


# Jämlik hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv

Rapport om möjliga indikatorer för  
kvalitetsuppföljning i Region Skåne



Tidigare rapporter från Kunskapscentrum migration och hälsa

Migration och hälsa – en omvärldsanalys utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag  
(2017)



Kunskapscentrum migration och hälsa  
[Skane.se/kcmigrationhalsa](https://skane.se/kcmigrationhalsa)

April 2018

# FÖRORD

*Kunskapscentrum migration och hälsa* i Region Skåne bildades efter ett beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-04-24 (Diarienummer 1300977). Enhetens uppdrag är att stödja hälso- och sjukvårdspersonal i att erbjuda en mer *jämlik vård* till personer från andra länder och därmed främja en jämlik hälsa för hela Skånes befolkning. Vidare är uppdraget att främja migranternas hälsa genom att identifiera områden där vården inte når ut och att belysa eventuella hälsoskillnader. Vi som arbetar på enheten brukar kalla detta att vi arbetar med ett *migrationsperspektiv* inom hälso- och sjukvård. I denna rapport är fokus att utforska om, hur och när indikatorer kan vara ett verktyg för mäta jämlik vård ur ett migrationsperspektiv.

Under 2017 tog Kunskapscentrum migration och hälsa fram en omvärldsanalys med fokus på migration och hälsa. I denna identifierades ett antal fokusområden som enheten arbetar vidare med. I omvärldsanalysen konstateras också att det finns ett behov av att skapa former för att mäta aspekter som är relaterade till migration och hälsa inom Region Skåne. Det kan handla om att ta fram indikatorer, index eller andra kvalitetsmått inom olika områden, så som vårdkonsumtion, patientnöjdhet eller folkhälsa - ur ett migrationsperspektiv. Denna rapport är ett första steg i arbetet med att identifiera och implementera indikatorer ur ett migrationsperspektiv i Region Skåne. Rapporten är en del av ett större kvalitetsarbete i regionen där Kunskapscentrum migration och hälsas ingång är ett organisatoriskt lärande. Enheten har inte alla lösningar men vill vara en del av en framåtskridande process för att utveckla ett kvalitetsarbete ur ett migrationsperspektiv.

Kunskapscentrum migration och hälsa arbetar kontinuerligt med utbildning, samordning och metodutveckling. Enhetens personal kommer ifrån både kliniska verksamheter och ifrån andra kompetensområden, så som samhällsvetare och folkhälsovetare. Den tvärprofessionella personalstyrkan ger en unik ingång till migrationsfrågor inom hälso- och sjukvård. Om du är intresserad av att veta mer om arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa eller vill anordna en utbildning för personal om migrationsfrågor är du välkommen att ta kontakt ([kunskapscentrum.mh.pv@skane.se](mailto:kunskapscentrum.mh.pv@skane.se)). Denna rapport är ett exempel på hur enheten arbetar med metodutveckling. Vår förhoppning är att *Jämlik hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv: Rapport om möjliga indikatorer för kvalitetsuppföljning i Region Skåne* ska inspirera och bidra till det fortsatta arbetet inom migration och hälsa.

Malmö 2018-03-27

Jenny Malmsten

Enhetschef Kunskapscentrum migration och hälsa  
fil. dr internationell migration och etniska relationer

# INNEHÅLL

Sammanfattning.....	6
1. MIGRATION OCH JÄMLIK VÅRD .....	8
1.1 Jämlik hälso- och sjukvård med ett migrationsperspektiv .....	8
1.2 Om rapporten.....	10
1.3 Migrantbegreppet och mätbara kategoriseringar .....	11
1.3 Bakgrund – jämlik vård och rätten till vård.....	12
1.3.1 En jämlik och personcentrerad vård.....	13
1.3.2 Rätten till hälso- och sjukvård för personer från andra länder .....	15
1.4 Migration och jämlik vård: Sammanfattande diskussion .....	17
2. KVALITETSINDIKATORER OCH JÄMLIKHETSDATA .....	19
2.1 Kvalitetsindikatorer .....	20
2.1.2 Kvalitetsindikatorer i en internationell kontext.....	20
2.1.2 Kvalitetsindikatorer i en svensk kontext.....	21
2.1.3 Kvalitetsindikatorer som en del av kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården.....	22
2.2 Jämlikhetsdata .....	23
2.2.1 Vad är jämlikhetsdata? .....	24
2.3 Relevanta nationella exempel.....	26
2.3.1 Svenska rapporter om jämlighet i hälso- och sjukvården .....	26
2.3.2 Exempel som rör jämlik vård ur ett migrationsperspektiv .....	27
2.4 Kvalitetsindikatorer och jämlikhetsdata: Sammanfattande diskussion.....	28
3. KVALITETSUPPFÖLJNING I REGION SKÅNE.....	30
3.1 Kvalitetsindikatorer, nationella register och regionala undersökningar .....	30
3.1.1 Indikatorbiblioteket.....	30
3.1.2 Jämlik vård som fokus i två befintliga indikatorer.....	30
3.1.3 Nationella kvalitetsregister, hälsodataregister och nationella programområden.....	31
3.1.4 Kvalitetsportalen Qlikview .....	31
3.1.5 Vården i siffror och väntetider i vården.....	32
3.1.6 Nationell patientenkät .....	32
3.1.7 Hälso- och sjukvårdsbarometern.....	33
3.1.8 Folkhälsorapporter.....	33
3.2 Relevanta administrativa system och statistik från tredje part.....	34
3.2.1 PASiS (PatientAdministrativt Stöd i Skåne) .....	34
3.2.2 Vera Asyl.....	35
3.2.3 Migrationsverket .....	35
3.2.4 Tolkförmedlingar.....	35
3.2.5 Röda Korsets behandlingscenter .....	35
3.4 Exempel från andra kunskapscentrum i Region Skåne .....	36

3.4.1 Kunskapscentrum barnhälsovård.....	36
3.4.2 Kunskapscentrum kvinnohälsa.....	36
3.4.3 Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention.....	37
3.5 Kvalitetsuppföljning i Region Skåne: Sammanfattande diskussion .....	37
4. FÖRSLAG PÅ OMRÅDEN FÖR KVALITETSUPPFÖLJNING.....	39
4.1 Vårdkonsumtion .....	40
4.2 Patientperspektiv.....	41
4.3 Tolkanvändning och språkkompetens.....	42
4.4 Psykisk hälsa .....	44
4.5 Somatisk hälsa.....	45
4.6 Tortyr .....	47
4.7 Kvinnohälsa .....	49
4.8 Barnhälsa.....	50
4.9 Tandhälsa .....	52
4.10 Organisationsutveckling och ekonomi.....	53
4.11 Förslag på områden för kvalitetsuppföljning: Sammanfattande diskussion .....	54
5. INDIKATORER UR ETT MIGRATIONSPERSPEKTIV – VÄGEN FRAMÅT.....	56
5.1 Kvalitetsuppföljning ur migrationsperspektiv på organisatorisk nivå.....	56
5.2 Utmaningar med migrationsrelaterade data .....	57
5.3 Jämlig vård – ojämlika förutsättningar .....	58
5.4 Nästa steg för Kunskapscentrum migration och hälsa.....	59
6. REFERENSER .....	61
Lagar, råd, propositioner och föreskrifter.....	71

## SAMMANFATTNING

*Jämlig hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv: Rapport om möjliga indikatorer för kvalitetsuppföljning i Region Skåne* är framtagen av Kunskapscentrum migration och hälsa som ett led i arbetet med att kartlägga eventuella indikatorer för jämlig vård med fokus på migrationsaspekter. Det primära syftet med denna rapport är därför att diskutera möjliga indikatorer för *jämlig vård ur ett migrationsperspektiv*, vilka i sin tur kan användas i Kunskapscentrum migration och hälsas fortsatta arbete men även inom övrig hälso- och sjukvård samt tandvård i Region Skåne. Under arbetets gång har syftet breddats till att även utforska internationella, nationella och regionala perspektiv som har betydelse för indikatorers utformning. Arbetet med *jämlig vård* diskuteras också i relation till *personcentrerad vård*, och båda dessa begrepp ses som utgångspunkter för rapportens övergripande tema. *Migrant* används som en samlingsbegrepp för människor som flyttat över nationsgränser och migranter kan således vara kvotflyktingar, anhöriginvandrare, asylsökande med flera.

Inledningsvis problematiseras förutsättningarna för att ta fram indikatorer ur ett migrationsperspektiv. Redan arbetet med att ta fram bakgrundsvariabler som till exempel utrikes född eller utländsk bakgrund (det vill säga personer som är utrikes födda eller har två föräldrar som är utrikes födda) innebär kategoriseringar som kan vara trubbiga verktyg i arbetet med migration och hälsa. Oavsett vilka variabler som väljs innebär de en homogenisering av grupper som egentligen är heterogena. Ytterligare en förutsättning handlar om rätten till hälso- och sjukvård för personer från andra länder. För vissa migrantgrupper, så som asylsökande och personer utan tillstånd (så kallade papperslösa), finns särskild lagstiftning som reglerar rätten till vård. Frågan är om det är möjligt att diskutera i termer av jämlig vård för grupper vars rätt till vård är begränsad.

I en litteraturgenomgång av internationell och nationell forskning kring kvalitetsarbete framkommer att indikatorer ofta används antingen som målstyrning eller för organisationsutveckling. När indikatorer används för målstyrning mäter de produktion och utförande, inte sällan med ekonomiska incitament i grunden. Inom organisationsutveckling används indikatorer som feedback och lärande. Kunskapscentrum migration och hälsa ansluter sig till det senare synsättet – att indikatorer kan vara ett led i ett kvalitetsarbete med fokus på organisatoriskt lärande.

Det finns idag ett gediget arbete med kvalitetsindikatorer kopplat till hälso- och sjukvård, internationellt, nationellt och regionalt. Det finns även ett omfattande arbete kring så kallade jämlikhetsdata, alltså statistik med underlag utifrån exempelvis en viss diskrimineringsgrund. Syftet med jämlikhetsdata är att följa upp aspekter ur ett människorättsperspektiv. Det migrationsperspektiv som Kunskapscentrum migration och hälsa eftersträvar kan inrymmas inom denna definition. Även om det finns forskning på båda ovanstående områden finns det få exempel på hälso- och sjukvårdsstatistik kopplat till jämlikhetsdata. Här finns en kunskapslucka som behöver fyllas.

För att få en bild av det arbete som genomförs med kvalitetsuppföljning inom Region Skåne görs en genomgång av befintliga system för kvalitetsuppföljning samt administrativa system inom och utanför regionens verksamhet där data ur ett migrationsperspektiv kan tas fram. Det finns redan ett omfattande arbete med kvalitetsindikatorer som inkluderar exempelvis indikatorbiblioteket, nationella kvalitetsregister, vården i siffror, väntetider i vården, nationell patientenkät och hälso- och sjukvårdsbarometern. I en del av dessa finns det möjlighet att lyfta fram data utifrån ett migrationsperspektiv, till exempel baserat på födelseland. Det finns också ett flertal administrativa system i Region Skåne och statistik från tredje part inom vilka det är möjligt att ta fram data som kan analyseras ur ett migrationsperspektiv. PASiS (patientadministrativt stöd i Skåne) och Vera Asyl är två exempel på administrativa system. Statistik från tredje part kan till exempel vara data från tolkförmedlingar som har avtal med Region Skåne eller Migrationsverket. Även andra kunskapscentrum i Region Skåne tar fram rapporter med indikatorer som kan bearbetas eller redan bearbetas ur

ett migrationsperspektiv, exempelvis Kunskapscentrum kvinnohälsa som utifrån bakgrundsvariabeln födelse-land kan göra analyser genom Graviditetsregistret.

Arbetet med att ta fram indikatorer ur ett migrationsperspektiv kräver en gedigen teoretisk förankring och ett tydligt syfte. Det krävs också jämförbara data för att resultat från indikatorer ska kunna ge mening i ett större sammanhang. Kunskapscentrum migration och hälsa identifierar mot bakgrund av forskning och nationella riktlinjer tio områden att följa för att arbeta vidare med jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. För samtliga områden ges förslag på specifika indikatorer som kan utvecklas, samt exempel på data som är möjliga att analysera utifrån dessa indikatorer. Områdena är:

- Vårdkonsumtion
- Patientperspektiv
- Tolkanvändning och språkkompetens
- Psykisk hälsa
- Somatisk hälsa
- Tortyr
- Kvinnohälsa
- Barnhälsa
- Tandhälsa
- Organisationsutveckling och ekonomi

Avslutningsvis diskuteras nyttan med indikatorer ur ett migrationsperspektiv och möjliga vägar framåt i detta arbete. Sammanfattningsvis finns det flera utmaningar med att följa hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv. Jämlikhetsdata kan vara ett verktyg för att göra detta men jämlikhetsdata behöver knytas tydligare till analysverktyg inom hälso- och sjukvård. Det finns goda förutsättningar för att genomföra ett sådant arbete. Region Skåne har redan pilotprojekt inom detta område och flera migrationsrelaterade variabler finns sedan förut i Region Skånes system. De utmaningar som finns är inte heller unika för regionen utan finns i alla sammanhang då jämlikhetsdata används. Dessa omöjliggör inte användandet, men syfte och sammanhang måste vara tydliga då indikatorer ur ett migrationsperspektiv tas fram för att inte riskera att använda variabler kopplat till migration för olämpliga syften. Ett syfte och sammanhang kan till exempel vara att undersöka jämlik vård i förhållande till rätten till vård för asylsökande eller personer som saknar tillstånd (så kallade papperslösa). Detta regleras i olika lagar där hälso- och sjukvårdspersonal bedömer den enskildes vårdbehov utifrån begreppet *vård som inte kan anstå*. Frågan är om detta tolkas och bedöms på samma sätt nationellt och regionalt och om den vård som erbjuds asylsökande kan betraktas som jämlik. Vidare studier behövs inom detta område. Jämlik vård behöver således inte vara en jämförelse mellan en viss migrantgrupp och övriga befolkningen, utan även jämförelser inom en specifik grupp kan vara relevant.

