kommer just nu är ju av det enkla skälet att coronapandemin har i princip omöjliggjort att ha konferenser och seminarier. Och för att lyckas med vårt uppdrag att se till att den här migrationsforskningen diskuteras och debatteras av så många som möjligt, så är vår förhoppning att tro att den här podden kan vara ett bra och nytt verktyg för att nå vårt mål.

ARE: Vad ser du framför dig? Vad hoppas du på inför podden den här våren då?

MW: Jag hoppas att det kommer bli många intressanta avsnitt som både provocerar och stimulerar fram till intressanta diskussioner om de alltid så viktiga migrations- och integrationsfrågorna.

ARE: Tack så mycket, Mattias Wahlstedt.

[jingel]

ARE: Ja, och i det här allra första avsnittet av Delmi-podden så är det faktiskt coronatema. För dagens rubrik är *Miljonprogram, migranter och utsatthet för covid-19* och vi tar avstamp i den nysläppta policy brief som tittar närmare på just det här. Och jag har med mig två av de som står bakom den här rapporten, ni ska få presentera er själva, varsågoda.

MM: Tack. Jag heter Maria Magnusson och jag är ansvarig för folkhälsoarbetet vid sjukhusen i väster. Och till professionen är jag dietist och sjuksköterska och jag har tittat på mest på det här med jämlik hälsa och kommunikation, när det gäller det här arbetet.

ARE: Mm, och med dig har du också vem då?

EH: Ja, Erik Hansson. Jag är ST-läkare i allmän medicin och doktorand för avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa i Göteborg. Och jag har mest arbetat med statistiken i den här rapporten.

ARE: Ni är varmt välkomna båda två till det första avsnittet av Delmi-podden. Först så undrar jag så här, när jag har tittat igenom policy briefen så framgår det tydligt att covid-19 pandemin 2020 drabbade den svenska befolkningen ojämlikt och man kunde se en överdödlighet hos socioekonomiskt utsatta. Erik, om vi börjar med dig, i vilken grad har migranter riskerat att få och sprida smittan? Vad är det ni har funnit?

EH: Ja, vi tittade då dels, eller bara på det som hände under våren, är det vi har haft data för och där ser man ju att den här kurvan är mycket mindre tillplattad utav de som är födda utanför västvärlden och i synnerhet om man är född i länder med hög flyktinginvandring till Sverige nyligen. Från Irak, Syrien och Somalia så har man haft en betydligt ökad dödlighet där under våren då.

ARE: Mm, och det vi ska säga också är att det är en, i hög grad, samhällsbärande grupp vi talar om. Eller hur, Maria?

MM: Ja, det handlar mycket om att man har arbeten som man inte kan stanna hemma ifrån, att man måste åka kollektivtrafik och att man dessutom ofta jobbar i kontaktyrken inom vården eller transportsektorn eller i handels. Och det är dessutom ofta människor som bor trångt också.

ARE: Och alltså, hur man bor då och hur man arbetar, hur man tar sig till jobbet, hur har det inverkat på smittspridningen och på dödligheten, Erik?

EH: Ja, jag tänker det är svårt att liksom bena ut de enskilda faktorerna från varandra, utan man får liksom tänka på hela sammanhanget och hur personer i nätverket, som vi alla är del av liksom, att det är olika mycket kontakter och olika möjligheter att minska kontakterna under social distansering. Och sen har vi också en segregation som gör så att det liksom koncentreras kontakter inom vissa delar av samhället. Att det blir tätt inom en viss del och sen så blir det mycket glesare med kontakter i en annan del, när man säger till befolkningen att minska sina sociala kontakter. Och det är nog det vi har sett som har liksom gett de här skillnaderna, tror vi.

ARE: Vad är det tydligaste? Exempelvis hur stor överdödlighet handlar det om egentligen, Erik?

EH: Ja, under mars till maj då 2020, så var det ungefär tre gånger så många som dog bland de som var födda i Somalia, Syrien och Irak, jämfört med tidigare år. Sen har det ju skett en viss befolkningsökning också där, men det kan liksom inte alls förklara den ökade dödligheten, så.

ARE: Jag tänker så här, det måste ju ha betytt mycket också att det har funnits svårigheter att snabbt nå ut med relevant information och hitta lösningar. Vad säger du om det, Maria?

MM: Ja, alltså, om man inte motarbetar ojämlikhet så växer den. Det är en gammal kunskap och man behöver ju då inkludera även andra perspektiv än sina egna. Så att vad man borde gjort från början, det är att mera gå ut och höra sig för vad folk i de här omständigheterna tycker att det behöver för stöd, så det handlar ju om kommunikation mer än information. Jag tror nog att de flesta ganska snabbt fick reda på de här rekommendationerna, utan man borde också samlat in kunskap och perspektiv från den delen av befolkningen som inte kan stanna hemma och så vidare.