Kunskapscentrum migration och hälsa kommer fortsatt arbeta med ett kvalitetsarbete ur ett migrationsperspektiv i Region Skåne. Nästa steg blir att ta fram en fördjupande rapport utifrån något av de tio områden som presenteras där data ur ett migrationsperspektiv analyseras. Ytterligare ett steg är att stödja organisationen i att bygga upp ett strategiskt kvalitetsarbete inom migration och hälsa och bygga upp samarbeten med andra kunskapscentrum med detta syfte. Region Skåne har, både utifrån sin demografi och utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag, unika förutsättningar för att vara ledande i att bygga upp ett kvalitetsarbete ur ett migrationsperspektiv.

## *Varför behövs ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård och vad innebär ett migrationsperspektiv i relation till jämlik hälsa?*

# 1. MIGRATION OCH JÄMLIK VÅRD

*Jämlik hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv: Rapport om möjliga indikatorer för kvalitetsuppföljning i Region Skåne* är framtagen av Kunskapscentrum migration och hälsa som ett led i arbetet med att kartlägga möjliga indikatorer för jämlik vård med fokus på migrationsaspekter. I detta inledande kapitel är avsikten att sätta rapportens syfte och frågeställningar i ett sammanhang. Vad innebär det att arbeta med ett migrationsperspektiv i hälso- och sjukvård och hur kan detta begrepp sättas i relation till jämlik hälsa? För att diskutera möjliga indikatorer kopplat till migration och jämlik hälsa behöver förutsättningarna att ta fram data kring exempelvis födelseland diskuteras. Vilka kategoriseringar används generellt i statistiska mått och vad har det för konsekvenser för arbetet med indikatorer inom hälso- och sjukvård? En jämlik hälsa förutsätter att alla har samma tillgång till hälso- och sjukvård men inom den heterogena gruppen migranter finns lagstadgade begränsningar av tillgången till vård för vissa grupper, exempelvis för asylsökande och vuxna personer som saknar tillstånd (så kallade papperslösa). Detta regleras i lagstiftning och för den fortsatta diskussionen om jämlik vård behövs därför en översiktlig förståelse för de begränsningar som finns gällande rätten till vård för vissa migrantgrupper.

## 1.1 JÄMLIK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD MED ETT MIGRATIONSPEKTIK

Kunskapscentrum migration och hälsa är en enhet inom Region Skåne med uppdrag att verka för ett *migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård*. Detta kan ses som ett led i att verka för en *jämlik vård*. All hälso- och sjukvård ska enligt 3 kap 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ges på lika villkor för hela befolkningen och med respekt för alla människors lika värde. Inom Region Skåne konkretiseras detta i dokumentet *Strategi för jämlik vård 2016-2018*.<sup>1</sup> Där konstateras att ett hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete, tillsammans med en *jämlik vård*, är hälso- och sjukvårdens viktigaste bidrag för att minska skillnader i hälsa. Kunskapscentrum migration och hälsa vill inom ramen för jämlik vård särskilt lyfta fram aspekter som kan kopplas till migration – alltså jämlik vård för personer som kommer ifrån andra länder. Men varför behövs ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård och vad innebär ett migrationsperspektiv i relation till jämlik hälsa?

För att svara på detta behövs en förståelse för den svenska befolkningens sammansättning. Statistiska centralbyrån (SCB) tar kontinuerligt fram befolkningsstatistik och för att göra detta används olika mätbara kategorier så som *utrikes född* eller *utländsk bakgrund*. Det första begreppet synliggör hur stor del av befolkningen som är född i andra länder än Sverige. Det andra måttet definieras som personer som antingen är utrikes födda, eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar. I Sverige har idag 24 % av befolkningen utländsk bakgrund. I Skåne är motsvarande siffra 28 % och i Malmö 45

---

<sup>1</sup> Region Skåne, 2015a.



%.<sup>2</sup> Skåne är således en region där ungefär en fjärdedel av befolkningen har utländsk bakgrund. Detta är något offentliga organisationer som Region Skåne behöver förhålla sig till i planering och organisering för att ta hänsyn till *hela* Skånes befolkning. Men vad är det för aspekter som just hälso- och sjukvården kan behöva förhålla sig till?

År 2017 presenterade Kunskapscentrum migration och hälsa en omvärldsanalys med syfte att inventera kunskapsläget inom migration och hälsa och ta fram fokusområden för enhetens fortsatta arbete. Resonemangen i omvärldsanalysen tar sin utgångspunkt i att migration är en process som kan indelas i tre faser, premigration, migration och postmigration.<sup>3</sup> Premigration handlar om de omständigheter som påverkat individen i ursprungslandet, till exempel socioekonomiska förutsättningar, utbildningsbakgrund, tillgång till hälso- och sjukvård och politiska förhållanden.<sup>4</sup> Förhållanden under själva migrationsprocessen påverkar också hälsan, särskilt om flyttprocessen pågått under lång tid och med bristande hygienförhållanden. Detta blev påtagligt år 2015, då 163 000 människor sökte asyl i Sverige och det framkom i nyhetsrapportering att en del hade färdats till fots genom delar av Europa. Undernäring, infektionssjukdomar, samt försämring av kroniska sjukdomar som inte går att behandla under resan är exempel på hälsokonsekvenser under själva migrationen. Även fasen postmigration, väl framme i det nya landet, påverkar hälsan. Livsförutsättningarna och möjligheten till att etablera sig, få arbete och skapa nya nätverk, är viktiga för hälsan. En känsla av utanförskap innebär en ökad risk för psykisk ohälsa<sup>5</sup> och diskriminering i det nya landet kan få negativa konsekvenser för både fysisk och psykisk hälsa.<sup>6</sup> Migration är i sig en riskfaktor för hälsa, detta gäller särskilt för personer som flyr från sina ursprungsländer.<sup>7</sup>

Det finns således flera faktorer kopplat till migration som kan påverka hälsan för den enskilda individen både före, under och efter migrationen. Detta leder till frågan – vad innebär det att arbeta med ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård? Enkelt uttryckt innebär ett migrationsperspektiv att ta hänsyn till aspekter som har att göra med migration i planering och utförande av hälso- och sjukvård. Konkret kan detta se olika ut i olika delar av hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i det arbete Kunskapscentrum migration och hälsa bedriver ges här några exempel:

- På organisatorisk nivå kan ett migrationsperspektiv innebära att ha en överblick över antalet asylsökande som kommit till Skåne för att säkerställa att det finns tillräckliga resurser för att genomföra hälsoundersökningar och möta ett ökat patientbehov.
- På organisatorisk nivå kan ett migrationsperspektiv handla om upphandling av tolkförmedlingar för att säkerställa att det finns goda tolkmöjligheter för patienter som inte talar svenska.
- På verksamhetsnivå kan ett migrationsperspektiv innebära att ha en beredskap för ett ökat söktryck på barn och – ungdomspsykiatri (BUP) under perioder då många ensamkommande barn kommer till Sverige.
- I det individuella patientmötet kan ett migrationsperspektiv innebära att vara extra uppmärksam på om det finns faktorer från migrationsprocessen som påverkar hälsan.

Att arbeta med ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård handlar också om att säkerställa en *jämlik vård* och i det enskilda patientmötet handlar det egentligen om en *personcentrerad vård* – där aspekter som rör migration tänks in i patientmötet. Vad det innebär kan se olika ut beroende på sammanhang – en asylsökande med upplevelser av tortyr från ursprungslandet har helt andra behov i mötet med hälso- och sjukvård än en person från ett EU-land som tillfälligt studerar i Sverige. Det är

---

<sup>2</sup> SCB, 2018c.

<sup>3</sup> Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra, 2016.

<sup>4</sup> Se t.ex. Davies, Basten & Frattini, 2009.

<sup>5</sup> Socialstyrelsen, 2015a.

<sup>6</sup> Ivert & Malmsten, 2014

<sup>7</sup> Statens folkhälsoinstitut, 2010.

heller inte säkert att migrationsaspekter är relevanta i alla vårdmöten med migranter. Migrationsaspekter *kan* ha betydelse i mötet med patienter inom hälso- och sjukvården – men behöver inte ha det. Sammanfattningsvis handlar ett migrationsperspektiv om att lyfta blicken för migrationsfrågor på individ-, grupp-, verksamhets- och organisationsnivå. Det innebär att förhålla sig till hela Skånes befolkning, både de som är födda i Sverige och de som är födda i andra länder. Som personal i Region Skåne innebär det att förhålla sig till de aspekter om migration som påverkar den egna verksamheten i relation till skyldigheten att ge jämlik vård på lika villkor. Vad det innebär för varje enskild verksamhet kommer självklart att variera. I detta arbete kan Kunskapscentrum migration och hälsa vara ett stöd utifrån uppdraget att verka för jämlik vård med ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård.

## 1.2 OM RAPPORTEN

I den omvärldsanalys som togs fram av Kunskapscentrum migration och hälsa 2017<sup>8</sup> konstateras att en avgörande del i arbetet för en jämlik vård innebär att kunna följa befintlig statistik ur ett migrationsperspektiv. Statistik ur ett migrationsperspektiv kan ses som ett verktyg för att identifiera områden där vården inte når ut eller får ojämlika resultat, eller ett verktyg för att följa upp förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvård så att de får önskade effekter. Förhoppningen är också att kunna lyfta fram goda exempel inom området jämlik vård och genom dessa tillvarata kunskaper som kan bidra till ett organisatoriskt lärande. I omvärldsbevakningen formulerades därför att Kunskapscentrum migration och hälsa ska arbeta för att:

*Ta fram mätbara indikatorer med migrationsperspektiv i befintliga system. Det saknas i nuläget möjlighet att följa upp asylsökande och nyanländas hälsa på ett systematiskt sätt inom Region Skåne, detta arbete behöver utvecklas. Likaså behöver arbetet med att sammanställa information som faktiskt finns utvecklas, till exempel i relation till hälsoundersökningar där data som finns i nuläget inte bearbetas.*<sup>9</sup>

Det primära syftet med denna rapport är därför att diskutera möjliga indikatorer för jämlik vård ur ett migrationsperspektiv, vilka i sin tur kan användas i Kunskapscentrum migration och hälsas fortsatta arbete men även inom övrig hälso- och sjukvård samt tandvård i Region Skåne. Användningen av indikatorerna kan dels användas på en mer övergripande och strategisk nivå i Region Skåne och dels som regelbundna kvalitetsuppföljningar av Kunskapscentrum migration och hälsa.

Under arbetets gång har det blivit tydligt att det primära syftet behöver kompletteras med en bredare ansats. Forskning om hälso- och sjukvårdsindikatorer visar till exempel att dessa behöver ha en gedigen teoretisk och regional förankring för att fungera på ett konstruktivt sätt. Det blev också tydligt att litteraturen om hälso- och sjukvårdsindikatorer inte alltid inkluderar ett tydligt fokus på jämlikhetsdata och vice versa. Syftet har därför utökats från att enbart diskutera indikatorer till att också utforska de internationella, nationella och regionala perspektiv på kvalitetsuppföljning som har betydelse för indikatorernas utformning. Med bakgrund i det utökade syftet svarar rapporten på följande frågor:

- Vad säger forskning och olika nationella myndigheter om kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård samt om jämlikhetsdata? Finns det några nationella exempel att dra lärdom av när det gäller uppföljning av jämlik hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv? Dessa frågor besvaras i kapitel 2, *Kvalitetsindikatorer och jämlikhetsdata*.
- Vilka befintliga system för kvalitetsuppföljning finns inom Region Skåne? Kan frågor om jämlik vård ur ett migrationsperspektiv inkluderas i befintliga system? Hur arbetar andra kunskapscentrum i Region Skåne med årsrapporter och uppföljningar? Dessa frågor besvaras i kapitel 3, *Kvalitetsuppföljning i Region Skåne*.

<sup>8</sup> Kunskapscentrum migration och hälsa, 2017.

<sup>9</sup> Kunskapscentrum migration och hälsa, 2017, s. 39.

- Vilka prioriterade områden är rimliga att fokusera på som är i enlighet med Kunskapscentrum migration och hälsa uppdrag, och vilka mer specifika indikatorer kan vara intressanta att följa i relation till respektive område? Dessa frågor besvaras i kapitel 4, *Förslag på områden för kvalitetsuppföljning*.

I kapitel 5, *Indikatorer ur ett migrationsperspektiv – Vägen framåt*, sammanfattas och diskuteras huvudpoängerna i rapporten. Rapporten avslutas med några förslag på hur Kunskapscentrum migration och hälsa kan fortsätta arbeta med kvalitetsuppföljning. Underlaget till föreliggande rapport kommer från litteraturstudier av forskning, rapporter från offentliga myndigheter och den ideella sektorn, från Region Skånes egna rapporter och dokumentation samt från samtal med personer som har ansvar för i sammanhanget relevanta frågor inom Region Skåne. Rapporten har en utforskande ansats. Tanken är att senare rapporter från Kunskapscentrum migration och hälsa blir mer djupgående utifrån specifika indikatorer. Om du har information som kan gynna det arbete som görs på Kunskapscentrum migration och hälsa är du välkommen att höra av dig ([kunskapscentrum.mh.pv@skane.se](mailto:kunskapscentrum.mh.pv@skane.se)).

### 1.3 MIGRANTBEGREPPET OCH MÄTBARA KATEGORISERINGAR

Vilka är då personer som innefattas i ett så kallat migrationsperspektiv? I Kunskapscentrum migration och hälsa uppdragsbeskrivning står att enheten ska verka för ”personer från andra länder”.<sup>10</sup> Detta är en bred målgrupp och enheten använder därför samlingsbegreppet *migrant* för människor som flyttat över nationsgränser. Oavsett val av begrepp är det viktigt att vara medveten om att kategoriseringar är problematiska då de tenderar att homogenisera heterogena grupper. Migranter kan också vara kvotflyktingar,<sup>11</sup> anhöriginvandrare,<sup>12</sup> arbetskraftsinvandrare eller personer som tillfälligtvis studerar i Sverige.<sup>13</sup> Det kan också vara flyktingar<sup>14</sup>, asylsökande<sup>15</sup> eller alternativt skyddsbehövande.<sup>16</sup> Utifrån Kunskapscentrum migration och hälsa breda uppdragsbeskrivning är det centralt att det övergripande begreppet migrant speglar en vid tolkning av vad det innebär att ha invandrat till Sverige. Det är dock inte ett begrepp som är användbart för att ”mäta” eller på aggregerad nivå följa i statistiska underlag, dels för att det begreppsligt inte används i till exempel statistiska centralbyråns kategorier och dels för att det är ett samlingsbegrepp som omfattar flera olika migrantgrupper.

I denna rapport är det primära syftet att diskutera indikatorer för en jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. Det gör att det är av särskilt intresse att få en bild av kategoriseringar som är

<sup>10</sup> Se Region Skåne, Beredning för primärvård, psykiatri och tandvård (2015). *Kunskapscentrum vård till personer från andra länder*.

<sup>11</sup> *Kvotflyktingar* är utländska medborgare som på grund av utsatthet väljs ut av FN:s flyktingorgan UNHCR att ingå i ett kvotflyktingssystem. Dessa personer tilldelas permanent uppehållstillstånd redan innan ankomst till Sverige; Migrationsverket, 2017.

<sup>12</sup> Även anhöriga kan anses vara nyanlända enligt Migrationsverkets definitioner.

<sup>13</sup> Ytterligare ett begrepp är *papperslös* som används för att beteckna människor som befinner sig i Sverige utan tillstånd. Irreguljär migration används ibland för att beteckna människor som befinner sig i ett land utan tillstånd. Barn till papperslösa föräldrar räknas också till gruppen papperslösa.

<sup>14</sup> *Flyktingar* är personer som har flytt från väpnade konflikter eller förföljelse och omfattas av FN:s flyktingkonvention, den så kallade Genèvekonventionen; United Nations, 1948. *Nyanländ* är, något förenklat, en person mellan 18-65 år som fått positivt svar på sin asylansökan och är mottagen i en kommun för bosättning på grund av flyktinskäl. Dessa personer omfattas av etableringsförordningen (SFS 2010:409) och har rätt till ekonomisk ersättning och etableringsinsatser från Arbetsförmedlingen under 24 månader.

<sup>15</sup> *Asylsökande* är en person som söker skydd, men inte fått ett svar på asylansökan. Att söka asyl är en mänsklig rättighet stipulerad i bland annat artikel 14 i *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*, United Nations, 1948.

<sup>16</sup> *Alternativt skyddsbehövande* är en alternativ internationella som grundar sig på bestämmelserna i EU:s skyddsgrundsdirektiv. Detta är den vanligast förekommande statusförklaringen i Sverige. Innan 20 juli 2016 användes även begreppet övrigt skyddsbehövande endast i Sverige.

möjliga att följa på en övergripande nivå för att få fram statistik eller annan data som speglar ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård. Som nämndes tidigare tar Statistiska centralbyrån kontinuerligt fram befolkningsstatistik och i deras tabeller går det att få kunskap om gruppen migranter utifrån olika definierade kategorier.<sup>17</sup> I statistikdatabaserna används följande kategorier:

**Utrikes födda** är personer födda i ett annat land till skillnad från **inrikes födda** som är personer födda i Sverige.

Personer med **utländsk bakgrund** definieras som personer som är utrikes födda, eller inrikes födda med två utrikes födda föräldrar.

Personer med **svensk bakgrund** definieras som personer som är födda i Sverige med två inrikes födda föräldrar eller en inrikes född och en utrikes född förälder.

Det går även att ta fram statistik utifrån personer som är **utländska medborgare**. Bland dessa ingår inte personer med dubbelt medborgarskap, varav det ena är svenskt.

Utifrån ovanstående kategorier går det således att hitta variabler som kan ligga till grund för olika former av underlag i det fortsatta arbetet inom Region Skåne. Begreppen har dock sina begränsningar och är även till viss del överlappande. Det går till exempel att vara inrikes född och ha utländsk bakgrund. Kategorierna säger heller ingenting om hur länge en person har varit i Sverige eller orsaken bakom att personen migrerade till Sverige. Detta är aspekter som är avgörande för ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård. Utifrån SCB:s befolkningsstatistik går det att ta fram uppgifter på landnivå, det vill säga hur stor del av befolkningen i Sverige som kommer från ett visst land. Oftast görs indelningar utifrån världsdel eller görs kategoriseringar som t.ex. utomnordisk eller utomeuropeiska grupper. Vad gäller befolkningsstatistik utgår den från personer som är folkbokförda i Sverige. För att en person som flyttar till Sverige ska bli folkbokförd måste personen ha för avsikt att stanna i Sverige i minst ett år. Asylsökande kan bli folkbokförda om de får uppehållstillstånd som gäller i minst 12 månader.<sup>18</sup> I den fortsatta diskussionen om möjliga indikatorer för att synliggöra ett migrationsperspektiv i relation till jämlik vård, är det viktigt att ha en förståelse för de möjligheter och begränsningar som finns för att ta fram data. I ett hälso- och sjukvårdsperspektiv kan det också vara relevant att belysa hälsan hos en viss målgrupp, t.ex. asylsökande. Då är inte SCB:s kategoriseringar enligt ovan behjälpliga för de säger ingenting om under vilka omständigheter individen kommit till Sverige. Ovanstående begrepps användbarhet och begränsningar diskuteras mer ingående under rubriken 2.2 Jämlikhetsdata men så här långt kan konstateras att framtagandet av adekvata kategoriseringar för att spegla ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård bjuder på stora utmaningar.

### 1.3 BAKGRUND – JÄMLIK VÅRD OCH RÄTTEN TILL VÅRD

Jämlik vård ur ett migrationsperspektiv är en av utgångspunkterna för arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa. Arbetet med att ta fram indikatorer ur ett migrationsperspektiv behöver därför förstås i ljuset av vad målet med en jämlik vård är. Migrationsperspektivet är också nära förknippat med en personcentrerad vård. Vad detta innebär är centralt för det fortsatta arbetet med indikatorer. Ytterligare en aspekt som behöver diskuteras i relation till jämlik vård är rätten till vård. För vissa migrantgrupper är rätten till vård begränsad, vilket gör att jämlik vård blir svårt att diskutera i relation till dessa grupper. För att ge en bild av det juridiska läget gällande rätten till vård ges en

<sup>17</sup> SCB, 2018a.

<sup>18</sup> SCB, 2018b.

sammanfattning av rättsläget. Detta ska ses som en bakgrund inför den fortsatta diskussionen om mätbara indikatorer och kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård.

### 1.3.1 EN JÄMLIK OCH PERSONCENTRERAD VÅRD

Hur kan jämlik vård förstås i relation till begreppet personcentrerad vård? Det finns flera skrivelser på olika nivåer med bäring på jämlikhetsfrågan inom hälso- och sjukvård. På internationell nivå finns FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna. Enligt artikel 12 är en stat skyldig att se till att hälso- och sjukvården är tillgänglig för alla. Staten bär ett särskilt ansvar att säkerställa tillgänglighet för grupper som lever i utsatthet. Tillgång till hälso- och sjukvård är således en mänsklig rättighet. I Sverige regleras allas rätt till vård främst i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och Patientlagen (PL, 2014:821). I dessa står det formulerat:

*Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.<sup>19</sup>*

Med bakgrund i lagstiftningen definierar Socialstyrelsen *God vård* som en hälso- och sjukvård som (1) ges i rimlig tid (2) är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, (3) säker, (4) patientfokuserad och (5) effektiv samt (6) jämlik.<sup>20</sup> De fyra God vård-områden som återges här ovan och föregår effektiv och jämlik vård ses av Socialstyrelsen vara uppföljningsbara var för sig, medan effektiv och jämlik vård anses vara övergripande områden som inte ska vara fristående utan speglas i de övriga. Det finns likhetstecken mellan rätten till vård, god vård och begreppet *jämlik vård* som är utgångspunkt för denna rapport. Betydelsen av begreppet *jämlikhet* återfinns i principen om alla människors lika värde som fastställs i bland annat den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna, EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna och den svenska grundlagen. Socialstyrelsen definierar *Jämlik vård* på följande sätt:

*[B]emötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett bland annat personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Eftersom hälsan inte är jämlikt fördelad bör en sjukvård som strävar efter att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen prioritera de som har störst behov, och som dessutom bör vara hälsoinriktad och hälsofrämjande.<sup>21</sup>*

Vidare kopplas begreppet till den etiska plattform som är fastställd av riksdagen och innehåller tre rangordnade principer. Den överordnade principen, människovärdesprincipen, fastslår människors lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Denna följs av behovs- och solidaritetsprincipen som fastslår att resurser bör fördelas efter behov och att de som har mindre behov ska av solidaritet avstå resurser till de med större behov. I den sista principen, kostnadseffektivitetsprincipen, konstateras att vid val mellan verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas. Dessa principer förstärker därmed vikten av jämlik vård och fastställer att hälso- och sjukvården aldrig ska prioritera utifrån exempelvis schablonggränser för ålder eller social ställning.<sup>22</sup>

Liksom Socialstyrelsen lyfter i sin definition av begreppet, existerar jämlik vård i praktiken i form av en måttstock där status quo är att det finns dokumenterade omotiverade ojämlikheter i den svenska hälso- och sjukvården. Dessa omotiverade ojämlikheter blir först synliga då vårdinsatser och

<sup>19</sup> 3 kapitlet (HSL, 2017:30), 1 kapitlet (PL 2014:821)

<sup>20</sup> Socialstyrelsen, 2009.

<sup>21</sup> Socialstyrelsen, 2009, s. 24.

<sup>22</sup> Regeringens proposition (1996/97:60) *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

hälsotillstånd jämförs mellan olika samhällsgrupperingar med grund i bland annat ålder, kön, socioekonomi och etnicitet. Därtill kan definitionen av jämlik vård kompletteras med diskrimineringsförbudet i den svenska Diskrimineringslagen (2008:567) som förbjuder diskriminering utifrån sju diskrimineringsgrunder; kön, etnicitet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning, könsöverskridande identitet och uttryck, funktionsnedsättning samt ålder. Region Skåne har i likhet med andra landsting valt att formulera en egen definition av jämlik vård. I *Region Skånes strategi för jämlik vård 2016-2018* står det:

*Utgångspunkten för en jämlik vård är att vården anpassas efter individens förutsättningar och behov, den som har störst behov ska ges företräde till vården. Vården ska ges på lika villkor och med respekt för alla människors lika värde. Jämlik vård innebär inte att alla behandlas lika. Jämlik vård ska bedömas utifrån jämlika resultat och upplevelser. Därmed kan en ojämn resursfördelning bidra till en jämlik vård eftersom individens förutsättningar och behov skiljer sig åt.*<sup>23</sup>

Det som är genomgripande för ovanstående definitioner är att jämlikheten inbegriper både principen om horisontell rättvisa - personer med lika behov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvården oavsett exempelvis kön, ålder eller socioekonomiska resurser, och principen om vertikal rättvisa – personer med större behov ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård.<sup>24</sup> På så sätt betyder inte jämlik vård alltid likadana vårdinsatser eller jämlik resursfördelning, de skillnader som ska bekämpas är de omotiverade skillnaderna i vården som leder till ojämlig hälsa. Det innebär att den svenska hälso- och sjukvården också har ett kompensatoriskt uppdrag för att säkerställa en jämlik hälsa.

Det blir av stor vikt att sätta den enskilda människan och dennas förutsättningar i centrum i relation till det allmänna vårdbehovet och resurser. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har med utgångspunkt i detta slutit en överenskommelse med målsättning att stärka förutsättningarna för en god, jämlik samt effektiv hälso- och sjukvård genom att främja och utveckla insatser för en mer patientcentrerad och tillgänglig vård. Ett komplement till *jämlik vård* är således områden *patientcentrering* eller *personcentrering*.<sup>25</sup> En patientcentrerad vård utgår från patientens perspektiv av hur vården bör fungera.<sup>26</sup> Det innebär att patienten ska informeras och utbildas för att stärkas i sitt handlingsutrymme med sin vårdgivare. Vårdens insatser ska koordineras mellan olika verksamheter för att säkerställa kontinuitet i vården och patientens närstående ska informeras och involveras i vården i den utsträckning som patienten vill. En personcentrerad vård är ett begrepp som går steget längre och ska tydliggöra för hälso- och sjukvården att patienten är en person som lever största delen av sitt liv utanför vårdens ramar. På så sätt bör patienten vårdas utifrån ett holistiskt perspektiv med hänsyn till patientens hälsorelaterade, sociala och andliga behov.<sup>27</sup>

I föreliggande rapport är utgångspunkten begreppen jämlik vård och personcentrering. Genom att sätta dessa begrepp i centrum vid diskussioner om hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv är avsikten att förflytta fokus från personer med migrationsbakgrund som "särskilda patienter" till att istället tala om eventuella medicinskt omotiverade skillnader i vårdinsatser och hälsoutfall som kan finnas för personer med migrationsbakgrund. Att ta fram mätbara indikatorer är ett led i att hitta verktyg för att säkerställa att vården är jämlik ur ett migrationsperspektiv.