ARE: Vad tänker du skulle ha kunnat göras då? Vad är det som har brustit?

MM: Vi har ju till exempel arbetat så att vi har varit ute i grupper med hjälp av då språk och kulturtolkar och hört efter vad de tyckte att de behövde stöd med och försökte att föra det vidare till kollektivtrafik. Och frågor som handlar om boende, om man bor trångt, och har du de här riskerna för smitta och bor ihop med äldre personer, att man skulle kunna få hjälp med annat boende och så. Och vi har också försökt föra de här frågorna upp till Folkhälsomyndigheten och det kan hända att man har försökt göra någonting, men jag tror inte det. Och jag tänker att om man hade arbetat intensivt med detta, på samma sätt som man arbetar med vaccination nu, och kommunicerat att man hade försökt skaffa andra boenden och man hade försökt att förbättra kollektivtrafiken, så hade man vunnit mycket i tillit och förtroende.

ARE: Tycker du att man kan beskriva det som att det har funnits en tröghet i systemet, svårigheter att tänka utanför boxen hos myndigheter, till exempel?

MM: Alltså, jag skulle vilja säga att det är oprofessionellt, för att det här delaktighet och inflytande från de som det handlar om, det är så här grundläggande kunskap. Det skrev kommissionen för jämlik hälsa i sina betänkanden för flera år sen, så det är ju kunskap som finns och jag tycker att man borde ha använt sig av den kunskapen.

ARE: Mm, tilltalet då, i kommunikationen, har det varit en slags uppifrån och ner perspektiv, menar du eller?

MM: Ja, alltså om man inte tar reda på vad behoven är i den gruppen som man vill kommunicera med, då blir det ju en envägskommunikation. Då blir det ju i det här fallet uppifrån och ner. Sen har man gjort andra grejer som har varit jättebra, det här med att inte stänga skolor, inte stänga förskolor. Det är också en aspekt av jämlik hälsa i det och det är ju bra, men just det här med kommunikationen och lyhördheten och intresset, verkar det som, för de här frågorna, har varit förvånande lågt.

ARE: Och Erik, du har ju, som sagt då, fördjupat dig i statistik och kommit fram till de här slutsatserna. Vad är det viktigaste du vill lyfta fram i det du har hittat?

EH: Nej, men det är viktigt, så här som ni säger liksom, att det är en grupp som har viktiga arbeten och kanske framför allt är i äldreomsorgen och så. Att i Stockholm så är det 68 procent av de kvinnliga undersköterskorna är födda utanför Sverige. Det går inte att tänka att man kan skydda de äldre och sen så struntar man i de som arbetar med dem. Man måste titta på hela nätverket, hela samhället och analysera det.

ARE: Ja, som ni skriver i den här policy briefen, strukturella faktorer då ligger bakom att den här gruppen löper en hög risk att smittas och att de samtidigt utför en betydande del av omvårdnaden av de sköraste i samhället. Hur känt är det här, Erik?

EH: Nej, det tänker jag att det är ganska känt rimligen, att det ser ut så hos många inom omvårdnaden i storstadsregionerna till stor del.

ARE: Och ni har ju en hel del rekommendationer som finns med i den här policy briefen. Jag tänkte vi skulle bena ut, vad kan man göra framåt och vilka slutsatser kan man dra så att det ska bli bättre helt enkelt, inför en annan pandemi som vi sannolikt kan förvänta oss? Maria, vad vill du börja med?

MM: Jag tänker att man behöver analysera: ”Hur tänkte man kring det här att utjämna den ojämlika hälsan?”, alltså, vilka överväganden gjorde man, som vi skriver då, och varför har man inte gjort de övervägandena i den mån man inte har gjort det. För att det är på något sätt det det handlar om, att man borde ha tänkt från början: ”Hur ska vi minska de här klyftorna? Hur ska vi se till att de som löper störst risk inte drabbas värst?”, den analysen tycker jag är viktig. Får jag bara säga en sak till också, jag tänkte att just det här med dödlighet som Erik har tittat på, det finns ju också andra skäl till att dödligheten var just stor i den här gruppen. Det är ju att det finns ju sjukdomar som också är bundna till levnadsförhållanden, som högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, som finns i högre grad i de här grupperna. Så dels löpte man högre risk för att bli smittad och sen också drabbades man hårdare när man väl var smittad.

ARE: Och Erik, vad tänker du, vad är den viktigaste lärdomen att dra framåt?

EH: Ja, jag tänker att det är viktigt att man försöker satsa på att ha en sjukvård som är tillgänglig för alla liksom. En primärvård, då där jag arbetar, att den liksom finns ute i lokalsamhället. Att man inte går mot den här utvecklingen mot att digitalisera och ha vård på distans och så, för det har setts att det missgynnar de svagaste grupperna som är de som har svårast att ta till sig den typen av vård. Och också så förlorar liksom sjukvårdssystemet den kontakten och den kännedomen om lokalsamhället och kanske också i tillit liksom. Och det tänker jag att det behöver man ha på plats för att snabbt kunna agera i nästa pandemi.