---

<sup>23</sup> Region Skåne, 2015a, s. 2.

<sup>24</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.

<sup>25</sup> De båda begreppen används ibland utan åtskillnad och ibland med den skillnaden att personcentrering föredras framför patientcentrering då begreppet sätter människan i centrum och inte enbart människan utifrån relationen till vården. Inom Region Skåne används begreppet personcentrering, se tex Region Skånes verksamhetsplan och budget 2018 - med plan för 2019-2020.

<sup>26</sup> Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting, 2015.

<sup>27</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2012; Socialstyrelsen, 2016a.

### 1.3.2 RÄTTEN TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD FÖR PERSONER FRÅN ANDRA LÄNDER

Som diskuterats ovan finns det svårigheter i att ta fram kategoriseringar för att mäta jämlik vård ur ett migrationsperspektiv, men det är tydligt att jämlik och personcentrerad hälso- och sjukvård är en viljeriktning inom såväl Region Skåne som Sverige i övrigt. Detta finns beskrivet och reglerat på flera nivåer, alltifrån FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna till Region Skånes egna direktiv. Det som sällan diskuteras är hur jämlik och personcentrerad vård går att förena (eller inte går att förena) med de begränsningar som finns gällande rätten till hälso- och sjukvård för vissa grupper. Detta är särskilt relevant vid framtagandet av indikatorer med ett migrationsperspektiv. Så frågan är då vilka begränsningar som finns gällande rätten till hälso- och sjukvård i Sverige? I Kunskapscentrum migration och hälsas omvärldsanalys från 2017 finns en genomgång av rådande lagstiftning, nedanstående text är delvis hämtad ifrån denna.

Som framkommit tidigare är målet för all hälso- och sjukvård i Sverige vård på lika villkor för hela befolkningen i enlighet med 3 kap 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Detta betyder dock inte att alla som befinner sig i Sverige har rätt till all vård eller rätt till konstadsfri vård. Rätten till hälso- och sjukvård regleras i nationella lagar och regelverk och varierar utifrån en persons status i migrationsprocessen, t.ex. ser rättigheterna olika ut beroende på om individen är asylsökande, saknar tillstånd (så kallat papperslös) eller har ett tillfälligt uppehållstillstånd. Utöver detta, bör också en distinktion mellan rätten till vård och vem som har betalningsansvar för vården göras. Att ha rätt till vård är inte detsamma som att vården är kostnadsfri för patienten. Enligt Region Skånes policy<sup>28</sup> kommer det medicinska vårdbehovet i första hand och betalningsförmåga är en senare fråga som regleras beroende på patientens juridiska status och utifrån de avtal som finns med nationen som patienten är hemmahörande i. Det finns olika begrepp i lagstiftningen för att beskriva och reglera rätten till vård, så som *omedelbar vård*, *nödvändig vård* och *vård som inte kan anstå*.<sup>29</sup> Något förenklat innebär de olika begreppen följande:

**Omedelbar vård** är akut vård vid t.ex. plötslig sjukdom eller en olycka. Alla som befinner sig i Sverige oavsett nationalitet och vistelsestatus har rätt till omedelbar vård.

**Nödvändig vård** kan även den vara akut vård eller annan vård som inte kan vänta tills, t.ex. vård vid kronisk sjukdom. Begreppet gäller inom EU/EES-länder och Australien och innebär att försäkrade inom dessa länder eller Schweiz vid tillfällig vistelse i Sverige har rätt till att under trygga medicinska omständigheter vistas här den tid de har planerat.<sup>30</sup>

**Vård som inte kan anstå** är menat att vara ett vidare begrepp än omedelbar vård och gäller den vård som ges till vuxna asylsökande och vuxna papperslösa. Vad som är vård som inte kan anstå avgörs av behandlande läkare, tandläkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Begreppet vård som inte kan anstå är kritiserat och hälso- och sjukvårdspersonal upplever att det är svårt att förhålla sig till begreppet. Hälso- och sjukvårdspersonal har kommit fram till att det inte är anpassat för att användas inom hälso- och sjukvård<sup>31</sup> och Socialstyrelsen konstaterar att begreppet inte

<sup>28</sup> Region Skåne, 2011.

<sup>29</sup> Begreppet finns dock redan med i *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* I migrations-sammanhang nämns begreppet första gången år 1988 i *Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1988:8) Hälsovård för flyktingar och asylsökande*. Socialstyrelsen redogjorde i dessa allmänna råd för att "vård som kan anstå" inte är tillämpligt för asylsökandes situation, då dessa patienter inte kan hänvisas till sitt hemlandsting eller ursprungsland för vård, i de fall vårdbehovet skulle kunna anstå några dagar eller någon vecka.

<sup>30</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2016a.

<sup>31</sup> Se bl.a. Agerberg 2013 samt Svenska Läkaresällskapet, 2013.

går att förena med vårdprofessionens yrkesetik som slår fast att vård ska ges efter behov. Vård som inte kan anstå riskerar även enligt Socialstyrelsen att äventyra patientsäkerheten.<sup>32</sup> Det finns en konflikt mellan begreppet vård som inte kan anstå och vårdetiska principer så som behovs- och solidaritetsprincipen<sup>33</sup> och det är fortfarande svårt för hälso- och sjukvårdspersonal att avgöra vad som ingår i vård som inte kan anstå. Olika tolkningar riskerar att leda till ojämlik vård. För att ta reda på mer om detta vore det önskvärt med indikatorer som specifikt kan följa de grupper som omfattas av vård som inte kan anstå, både ur ett regionalt och nationellt perspektiv. Hur ser då lagstiftningen ut som reglerar rätten till vård?

I *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* regleras rätten till vård för asylsökande och den förutsätter att individen omfattas av *Lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl (LMA)*. I denna lag framkommer att asylsökande vuxna ska erbjudas hälsoundersökning, *omedelbar vård, vård som inte kan anstå*, inklusive tandvård, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning samt läkemedel. Hälsoundersökningen är kostnadsfri, men övrig vård är subventionerad och sker enligt fastställda avgifter. Migrationsverket ersätter landsting och regioner för asylsökandes vårdkostnader utifrån förbestämda schablonbelopp.<sup>34</sup> För asylsökande barn under 18 år gäller att de avgiftsfritt ska erbjudas hälsoundersökning och fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård. Nyanlända, alltså personer som fått uppehållstillstånd i Sverige, har inte automatiskt rätt till subventionerad hälso- och sjukvård då de inte längre är asylsökande. Antingen måste de själva ta en försäkring som gäller för vårdkostnader eller uppsöka Skatteverket och ansöka om att bli folkbokförda i Sverige. När folkbokföringen är klar har nyanlända samma rätt till vård som övriga bosatta i landet.

År 2016 infördes *Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjlighet att få uppehållstillstånd i Sverige*. Den som får flyktingstatus beviljas uppehållstillstånd som gäller tre år och den som får status som alternativ skyddsbehövande får uppehållstillstånd som gäller 13 månader. Enligt Socialförsäkringsutskottets betänkande *Ett sammanhållet mottagande med tidsbegränsade uppehållstillstånd* omfattas inte personer med tillfälligt uppehållstillstånd som ansöker om ett fortsatt uppehållstillstånd av lagen om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA). Denna grupp ska istället omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och därmed erbjudas vård på samma sätt som andra bosatta i Sverige.<sup>35</sup> Detta förutsätter dock att individen folkbokför sig i Sverige och för detta krävs att uppehållstillståndet varar i minst 12 månader vilket inte alltid är fallet. I detta läge saknas lagstiftning som förtydligar denna grupps rätt till subventionerad vård.

Vad gäller *papperslösa* (egentligen personer utan tillstånd) regleras denna grupps rätt till vård i *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Denna gör gällande att landstingen är skyldiga att erbjuda vuxna papperslösa subventionerad hälso- och sjukvård samt tandvård *som inte kan anstå*. För att finansiera kostnaden för detta får regioner och landsting en statlig ersättning. Barn som vistas i landet utan tillstånd ska erbjudas fullständig vård, det vill säga hälso- och sjukvård enligt de villkor som gäller för bosatta barn.

Utifrån ovanstående är det lätt att se svårigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att avgöra vad den enskilde patienten har för rätt till hälso- och sjukvård och hur betalningsansvaret regleras. Det är också tydligt att den enskilde patienten riskerar att hamna ”mellan” olika lagstiftningar. Ett sådant exempel gäller asylsökande som får uppehållstillstånd, alltså nyanlända. Det förefaller som om landsting runt om i Sverige hanterar patienter från denna grupp olika. Om detta antagande är riktigt, skulle

---

<sup>32</sup> Socialstyrelsen, 2014b.

<sup>33</sup> Se Regeringens proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* som ligger till grund för detta beslut.

<sup>34</sup> För mer info om schablonersättning se Migrationsverkets hemsida där även ersättning vid varaktig vård beskrivs. Migrationsverket, 2015; 2016a; 2016b. Förordning (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

<sup>35</sup> Socialförsäkringsutskottets betänkande, 2016/17:SfU25.



indikatorer som följer gruppen nyanlända i hälso- och sjukvården kunna visa på att vården inte är jämlik för denna grupp i ett nationellt perspektiv. Rätten till hälso- och sjukvård för migranter i Sverige regleras genom lagstiftning som tillkommit i olika skeden. Nationellt förs en dialog om hur lagstiftningen bör tolkas eller ändras och ärendet ligger, vid tidpunkten för denna rapport, hos Socialdepartementet. Vad som efterfrågas nationellt är en samlad översyn av den lagstiftning som finns. Även begreppet vård som inte kan anstå innebär konsekvenser för möjligheten till en jämlik vård. Dels är det upp till hälso- och sjukvårdspersonal att bedöma vad som i det enskilda fallet är vård som inte kan anstå vilket kan leda till olika bedömningar, men även myndigheter i Sverige tolkar begreppet olika. Det är därför rimligt att diskutera begränsningarna i rätten till vård i relation till indikatorer eller data för att mäta jämlik vård. Denna diskussion återkommer i det avslutande kapitlet i denna rapport.

## 1.4 MIGRATION OCH JÄMLIK VÅRD: SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Det primära syftet med denna rapport är att diskutera möjliga indikatorer för jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. Tanken är att dessa ska kunna användas inom hälso- och sjukvård och tandvård inom Region Skåne för att följa hälsoläget för migranter. Redan under det initiala arbetet med rapporten framkom svårigheter utifrån syftesformuleringen och syftet utökades till att utforska kvalitetsuppföljning i en bredare mening som utgångspunkt för det fortsatta arbetet med att formulera mätbara indikatorer ur ett migrationsperspektiv. Frågor om kvalitetsindikatorer och jämlikhetsdata är komplexa och utifrån de övergripande syftet måste de förstås både hur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och hur ett jämlikhetsperspektiv. För att förena dessa perspektiv krävs en diskussion om vad jämlik vård innebär samt för vem och under vilka förutsättningar vården kan vara jämlik.

Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag är att verka för ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård, detta kan ses som ett led i att säkerställa en jämlik vård inom Region Skåne. Samlingsbeteckningen *migrant* (en person som flyttat över nationsgränser) används för att beskriva enhetens målgrupp, men migranter innefattar människor med helt olika förutsättningar, så som asylsökande, anhöriginvandrare eller kvotflyktingar. Med ett migrationsperspektiv menas i detta sammanhang att ta hänsyn till faktorer som kan kopplas till migration i planering och organisering av hälso- och sjukvård. Vad det innebär kan se olika ut på olika organisationsnivåer i Region Skåne. På övergripande nivå kan det handla om upphandling av tolkförmedling eller beredskap för att genomföra hälsoundersökningar för asylsökande. I det enskilda patientmötet kan det handla om att ha förståelse för vilka aspekter före, under och efter en migration som kan påverka individens hälsa, t.ex. att under lång befinna sig i ett flyktingläger med begränsade hygienförhållanden. Ett migrationsperspektiv kan också knytas till begreppet personcentrerad vård. Att arbeta personcentrerat är att ta hänsyn till den enskildes individuella förutsättningar vid patientmötet.

För att utveckla indikatorer med ett migrationsperspektiv är det grundläggande att få en bild av vilka data som finns tillgängliga och är mätbara. Statistiska centralbyrån utgår t.ex. från kategoriseringar som *utrikes född*, alltså att personen är född i ett annat land, eller *utländsk bakgrund*, att personen antingen är född i ett annat land eller har två utrikes födda föräldrar. Utifrån dessa mått går det att hämta statistik kring Sveriges befolkning. Den säger dock ingenting om hur länge personerna befunnit sig i Sverige utan då måste ytterligare variabler läggas till. Oavsett hur kategorier presenteras finns det svårigheter med inkludering och exkludering, och utifrån syftesformuleringen till denna rapport är det viktigaste snarast att få en överblick kring vilka mätbara data som är möjliga att inhämta för Region Skånes del. Det kan dock konstateras att kategoriseringar i sig är problematiska och innebär begränsningar i möjligheten att få fram data kring jämlik vård. Väl avvägda kategoriseringar är en

förutsättning för att indikatorer med ett migrationsperspektiv mäter vad de faktiskt avser att göra. Denna diskussion återkommer i nästkommande kapitel då jämlikhetsdata diskuteras.

Då jämlikhet inom hälso- och sjukvård diskuteras förutsätts ofta att jämlikhet på ett teoretiskt plan är möjligt. Det finns också tydliga viljeriktningar i såväl internationella deklamationer som nationella och regionala direktiv som pekar på vikten av jämlik hälsa. Samtidigt finns det begränsningar i lagstiftningen för rätten till vård för delar av den målgrupp som omfattas av Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag. I *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* regleras rätten till vård för asylsökande och i *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd* regleras rätten till vård för de som brukar kallas papperslösa. Lagstiftningen kring rätten till vård har tillkommit i omgångar i Sverige och förutom att lagstiftningen i sig innebär begränsningar i möjligheten till jämlik vård, så innebär också olika tolkningar av lagstiftningen att risken för ojämlik vård är stor mellan olika landsting i Sverige. Sammantaget betyder det att då det gäller jämlik hälsa med ett migrationsperspektiv behöver förutsättningarna för jämlik vård kontextualiseras utifrån vissa grupperns begränsade rätt till hälso- och sjukvård. Att ta fram indikatorer med fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv behöver diskuteras i ljuset av de rättsliga förutsättningar som finns för jämlik vård för vissa migrantgrupper.

## Vilka perspektiv på kvalitetsuppföljning och jämlikhetsdata finns i en internationell och nationell kontext?

## 2. KVALITETSINDIKATORER OCH JÄMLIKHETSDATA

Efter att ha presenterat det primära syftet med rapporten, att diskutera möjliga indikatorer för jämlik vård ur ett migrationsperspektiv, är avsikten med denna del att belysa och diskutera forskning samt nationell dokumentation om kvalitetsindikatorer och jämlikhetsdata. Syftet med detta är att förankra rapporten i en internationell och nationell kontext. Inom många olika samhällsområden finns ett stort intresse att följa utvecklingen med hjälp av uppföljning av olika indikatorer. Detta grundar sig i att målstyrning har kommit att bli ett allt viktigare politisk instrument.<sup>36</sup> En *indikator* kan förstås som en beskrivning eller ett tal som återspeglar en specifik aspekt av ett fenomen eller mål som är av intresse. En indikator är också kopplat till bedömningskriterier som visar till vilken grad målet är nått.<sup>37</sup> Det görs ofta en skillnad mellan indikatorer och *nyckeltal*. Medan indikatorer har en tydlig koppling till måluppfyllelse kan nyckeltal användas i jämförelser mellan olika verksamheter eller aktörer, men har inget fastställt mått på vad som är önskvärt att uppnå. Flera olika indikatorer kan kopplas till samma område eller mål. Även om indikatorer ofta är kvantitativa kan de också vara kvalitativa.<sup>38</sup>

I hälso- och sjukvården anses de flesta indikatorer som används för uppföljning vara så kallade *kvalitetsindikatorer*. Socialstyrelsen definierar kvalitet som den sammantagna förmågan hos en tjänst eller produkt att tillgodose behov som kan vara underförstådda eller uttalade.<sup>39</sup> Det är de sammantagna egenskaperna hos produkten eller tjänsten som står i fokus och utvärderingen kan återspegla vad utföraren, mottagaren eller samhället i stort uppfattar som kvalitet. Kvaliteten handlar också om att tjänsten ska tillhandahållas i enlighet med bästa tillgängliga kunskap samt vara utformad utifrån gällande lagstiftning, förordningar, föreskrifter och riktlinjer. Socialstyrelsen betonar att kvaliteten på en tjänst därför handlar om vad verksamheter gör, hur detta utförs, hur resurser används och vilka resultat som uppnås. Kvalitetsindikatorer används för att följa upp och utvärdera alla dessa kvalitetsaspekter inom hälso- och sjukvård.

En del menar att utvecklingen av kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård ofta har gjorts utan integrering av ett tydligt jämlikhetsfokus.<sup>40</sup> Samtidigt har mycket forskning om jämlikhet inte heller belyst kvalitetsaspekter. Eftersom rapportens syfte handlar om att se över hur rätten till jämlik vård kan belysas med hjälp av kvalitetsindikatorer kommer båda dessa områden beskrivas under separata rubriker. Därefter diskuteras några nationella exempel på arbete med indikatorer som har betydelse för rapporten.

---

<sup>36</sup> Myndigheten för kulturanalys, 2012.

<sup>37</sup> Myndigheten för kulturanalys, 2012.

<sup>38</sup> Diskrimineringsombudsmannen, 2012.

<sup>39</sup> Socialstyrelsen, 2017a.

<sup>40</sup> Cookson, Asaria, Ali, Shaw, Doran & Goldblatt, 2018.

## 2.1 KVALITETSINDIKATORER

Ett fokus på kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården är väletablerat i en internationell kontext. Arbetet med kvalitetsindikatorer är idag också omfattande i Sverige<sup>41</sup> och det finns lärdomar att hämta för Kunskapscentrum migration och hälsa för det fortsatta arbetet med indikatorer ur ett migrationsperspektiv. I detta avsnitt presenteras en kort bakgrund till hur arbetet med indikatorer ser ut både internationellt och nationellt. Nedan presenteras också mer specifik information om olika typer av indikatorer.

### 2.1.2 KVALITETSINDIKATORER I EN INTERNATIONELL KONTEXT

Hur används indikatorer i internationella sammanhang och med vilket syfte tas indikatorer fram? Internationella organisationer som WHO<sup>42</sup> och OECD<sup>43</sup> har, liksom myndigheter i olika länder, genomfört omfattande projekt för att utveckla ”core sets” av kvalitetsindikatorer för användning inom hälso- och sjukvård. Centrala områden inkluderar aspekter som till exempel vårdens tillgänglighet, effektivitet, säkerhet, grad av personcentrering, koordination samt ansvarstagande.<sup>44</sup> Tanken med de internationella projekten är att följa utvecklingen i varje land utifrån landets egna förutsättningar och behov, men också att göra internationella jämförelser.<sup>45</sup> Internationellt har perspektiven på och användningen av kvalitetsuppföljning förändrats över tid. I en litteraturöversikt på området konstateras att exempelvis hälso- och sjukvård i Storbritannien har gått från att fokusera på processer och produktion till utförande i relation till indikatorer och målnivåer.<sup>46</sup> Detta har lett till att kvalitetsarbetet i många fall har rört sig från att fungera som feedback för lärande för de vårdgivande professionerna till ett instrument för ledning och styrning. Det senare kan till exempel komma till uttryck i system där enheter belönas ekonomiskt när de uppfyller specifika mål i jämförelse med andra enheter.

Dessa två olika sätt att arbeta med kvalitet har således olika mål och olika krav på de indikatorer som används.<sup>47</sup> Många system använder idag kvantitativa och normativa indikatorer som kan verifiera graden av måluppfyllelse för att säkerställa att verksamheter lever upp till sitt ansvar samt kan bygga och bibehålla legitimitet utåt. Förutom att detta sätt att använda indikatorer kan vara ett verktyg i styrning av ekonomiska resurser så menar också en del att detta kan vara en resurs för mottagarna att välja vilken verksamhet de vänder sig till.<sup>48</sup> För att indikatorer ska kunna användas på det här sättet krävs ett gediget statistiskt arbete med mått som har hög precision. Målet är att kunna se reella skillnader och data från indikatorerna ska, när de är som bäst, kunna avsluta diskussioner om vad god vård är genom att tydligt fastställa det.

Andra system fokuserar på ständig förbättring av verksamheten genom deskriptiva indikatorer (till exempel nyckeltal) där indikatorn används för att registrera förändringar över tid snarare än att fastställa graden av måluppfyllelse.<sup>49</sup> Syftet med de deskriptiva måtten är att resultaten kan leda till lärandeprocesser som i sin tur kan leda till bättre vårdkvalitet. Även här kan jämförelser vara betydelsefulla, men inte för att fördela medel, utan för att finna framgångsfaktorer. Dessa typer av indikatorer har oftare lägre krav på precision än de normativa. Fokus ligger på tolkning av resultaten, oavsett indikator, och andra typer av data tas in i tolkningen för att ge en lokal förankring och kontext. I motsats till de normativa indikatorerna är målet i denna inriktning att resultaten från de mer deskriptiva indikatorerna ska ge upphov till fortsatt diskussion och förbättringsarbete.

---

<sup>41</sup> Socialstyrelsen, 2009.

<sup>42</sup> World Health Organization, 2010.

<sup>43</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.

<sup>44</sup> World Health Organization, 2010.

<sup>45</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006.

<sup>46</sup> Freeman, 2002.

<sup>47</sup> Freeman, 2002.

<sup>48</sup> Faber, Bosch, Wollersheim, Leatherman, Grol, 2009.

<sup>49</sup> Faber, Bosch, Wollersheim, Leatherman, Grol, 2009.

I en litteraturöversikt på området framkommer också två olika huvudspår när det gäller inställningen till användbarheten av kvalitetsindikatorer.<sup>50</sup> En tradition är mer skeptisk till att indikatorer kan tillhandahålla användbara resultat för att främja god vård. En annan tradition är mer praktikfokuserad och optimistisk i att indikatorer kan vara viktiga verktyg. Det finns dock en överlappning mellan perspektiven när det gäller vad en bra indikator är och vilka svårigheter som det innebär att använda indikatorer. Till exempel innebär utveckling av kvalitetsindikatorer en rad kunskapssteoretiska svårigheter, eftersom indikatorer gärna ska vara omfattande och precisa samtidigt som ett urval av indikatorer behöver göras på ett pragmatiskt sätt. Det finns en omfattande litteratur om hur kvalitetsindikatorer kan och bör utvecklas för att hantera dessa svårigheter.<sup>51</sup> Systematiska strategier innebär till exempel att göra ett strukturerat och kunskapsbaserat val av indikatorer.<sup>52</sup>

Oavsett hur kvalitetsindikatorerna har tagits fram bör användningen och tolkningen av dem diskuteras.<sup>53</sup> Förutom metodologiska diskussioner om tillförlitlighet bör också frågor om tolkning lyftas, särskilt i relation till den lokala kontexten. Även om data är tillförlitliga så kan de tolkas på ett missvisande sätt. Många forskare verkar också överens om att användningen av indikatorer kan fungera motiverande i verksamheterna när de passar in i arbetet, implementeras på ett konstruktivt sätt samt när det finns avsatta resurser för att arbeta med dem. Det verkar dock inte vara alla typer av indikatorer som nödvändigtvis fungerar motiverande. Att använda normativa indikatorer för styrning kan till exempel leda till oanade och oönskade konsekvenser.<sup>54</sup> Problem som uppmärksammas i forskningen är: omstrukturering av rutiner och verksamhet på ytan som inte gör själva vården bättre, manipulering av administrativa system eller en omstrukturering i hur vården tillhandahålls som är mer patientosäkert eller leder till sämre vårdkvalitet. En tolkning av dessa fynd är att användningen av indikatorer på detta sätt utgår ifrån en mekanisk syn på organisationer. Organisationer är dock anpassningsbara och förändrar sig i relation till indikatorer på sätt som inte alltid är syftet.

Utifrån litteraturen verkar ett rimligt sätt att förhålla sig till kvalitetsindikatorer att inte se dem som svar utan snarare som ledtrådar som bör tolkas och diskuteras av såväl vårdgivare och tjänstepersoner utifrån den lokala kontexten, med målet att förbättra kvaliteten inom hälso- och sjukvården.<sup>55</sup> Att fokusera på organisatoriskt lärande snarare än måluppfyllelse ligger väl i linje med Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag att verka för kunskapsutveckling inom området migration och hälsa. Detta är en central utgångspunkt att ta med i det fortsatta arbetet med att identifiera möjliga indikatorer för jämlik vård ur ett migrationsperspektiv.

## 2.1.2 KVALITETSINDIKATORER I EN SVENSK KONTEXT

Efter att ha fått en bild av de teoretiska diskussionerna kring kvalitetsindikatorer i en internationell kontext är frågan hur arbetet med indikatorer ser ut i Sverige? Socialstyrelsen har som uppgift att arbeta med ledningssystem för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården i syfte att uppnå det mål som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), nämligen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>56</sup> Socialstyrelsens arbete med nationella indikatorer har pågått i flera år.

---

<sup>50</sup> Freeman, 2002.

<sup>51</sup> Campbell, Braspenning, Hutchinson & Marshall, 2003.

<sup>52</sup> Dessa val kan bygga på den evidens som finns inom området, baseras på evidens i kombination med expertkonsensus eller vara drivna av befintliga riktlinjer. Det finns en rad olika metoder för att systematiskt arbeta fram kvalitetsindikatorer. Ett exempel är Delphi-metoden där expertpaneler, rundor av enkäter och feedback samt konsensusmetoder används; Boulkedid, Abdoul, Loustau, Sibony & Alberti, 2011.

<sup>53</sup> Freeman, 2002.

<sup>54</sup> Freeman, 2002.

<sup>55</sup> Freeman, 2002.