ARE: Så inte för mycket digitaliserad vård, säger du?

EH: Nej, det är väl inget som jag liksom har något bevis för att det inte är bra, men jag tänker att man måste ha vård ute i samhället av personer som vet hur saker ser ut på liksom en plats.

ARE: Maria, vad tänker du kring det som Erik är inne på här?

MM: Jo, men jag håller helt med och jag tänker på den här utredningen god och nära vård, som ju talar just om detta, att vården måste utformas lokalt så att den är nära invånarna och så att den uppmuntrar deras möjligheter att ta hand om sig och på ett sätt som behövs för dem det berör. Så det är precis i samklang med detta. Det måste ju komma förslag av en organisation uppifrån, men det behöver också växa upp goda initiativ underifrån som tas tillvara. Det finns många olika sätt att göra detta på.

ARE: Rent kommunikativt då, du har ju varit inne på det under det här samtalet Maria, vad ser du är de viktigaste åtgärderna?

MM: Ja, om man tänker nu inför vaccination och så, så tycker jag att man överallt skulle försöka gå ut ifrån folkhälsoplanerare och myndighetspersoner och försöka få kontakt via olika föreningar och grupper. Det handlar ju inte bara om folk med annat språk. Det kan vara en förening för motorintresserade eller PRO, eller körer eller vad som helst och man frågar: ”Vill ni att vi ska komma ut och prata kring de här frågorna om vaccination? Vad har ni för frågor och bekymmer? Och vad undrar ni och vad kan vi göra för att underlätta hela processen?” Alltså, ett mycket, mycket närmare sätt att arbeta till invånarna och det är viktigast för de som har den sämsta hälsan, men det skulle gynna alla.

ARE: Erik, vad tror du? Kan det vara så att det finns ett, så att säga, öppet fönster just nu hos myndigheter och politiker och tjänstemän, alltså större möjligheter att testa nya arbetssätt och ta till sig de här faktauppgifterna och ändra på rutiner?

EH: Ja, det tror jag, det hoppas jag. Och jag tycker det är jättebra att vi vågar liksom ta upp och prata om det, om hälsa och smittspridning, hur det påverkas av levnadsförhållanden, så att vi kan komma framåt. Att vi liksom inte är för rädda för att det har, som det är nu, kopplingar till liksom migration och etnicitet och så, känsliga ämnen, utan att vi ändå gör något konstruktivt av situationen nu.

ARE: Och känsliga ämnen säger du, menar du att det kan bli stigmatiserande för de här grupperna?

EH: Ja, precis. Att man inte fokuserar på kulturella faktorer eller liksom attityder eller så, utan att egentligen ha några tydliga belägg för det när det ser tydligt olika ut, de levnadsförhållandena man lever i, att man kan titta på det. Sen kanske det finns andra faktorer också, som spelar roll, men jag tycker det är viktigt att man har belägg för det då, för det kan slå väldigt fel liksom.

ARE: Vi ska ta och avrunda, hörni, om vi tänker framåt nu, ytterligare ett år till exempel, vad tror ni har hänt då? Vi börjar med dig, Maria.

MM: Jag tror ju verkligen att det finns väldigt stort intresse för nya sätt att arbeta, som vi har pratat om. Jag tror det finns en väldigt god vilja bland myndigheter till exempel som jobbar med detta, att nå bättre resultat när det gäller en jämlik hälsa. Så jag tror vi kommer ha lärt oss mycket av den här pandemin. Sen hoppas jag ju att det blir ett annat politiskt avstamp för att minska segregeringen i samhället, för det är ju det som är grundproblemet, att det är så låg representativitet från vissa grupper bland de som fattar beslut och vidtar åtgärder och så.

ARE: Och Erik, vad vill du ge för medskick till den som lyssnar på det här?

EH: Jag håller med Maria där. Och liksom också att vi inte tänker för kortsiktigt, utan också tänka långsiktigt i det här arbetet, att det kommer komma nya pandemier, som sagt, antagligen. Och att man bygger upp en kompetens och kontakter och förtroende inför det genom att arbeta förebyggande och lokalt redan nu.

ARE: Tack så mycket för att ni var med i Delmi-podden, Maria Magnusson och Erik Hansson.

MM: Tack.

EH: Tack.

ARE: Ja, det här var då första avsnittet av Delmi-podden och för dig som vill veta mer om det här ämnet så är det bara att gå in på Delmi.se. Och där kan du naturligtvis också läsa den här policy briefen som faktiskt släpps i dag, *Miljonprogram, migranter och utsatthet för covid-19*. Nästa avsnitt av Delmi-podden kommer i mars, på återhörande då. Hej då.

[jingel spelas]