<sup>56</sup> Socialstyrelsen har sedan år 2000 deltagit i Nordiska Ministerrådets arbete med indikatorer inom hälso- och sjukvården samt tandvården. Sverige ingick också i det internationella projektet Health Care Quality Indicators

År 2009 publicerades rapporten *Nationella indikatorer för God vård* som svar på ett uppdrag från regeringen.<sup>57</sup> De indikatorer som togs fram i rapporten skulle ligga till grund för återkommande öppna nationella jämförelser samt för utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader utifrån kvalitet och effektivitet med mål att förbättra vården. Det konstaterades i rapporten att en del indikatorer inte fanns att tillgå och behövde arbetas fram. Även i relation till de områden där det fanns befintliga indikatorer konstaterades att utvecklingsarbetet skulle fortgå på grund av kunskapsutveckling och förändrade behov.

De sex kvalitetsområden för God vård som behandlas i rapporten är som tidigare nämnts en hälso- och sjukvård samt tandvård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och som ges i rimlig tid. Denna God vård-modell är formulerad av Socialstyrelsen 2005 och bygger på hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) samt tandvårdslagen (SFS 1985:125). När det gäller fokus på jämlik vård konstateras att detta ska ingå i alla indikatorer genom att resultaten stratifieras på exempelvis kön eller åldersgrupper. Inga särskilda jämlikhetsindikatorer togs därför fram i rapporten.<sup>58</sup> I utvecklingen av indikatorerna utgick Socialstyrelsen från God vård men också en rad andra sjukdomsriktade områden där publicerade nationella riktlinjer fanns för olika sjukdomsgrupper. Sedan 2009 har flera indikatorområden utvecklats och belysts i särskilda rapporter.<sup>59</sup> Data om de nationella indikatorerna hämtas bland annat från Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting (SKL) samt från landsting och regioner själva (till exempel genom nationella kvalitetsregister). En hel del data publiceras nationellt i olika typer av plattformar och rapporter. När det gäller data som synliggör jämlik vård redovisas vissa resultat utifrån kön, ålder och/eller utbildningsbakgrund. Sett i ljuset av den internationella litteraturen om kvalitetsindikatorer tycks Socialstyrelsen betona vikten av att använda indikatorer både till styrning och förbättring av hälso- och sjukvården.

### 2.1.3 KVALITETSINDIKATORER SOM EN DEL AV KUNSKAPSSTYRNINGEN AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

År 2012 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning*.<sup>60</sup> I rapporten beskrivs hur en strategi för God vård ska se ut nationellt. Kunskapsstyrningens yttersta mål är en god hälso- och sjukvård och strategin som presenterades beskriver hur processen ser ut för detta arbete. Det första steget i kunskapsstyrningen är identifiering av områden där behov föreligger. Behoven kan utgå ifrån politiska prioriteringar, vårdgivare, professionella, patientföreningar eller områden som har identifierats av registerdata eller omvärldsanalyser. Nästa steg är sammanställning av bästa tillgängliga kunskap från forskning och beprövad erfarenhet som ska resultera i kunskapsbaserade ställningstaganden. Dessa kan vara föreskrifter, allmänna råd, rekommendationer, vägledning eller kunskaps-sammanställningar. Efter detta följer stöd till implementering i form av seminarier eller beslutsstöd som ska leda till att styrning, uppföljning och förbättringsarbete ska kunna ske regionalt och lokalt. Kunskapsstyrningens effekter ska sedan följas upp och utvärderas. En god infrastruktur med gemensam terminologi, system för uppföljning såsom kvalitetsregister,<sup>61</sup> tillgång till forskning samt olika system för utbildningsinsatser behövs också för effektiv kunskapsstyrning. Kvalitetsindikatorer kan utifrån detta perspektiv ses som en grundläggande del av kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. I rapporten konstateras därför att det för uppföljning och förbättringsarbete både regionalt och nationellt behövs en samsyn kring exempelvis nationella indikatorer.

---

(HCQI) som OECD drev med start i början av 2000-talet. Det gör att Socialstyrelsen använder sig av de modeller och det underlag som har tagits fram inom HCQI och det nordiska samarbetet.

<sup>57</sup> Socialstyrelsen, 2009.

<sup>58</sup> Detta är i enlighet med hur OECD också har arbetat.

<sup>59</sup> Se exempelvis Socialstyrelsen, 2017b.

<sup>60</sup> Socialstyrelsen, 2012.

<sup>61</sup> Se också Nationella kvalitetsregister, 2016.

Arbetet med kunskapsstyrning har också utvecklats på flera sätt de senaste åren. Bland annat i flera SOU-rapporter<sup>62</sup> och genom överenskommelser mellan regeringen och SKL. En relevant SOU-rapport som släpptes år 2017 var *Kunskapsbaserad och jämlik vård: Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* där uppdraget var att särskilt se över jämlikhet utifrån kön.<sup>63</sup> I rapporten konstateras att kunskapsstyrning och kunskapsstöd behöver tolkas brett för att fånga alla de insatser och aktiviteter som görs och behöver göras för att varje enskilt vårdmöte ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Ytterligare en slutsats är att de insatser som har gjorts för att höja kvaliteten i vården, till exempel genom kunskapsstöd, inte alltid har lett till ökad patientnytta eftersom dokumentation inte automatiskt leder till förändring i praktiken. I rapporten betonas att tidigare detaljstyrning bör ersättas av mer tillit till verksamheternas egen förmåga till lärande, utveckling och innovation vilket i sin tur kommer gagna patienten. Verksamhetsnära kunskap och erfarenhet ska därför bli mer ledande. I rapporten konstateras också att det finns ett behov av struktur för den nationella kunskapsstyrningen, med grund i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Det behövs också tillförlitliga uppföljningar som kan identifiera goda exempel och dokumenterar resultaten av insatser.

I rapporten förslås att ett kansli för kunskapsbaserad och jämlik vård inrättas i Regeringskansliet, att Socialstyrelsen får förändrade uppdrag och att landstingen bör ta mer ansvar kring kunskapsstyrning. Det hänvisas till en landstinggemensam modell för kunskapsstyrning som en möjlighet att skapa bättre förutsättningar för en kunskapsbaserad och jämlik vård. Med stöd av SKL har landsting och regioner etablerat ett nationellt system för kunskapsstyrning som startade 2018.<sup>64</sup> Detta har lett till att en rad programområden etableras eller förnyas samt att nationella samverkansgrupper skapas. Syftet med systemet för kunskapsstyrning är att samordna de kunskapsstöd som används inom vården, ta fram nya när behov finns samt förenkla användbarhet av dessa i patientmötet. Samarbetet ska också ge möjlighet till stöd i uppföljning och analys samt för utveckling av och ledarskapet i kunskapsstyrningen. Samtidigt som det nationella arbetet pågår kommer också förändringar i kunskapsstyrningen i Region Skåne behöva utvecklas för att vara i enlighet med det nationella systemet. Detta system är en avgörande pusselbit i en mer högkvalitativ, kunskapsbaserad, resurseffektiv och jämlik vård. Vad det innebär för kunskapsstyrning ur ett migrationsperspektiv återstår att se och är en del av Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag att bevaka.

## 2.2 JÄMLIKHETSDATA

Hittills har indikatorer diskuterats både utifrån teoretiska utgångspunkter för att arbeta med kvalitetsuppföljning men också specifikt utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. För att belysa ett migrationsperspektiv i kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård krävs dock ytterligare variabler, så som exempelvis jämlikhetsdata. Trots att internationell forskningslitteratur om kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvården inte alltid adresserar jämlikhetsaspekter,<sup>65</sup> finns det en rad svenska rapporter som integrerar frågor om jämlikhet och vård. Centrala slutsatser från dessa kan vara av intresse för Kunskapscentrum migration och hälsas fortsatta arbete med indikatorer och summeras nedan. Innan detta avsnitt presenteras en kort introduktion om vad jämlikhetsdata är och vilka diskussioner som förs om detta nationellt utanför hälso- och sjukvården.

---

<sup>62</sup> Se *Kunskapsbaserad och jämlik vård: Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* (SOU 2017:48); *Effektiv vård* (SOU 2016:2).

<sup>63</sup> SOU, 2017.

<sup>64</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2018c.

<sup>65</sup> Cookson, Asaria, Ali, Shaw, Doran & Goldblatt, 2018.

### 2.2.1 VAD ÄR JÄMLIKHETSDATA?

Begreppen jämlikhetsdata respektive jämlikhetsstatistik används idag som en översättning av engelskans *equality data* respektive *equality statistics*.<sup>66</sup> Att ta fram jämlikhetsdata förespråkas av många internationella organ så som FN och EU och används regelbundet inom en rad olika sektorer i många länder världen över. Sverige har flera gånger kritiserats av bland annat FN och EU för att inte samla in relevant och systematisk statistik om minoriteters situation.<sup>67</sup>

Att arbeta med jämlikhetsdata handlar om att regelbundet ta fram statistiskt underlag eller siffror utifrån en viss diskrimineringsgrund eller demografisk uppdelning på en aggregerad nivå i syfte att kartlägga eller följa upp aspekter ur ett människorättsperspektiv.<sup>68</sup> Syftet med att ta fram siffrorna är alltid att kunna arbeta för ökad jämlikhet och minskad diskriminering. Enligt Diskrimineringsombudsmannen (DO) kan jämlikhetsdata både vara kvalitativa som kvantitativa så länge de har relevans för området.<sup>69</sup> I litteraturen på områdena kan jämlikhetsdata vara officiell statistik, forskning, uppföljningar av en specifik verksamhet eller anmälningar. DO menar att dessa olika datakällor bidrar till att på unika sätt att belysa diskriminering och ojämlikhet. De kompletterar varandra och är outbytbara.

Jämlikhetsdata kan förstås som en specifik metod som bygger på principerna om samtycke, frivillighet och anonymitet samt självidentifikation och självkategorisering.<sup>70</sup> Att be personer definiera sig själva, snarare än att utgå från redan existerande kategorier i exempelvis befolkningsregister, anses vara bättre ur ett demokratisk, etiskt, rättssäkert och vetenskapligt perspektiv. Traditionen i Sverige har dock ofta utgått från befintliga register där myndigheter eller staten har gjort kategoriseringen. Fram till mitten av 1900-talet fördes statistik om religion, språk, ras och etnicitet i Sverige, men denna togs bort efter andra världskriget. Den kunskap som finns om medborgarna är därmed sällan jämlikhetsdata utan befolkningsregisterdata, så som till exempel tidigare beskrivna kategoriseringar utrikes född eller utländsk bakgrund som används av Statistiska centralbyrån. Regeringen gav år 2011 Diskrimineringsombudsmannen i uppdrag att utreda frågor kring jämlikhetsdata på fem av sju diskrimineringsgrunder (kön och ålder exkluderades) samt de fem nationella minoritetsgrupperna.<sup>71</sup> Fokus var att göra en förstudie om huruvida utökade uppgifter kunde samlas in i de undersökningar om levnadsförhållanden som Statistiska centralbyrån gör årligen.

I rapporten diskuteras en rad begrepp och olika kategoriseringar som teoretiskt kan kopplas till ett migrationsperspektiv problematiseras.<sup>72</sup> I diskussionen belyses begreppet ”etnisk tillhörighet” så som det uttrycks i diskrimineringslagen, alltså som nationellt eller etniskt ursprung, hudfärg eller liknande. DO konstaterar att etnisk tillhörighet också kan diskuteras i relation till andra begrepp så som språk, etnicitet, ras, nationell minoritet, nationalitet samt person med utländsk bakgrund. I en analys av hur andra länder arbetar framkommer att de sätt och begrepp som används ofta har en lokal historisk och nationell förankring och därför är väldigt olika i olika länder. I Europa används till exempel inte kategoriseringar som rör hudfärg, vilket görs i nordamerikanska länder, utan snarare ligger fokus på etniskt ursprung eller tillhörighet.

---

<sup>66</sup> Hübinette, 2015; Diskrimineringsombudsmannen, 2012.

<sup>67</sup> Hübinette, 2015.

<sup>68</sup> Hübinette, 2015.

<sup>69</sup> Diskrimineringsombudsmannen, 2012.

<sup>70</sup> Hübinette, 2015.

<sup>71</sup> I Sverige finns fem erkända nationella minoriteter: judar, romer, samer (som även är ett urfolk), sverigefinnar och tornedalingar. Minoritetsspråken är jiddisch, romani chib, samiska, finska och meänkieli. För de nationella minoriteterna finns särskilda rättigheter som fastställs i *Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk*, se Länsstyrelsen Stockholm, 2018.

<sup>72</sup> Diskrimineringsombudsmannen, 2012.



Med bakgrund i ovanstående diskussion konstateras att alla de kategoriseringar och definitioner som används i Sverige för att belysa jämlikhet mellan grupper är resultat av olika val som har gjorts med specifika syften i en viss historisk kontext. I Sverige samlas inte statistik som direkt eller indirekt kan anses visa på etnisk tillhörighet in. De variabler som används av till exempel SCB är medborgares födelseland, ibland kombinerat med föräldrarnas födelseland. En annan variabel som används i offentlig statistik är nationalitet och i vissa fall språk. DO skriver att en välvillig tolkning av dessa kategorier kan användas för att indirekt återspegla etnisk tillhörighet och verkar kunna synliggöra skillnader mellan de som är mer eller mindre etablerade i Sverige. Dessa termer är dock inte tillfredsställande ur ett antidiskrimineringsperspektiv.<sup>73</sup> Nationella minoriteter kan till exempel ha levt i Sverige i många generationer men ändå uppleva diskriminering, vilket osynliggörs i statistiken. Personer som är födda i samma land kan också ha olika etniskt ursprung. Statistik som tar hänsyn till födelseland använder ofta en uppdelning som innefattar personer födda i Sverige, i övriga Norden, i övriga Europa och utanför Europa. Dessa är grova förenklingar som inte alls belyser de skillnader i levnadsvillkor som en person som är född i ett asiatiskt land kan ha upplevt i jämförelse med en person som är född i ett afrikanskt land. Även mellan länder på olika kontinenter kan stora variationer mellan livsvillkor existera.

Enligt EU-kommissionen bör insamling av uppgifter utgå från etniskt ursprung baserat på självidentifikation och frågor om språk och religion kan också användas vid behov. Att i högre grad fokusera på etniskt ursprung såsom det uttrycks i diskrimineringslagen är inget som görs i omfattande mening i Sverige. I statistik om jämlikhet används fortfarande födelseland eller person med utländsk bakgrund som bakgrundvariabel. Ett problem med att införa nya kategoriseringar som identifieras i rapporten är att jämförbarhet mellan olika databaser kan försvåras när begrepp definieras på olika sätt i olika undersökningar eller register. Det gör att det kan finnas pragmatiska skäl till att fortsätta använda begrepp som tidigare har använts, till exempel för att möjliggöra jämförelser över tid. Det finns dock exempel på kommuner i Sverige som använder egna kategorier baserat på självidentifikation och där jämförelser efter ett tag kan göras lokalt över tid.<sup>74</sup>

Med bakgrund i DO:s rapport blir det tydligt att oavsett vilka kategoriseringar som skapas med syfte att synliggöra tillgång till jämlik vård för olika migrantgrupper kommer dessa att vara förenklingar av de kontextbundna sociala och kulturella processer som ligger till grund för kategorierna. Användningen av kategoriseringar medför alltid en risk att bidra till ytterligare gruppering och stigmatisering på en samhällsnivå.<sup>75</sup> Forskare lyfter också att det finns ytterligare en dimension som bör beaktas när jämlikhetsdata används inom hälso- och sjukvård, nämligen risken att sociala kategoriseringar misstas för biologiska sanningar.<sup>76</sup> Arbetet med jämlikhetsdata och kvalitetsuppföljning i vården kopplat till etnicitet måste därför alltid ha en tydlig teoretisk förankring och gedigen analys. Syftet med och valet av jämlikhetsdatametoden ska tydliggöras. Det ska tas hänsyn till andra faktorer så som att vårdinsatser och hälsoutfall mellan olika befolkningsgrupper oftast är resultat av komplexa processer där olika faktorer, så som födelseland, bostadsort, boendesituation, ålder och kön, samspelar. Slutsatser om genetik ska inte dras utifrån olika befolkningsgrupper där det inte finns tydligt forskningsunderlag. Det är också viktigt att särskilja mellan hälsoutfall i form av skillnader mellan grupper och skillnader i mötet med vården som leder till olika hälsoutfall.

Med utgångspunkt i denna teoretiska genomgång av jämlikhetsdata är frågan om Kunskapscentrum migration och hälsa och Region Skåne hade kunnat skapa och använda jämlikhetsdata för att lyfta fram ett migrationsperspektiv relativt jämlik vård? Diskrimineringsombudsmannen (DO), Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys lyfter flera juridiska aspekter i relation till

---

<sup>73</sup> Se även Regeringskansliet, 2016.

<sup>74</sup> Hübinette, 2015

<sup>75</sup> Bradby 2012; Kaplan, Bennett 2003

<sup>76</sup> Bradby 2012; Kaplan, Bennett 2003.

insamlingen av jämlikhetsdata. Utifrån ett nationellt perspektiv konstaterar DO att det finns vissa undantag från förbudet i Personuppgiftslagen att behandla känsliga personuppgifter som kan användas i relation till nationell jämlikhetsdata. DO skriver dock också att det i vissa fall kan behövas ändringar i regelverk för den officiella statistiken för att andra variabler än kön och ålder ska kunna inkluderas i nationella uppföljningar. Myndigheten för vårdanalys skriver att flera lagar begränsar landstingens möjlighet att samla in och använda uppgifter som rör socioekonomiska förutsättningar samt hälsa.<sup>77</sup> Det finns till exempel begränsade möjligheter för vårdgivare att i uppföljningssyfte samköra sina system med socioekonomisk data från andra system. Detta kan dock göras om varje individs samtycke inhämtas (som vid insamling av data till nationella kvalitetsregister) eller genom ramen för olika forskningsprojekt.

## 2.3 RELEVANTA NATIONELLA EXEMPEL

I ovanstående avsnitt har indikatorer inom hälso- och sjukvård diskuterats följt av en teoretisk genomgång kring jämlikhetsdata och hur dessa kan användas till kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård. En fråga utifrån detta är om det redan idag finns exempel på kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvård med jämlikhetsdata? Trots att internationell forskningslitteratur om kvalitetsuppföljning inom hälso- och sjukvården inte alltid adresserar jämlikhetsaspekter,<sup>78</sup> finns det en rad svenska rapporter som integrerar frågor om jämlikhet och vård av vilka några presenteras nedan. När det gäller fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv finns en rad nationella exempel som har klara paralleller till denna utgångspunkt och även dessa beskrivs i korthet.

### 2.3.1 SVENSKA RAPPORTER OM JÄMLIKHET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

År 2011 släppte Socialstyrelsen rapporten *Ojämlika villkor för hälsa och vård: Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*.<sup>79</sup> Rapporten beaktar hur en jämlik vård kan tillgodoses för alla oavsett kön, ålder, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, födelseland, religiös tillhörighet samt sexuell läggning. I rapporten konstateras att de största skillnaderna är regionala eller geografiska men det finns också en rad skillnader mellan olika sociala grupper. När det kommer till skillnader mellan de som är födda i respektive utanför Sverige syns dessa i relation till undvikbar slutenvård, behov av psykiatriska insatser på grund av migrationsrelaterad stress, samt i läkemedelsförskrivning efter hjärtinfarkt. Resultat från nationella patientenkäter visar att de som svarade på enkäten på annat språk än svenska i lägre grad anger att de inte känner sig informerade, respekterade eller delaktiga än de som svarade på svenska. I rapporten konstateras vikten av att utveckla metoder som gör det möjligt att följa hälsa ur ett jämlikhetsperspektiv generellt, också för de grupper som ofta hamnar utanför löpande kvalitetsuppföljningar, exempelvis asylsökande eller papperslösa.

I rapporten *En mer Jämlik vård är möjlig* från 2014 gjorde Myndigheten för vårdanalys en fördjupad analys av de skillnader som uppmärksammades i Socialstyrelsens rapport.<sup>80</sup> De flesta ojämlikheter som presenterades i Socialstyrelsens rapport berodde på geografiska skillnader, följt av kön och födelseland. I rapporten konstateras att en modell behövs för att kunna urskilja de skillnader som faktiskt innebär ojämlik vård. Myndigheten menar att en ojämlik vård föreligger i de fall det går att identifiera omotiverade och väsentliga skillnader i vård, behandling och bemötande. En skillnad är omotiverad om den inte kan förklaras av skillnader i medicinska förutsättningar eller skillnader i vårdbehov. Graden av evidens och påverkan av patientens egna preferenser bidrar också till bedömningen om huruvida det kan anses vara en särskilt omotiverad skillnad eller inte. Huruvida

---

<sup>77</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2016.

<sup>78</sup> Cookson, Asaria, Ali, Shaw, Doran & Goldblatt, 2018.

<sup>79</sup> Socialstyrelsen, 2011.

<sup>80</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2014.

skillnaden är väsentlig eller inte bedöms utifrån skillnadens relativa storlek samt hur stora konsekvenserna är för utebliven behandling och graden av behandlingens effekt. I rapporten konstateras att en mer jämlik vård är möjlig och att en grundläggande insats för att komma dit är att mäta och följa upp ojämlig vård på ett systematiskt och överblickbart sätt samtidigt som information om prövade metoder också bör samlas in kontinuerligt.

Den modell som Myndigheten för vårdanalys presenterar blir viktig att ta med i Kunskapscentrum migration och hälsa fortsatta arbete med indikatorer. I de rapporter som presenteras ovan är dock den variabel som används födelseland. Som konstaterades ovan i delen om jämlikhetsdata har Sverige fått kritik från bland annat FN för att inte använda andra variabler som är mer direkt knutna till exempelvis diskrimineringsgrunderna. En annan kritik som har lyfts i relation till de registerstudier som görs i Sverige är att det ofta är den folkbokförda befolkningen som är med i urvalet. Det gör att personer som har sökt asyl eller lever i papperslöshet inte alltid är med i undersökningarna och det är en brist med ovan nämnda rapporter. Flera andra rapporter fokuserar dock specifikt på asylsökandes situation, och några av dessa presenteras nedan.

### 2.3.2 EXEMPEL SOM RÖR JÄMLIK VÅRD UR ETT MIGRATIONSPEKTRIV

För det vidare arbetet att utveckla indikatorer som mer specifikt rör just migration och hälsa finns det ytterligare nationella exempel som kan tjäna som inspiration för denna rapport. Dessa har fokuserat specifikt på asylsökandes situation. Ett exempel är *Asylsjukvårdsplattformen* som togs fram inom ramen för projektet Uppdrag psykisk hälsa som är en överenskommelse mellan SKL och regeringen med syfte att stärka och utveckla kommuners och landstings arbete för att minska psykisk ohälsa.<sup>81</sup> En del av detta projekt fokuserar särskilt på asylsökandes situation. Tanken med plattformen är att följa upp siffror nationellt och regionalt för ledning och planering. Plattformen är webbaserad och ger översikt över hälsoundersökningar, insatser för psykisk ohälsa samt övrig vård för asylsökande. Statistik hämtas parallellt från Migrationsverket och från landstingen och visar därmed både uppskattat kommande behov och genomföra insatser. Själva plattformen är integrerad i en befintlig plattform som alla landsting och regioner är anslutna till. Kunskapscentrum migration och hälsa tog under 2016 fram ett underlag för Region Skåne om huruvida regionen skulle gå med i plattformen eller inte.<sup>82</sup> Utifrån underlaget valde Region Skåne att inte gå med i plattformen.<sup>83</sup>

I maj 2017 släppte Västra Götaland en rapport om asylsökandes sjukvård- och tandvårdskonsumtion i regionen under åren 2011-2016.<sup>84</sup> I rapporten beskrivs vårdkonsumtionen för asylsökande i åldrarna 0-64 år i jämförelse med den övriga befolkningen. Rapporten visar vårdkonsumtion inom olika delar i hälso- och sjukvården (vårdform, primärvård, öppen specialistvård, akutmottagning samt slutenvård), diagnoser inom olika verksamhetsområden (psykisk ohälsa, förlossning, infektion, diabetes och kranskärslsjukdom, habilitering samt övriga diagnoser), kostnader för tolk och tandvårdskonsumtion för barn. En rad olika analyser har gjorts med fokus på geografiska skillnader samt könsskillnader. Rapporten visar att asylsökande i relation till övriga befolkningen erhåller mindre vård på en generell nivå samtidigt som mönstren för vårdkonsumtion skiljer sig åt. Resultaten tyder på en diskrepans mellan de faktiska vårdbehovet bland asylsökande och vårdkonsumtion inom en rad olika verksamheter. Detta är allvarligt eftersom det kan leda till större vårdbehov och mer kostsam vård på sikt. Potentiella barriärer för tillgång till hälso- och sjukvård som lyfts i rapporten och behöver adresseras är en begränsad lagstadgad rätt till vård, brist på adekvat information om vården samt brist på kvalificerade tolkar. Rapporten avslutas med en rad förslag som lyfter vikten av förbättrade insatser

<sup>81</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2018a.

<sup>82</sup> Region Skåne, 2016a.

<sup>83</sup> Det konstaterades att de data som skulle rapporteras till plattformen fanns tillgängliga i regionens system och skulle kunna tas fram för analys på regionnivå vid behov. Eftersom inte alla landsting/regioner anslöt sig var möjligheten för jämförelser dessutom begränsad. Det fanns också en del oklarheter som rörde juridiska frågor.

<sup>84</sup> Västra Götalandsregionen, 2017.

tidigt i vårdkedjan samt en diskussion om hur tolkningen av begreppet vård som inte kan anstå kan göras mer hälsofrämjande. En annan rekommendation är att se över hur tillförlitlig statistik kan tas fram och hur kvalitetsuppföljning kan göras när registreringen av asylsökande skiljer sig åt i olika system och gör att data för samma individ inte kan inhämtas.

Ytterligare en rapport med migrationsperspektiv på jämlik vård kommer ifrån Karolinska Institutet som på uppdrag av Socialstyrelsen har tagit fram en rapport om självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande asylsökande barn och unga i Sverige åren 2015 till och med 2017.<sup>85</sup> I rapporten konstateras att antal suicid bland asylsökande ensamkommande barn och unga är cirka nio till tio gånger högre än bland andra barn. Siffrorna visar på vikten av att arbeta med akut riktad prevention och fortsatt uppföljning av psykisk ohälsa i gruppen. Samtidigt som denna kartläggning visar på vikten att undersöka området konstateras också att statistiksammanställningen innebär stora metodologiska utmaningar. I rapporten diskuteras behovet av fortsatt uppföljning som omöjliggörs då olika nummer för samma individ används av olika myndigheter. I rapporten föreslås att en statlig utredning bör se över hur detta kan hanteras.

## 2.4 KVALITETSINDIKATORER OCH JÄMLIKHETSDATA: SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Syftet med detta kapitel är att förankra Kunskapscentrum migration och hälsas arbete med kvalitetsuppföljning och indikatorer i en internationell och nationell kontext. Detta för att belysa att arbetet med kvalitetsindikatorer i relation till jämlik vård också berör bredare diskussioner om kvalitetsuppföljning, kunskapsstyrning och jämlikhetsdata. Även om tillämpningen av kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvården är utbredd visar forskningslitteratur att frågor som rör indikatorers användbarhet fortfarande diskuteras internationellt. En central diskussion är hur indikatorerna ska användas - som detaljstyrning av verksamheter eller som verktyg för förbättringsarbete och lärande? Utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag bör indikatorer som utvecklas med fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv förstås i huvudsak som ett verktyg i ett långsiktigt organisatoriskt lärande och förbättringsarbete. Sammanfattningsvis kräver ett sådant förbättringsarbete både kvantitativa indikatorer med hög precision och andra både kvantitativa och kvalitativa indikatorer som kan vara bredare och mindre preciserade.

Socialstyrelsen har i många år arbetat med kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård både utifrån så kallade God vård-områden och mer diagnosspecifika områden. På senare tid har olika modeller för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård också diskuterats allt mer. Kunskapscentrum migration och hälsa ser arbetet med kvalitetsindikatorer som en grundläggande aspekt i såväl uppföljning av vården som i kunskapsstyrningen. Ett fokus på jämlik hälsa ur ett migrationsperspektiv är väl förenligt med hur Socialstyrelsen beskriver God vård-området jämlik hälsa. Detta område ska enligt Socialstyrelsen inte ha egna indikatorer utan vara införlivat i alla andra indikatorer. I enlighet med detta är en ideal situation inte att utveckla en rad nya indikatorer som rör migration och hälsa, utan snarare att befintliga indikatorer inom hälso- och sjukvården inkluderar ett migrationsperspektiv. Att uppnå en sådan ideal situation kräver ett arbete på lång sikt. I enlighet med modellerna för kunskapsstyrning vore ett mer pragmatiskt sätt att utveckla befintliga indikatorer samt nya indikatorer som utgår från vad som i forskning och utifrån beprövad erfarenhet identifieras som särskilt prioriterade områden.

Att ta fram statistik där ett migrationsperspektiv beaktas har klara paralleller till det som kallas jämlikhetsdata. Samtidigt är användningen av jämlikhetsdata begränsad i Sverige. DO konstaterar att den statistik som tas fram nationellt inte är tillräcklig för att belysa de grunder som finns i diskrimineringslagstiftningen. Den officiella statistik som beaktar någon form av migrationsrelaterad aspekt använder oftast variabeln födelseland. Det är också födelseland som flera svenska rapporter om

<sup>85</sup> Hagström, Hollander & Mittendorfer-Rutz, 2018.

jämlig hälso- och sjukvård utgår ifrån. Socialstyrelsen visar att skillnader i vård mellan svenskfödda och utlandsfödda är viktig att beakta eftersom sådana skillnader är tredje störst efter regionala/geografiska skillnader och kön. Utifrån detta kan konstateras att födelseland verkar relevant i uppföljningen av jämlig vård. Samtidigt är det angeläget att komma ihåg att variabeln födelseland är kritiserad både nationellt och internationellt. Det finns därför kommuner i Sverige som i sina egna undersökningar använder kategorier som är mer förenliga med utgångspunkterna för jämlikhetsdata.

De finns en rad nationella exempel på uppföljning och kartläggningar där utgångspunkten har varit specifika gruppers situation (till exempel asylsökande) snarare än födelseland. När det gäller Asylsjukvårdsplattformen så verkar dessa indikatorer kunna hjälpa till i ledning och planering av hälso- och sjukvården. Det är dock oklart om resultaten i plattformen kan belysa frågor om jämlig vård eller vara ett verktyg i ett långsiktigt förbättringsarbete. Kartläggningarna från såväl Västra Götaland som Karolinska Institutet använder mått som förefaller vara viktiga att använda i löpande kvalitetsuppföljning. De data som har tagits fram för rapporterna tycks dock inte vara en del i en kontinuerlig uppföljning utan enbart en del i en engångsrapport. I båda kartläggningar konstateras att uppföljning är centralt men svårt på grund av en rad metodologiska problem. Kunskapscentrum migration och hälsa kommer att behöva förhålla sig till dessa och liknande svårigheter i det fortsatta arbetet med att utveckla indikatorer. Avslutningsvis kan konstateras att ett fokus på jämlig vård ur ett migrationsperspektiv är ett sätt att uppmärksamma ökad jämlikhet och minskad diskriminering. Statistik kan dock tolkas på ett missvisande sätt eller användas med felaktiga syften, vilket behöver hanteras. Det finns också en rad juridiska aspekter som bör beaktas i all insamling av variabler som kan vara relevanta ur ett migrationsperspektiv.

## *Vilka möjligheter finns att inkludera ett migrationsperspektiv i befintlig uppföljning i Region Skåne?*

### **3. KVALITETSUPPFÖLJNING I REGION SKÅNE**

Hittills har indikatorer och kvalitetsuppföljning diskuterats ur ett teoretiskt perspektiv med förankring i såväl en internationell som svensk kontext. För Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag att verka för ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård är det särskilt intressant att undersöka hur indikatorer i hälso- och sjukvård kan kopplas ihop med jämlikhetsdata vilket också diskuteras i föregående kapitel. Nu är frågan vilka kvalitetsuppföljningar som redan används i Region Skåne och huruvida dessa går att knyta till ett migrationsperspektiv. Avsikten med detta kapitel är att förankra arbetet med indikatorer ur ett migrationsperspektiv i en regional kontext. Nedan beskrivs kortfattat de befintliga system för kvalitetsuppföljning som finns i Region Skåne samt de administrativa system inom och utanför regionens verksamhet där relevant information eller data kan hämtas. Utöver det presenteras också några exempel på hur andra kunskapscentrum arbetar med kvalitetsuppföljningar.

#### **3.1 KVALITETSINDIKATORER, NATIONELLA REGISTER OCH REGIONALA UNDERSÖKNINGAR**

Region Skåne har en rad utarbetade system för kvalitetsuppföljning, bland annat ett gediget indikatorbibliotek. Regionen ingår också i nationella system och samarbeten som nationella kvalitetsregister, nationella programområden samt undersökningar som till exempel Nationella patientenkäten. Uppföljning av regionens verksamhet beskrivs utförligare i Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård<sup>86</sup> samt på Vårdgivare Skåne<sup>87</sup> under ”uppföljning” men presenteras i korthet nedan. I de fall det är möjligt att göra analyser utifrån ett migrationsperspektiv förtydligas detta.

##### **3.1.1 INDIKATORBIBLIOTEKET**

Region Skåne har ett indikatorbibliotek som fungerar som en bruttoförteckning över de kvalitetsindikatorer som är aktuella för uppföljning på en regional nivå när det gäller uppdrag, ackrediteringsvillkor och avtal utifrån hälso- och sjukvårdsnämndens samlade uppdrag och budget.

Sedan 2016 är Indikatorbiblioteket en digital applikation. De flesta indikatorer följer Socialstyrelsens rekommendationer.<sup>88</sup> En del indikatorer har med bakgrundsvariabler som kön och ålder, men långt ifrån alla. Det finns i dagsläget få indikatorer inom God vård-området jämlik vård.

*Kontaktpersoner i Region Skåne: Åsa Berling och Ingela Fröjd*

##### **3.1.2 JÄMLIK VÅRD SOM FOKUS I TVÅ BEFINTLIGA INDIKATORER**

Under 2017 genomfördes ett pilotprojekt där målet var att ta fram en indikator som kan användas löpande för att upptäcka omotiverade skillnader i vården.<sup>89</sup> Projektet syftade till att synliggöra hur

---

<sup>86</sup> Region Skåne, 2018c.

<sup>87</sup> Se [vardgivare.skane.se](http://vardgivare.skane.se) under ”uppföljning”.

<sup>88</sup> Socialstyrelsen, 2018b.

<sup>89</sup> Region Skåne, 2017b.

resultat i vården kan variera om analysen bryts upp på flera olika befolkningsgrupper. Fokus var att vidareutveckla en befintlig indikator som kan ha vikt för patienterna men samtidigt vara relevant utifrån perspektivet om medicinskt omotiverade skillnader. Indikatorn som valdes rör en suicid-preventiv insats, att efter ett slutenvårdstillfälle i psykiatri få en kallelse till ett öppenvårdsbesök åtta dagar efter vårdtillfället. Variationen i indikatorns resultat visade sig vara låg i relation till de testade bakgrundsvariablerna. Däremot gick det att se att det fanns en hög variation avseende vem som faktiskt kom på sitt återbesök. Ett problem i projektet var att det inte gick att erhålla data från privata vårdgivare på samma sätt som data från offentliga vårdgivare. Arbetsgruppen för projektet beslutade därför att avsluta projektet då datauttagen inte var tillförlitliga.

Just nu drivs ett nytt projekt i relation till Hälsovalet. Variabeln är hämtad från det nationella registret Primärvårdskvalitet och är ”andel patienter med kronisk sjukdom som har fått hembesök eller varit på återbesök inom samma diagnosgrupp hos läkare eller sjuksköterska de senaste 18 månaderna”. Resultatet bearbetas för närvarande.

*Kontaktperson i Region Skåne: Johan Öberg*

### 3.1.3 NATIONELLA KVALITETSREGISTER, HÄLSODATAREGISTER OCH NATIONELLA PROGRAMOMRÅDEN

Ett Nationellt kvalitetsregister innehåller uppgifter om tillstånd och problem, behandlingar och åtgärder samt utfall och resultat på individnivå inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Registren är tänkta att användas för forskning, förbättring, lärande, ledning och styrning av hälso- och sjukvården med målet att skapa bästa möjliga hälsa och vård för den enskilda individen.<sup>90</sup> År 2017 fanns 96 nationella kvalitetsregister och 12 registerkandidater.<sup>91</sup> Dessa finansieras med stöd från staten och det landsting eller region som är huvudman för registret och granskas av den Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister. Hur registren är uppbyggda, hur data samlas in samt vilka bakgrundsvariabler som finns med är olika mellan register men flera innehåller uppgifter om födelseland.

Förutom kvalitetsregister finns också nationella dödsorsaksregistret samt flera hälsodataregister. För dessa ansvarar Socialstyrelsen och i dem finns möjlighet att analysera variabler som rör hälsa och sociala förhållanden.

Sedan 2018 finns ett nytt nationellt system för kunskapsstyrning.<sup>92</sup> Södra sjukvårdsregionen, där Region Skåne ingår, har värdskap för programområdena ”nervsystemets sjukdomar”, ”njur- och urinvägssjukdomar”, ”tandvård” och ”primärvård”. Som stöd för alla programområden finns en rad samverkansgrupper som till exempel Kvalitetsregister, Uppföljning och analys, Metod för kunskapsstöd och Patientsäkerhet. Hela kunskapsstyrningen har som mål att åstadkomma en mer jämlik och resurseffektiv vård. I en beskrivning av systemet nämns jämlik vård i relation till det arbete som samverkansgruppen för Metoder för kunskapsstöd har ansvar för.

*Kontaktperson i Region Skåne: Sven Oredsson*

### 3.1.4 KVALITETSPORTALEN QLIKVIEW

Kvalitetsportalen i Region Skåne innehåller ett antal Qlikview applikationer som samlar data från olika källor, till exempel resultat från en rad kvalitetsindikatorer i Region Skåne (se Indikatorbiblioteket). Data plockas från olika system inom hälso- och sjukvården samt tandvården vilket gör att data om exempelvis vårdtillfällen, diagnos, aktivitet och åtgärd kan följas. I en del

<sup>90</sup> Nationella Kvalitetsregister, 2018.

<sup>91</sup> Nationella Kvalitetsregister, 2018.

<sup>92</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2018c.

applikationer är bakgrundvariabler som kön och ålder möjliga att ta med i analysen. Folkbokföringsstatus går också att analysera, vilket gör att data på asylsökande och papperslösa går att identifiera. Tolkanvändning går i vissa fall att analysera.

*Kontaktperson i Region Skåne: Åsa Berling och Ingela Fröjd*

### 3.1.5 VÅRDEN I SIFFROR OCH VÄNTETIDER I VÅRDEN

Vården i siffror (vardenisiffror.se) samlar nationella och regionala resultat från kvalitetsindikatorer och andra mått inom hälso- och sjukvården och kan användas som verktyg för ledning, styrning och planering av vården. Det är samfinansierat av landsting och regioner samt SKL. Vården i siffror visar resultat från specifika behandlingsinsatser, väntetider och vårdutnyttjande. Siffrorna hämtas bland annat från befolkningsregistret, patientregistret och flera nationella kvalitetsregister. En del resultat är tänkta att presenteras uppdelat på bakgrundsvariabler såsom till exempel kön eller ålder. Det är inte möjligt att se statistik utifrån personers födelseland.

*Kontaktperson i Region Skåne: Åsa Berling*

Väntetider i vården (vantetider.se) är liksom vården i siffror en portal som samlar resultat om tillgänglighet för vården i relation till vårdgarantin. Landsting och regioner rapporterar in data enligt anvisningar från SKL. Statistiken i portalen kan presenteras på regionnivå. Viss statistik presenteras utifrån bakgrundsvariabeln kön, men andra patientvariabler rapporteras inte enligt SKL:s anvisningar.

Plattformen är dock också grunden för Asylsjukvårdsplattformen.<sup>93</sup> Data relevant för asylsökande är således tillgängligt via Väntetider i vården för de landsting och regioner som är anslutna till Asylsjukvårdsplattformen, vilket Region Skåne inte är.

*Kontaktperson i Region Skåne: Marie Nilsson*

### 3.1.6 NATIONELL PATIENTENKÄT

Nationell patientenkät (patientenkät.se) utgörs av flera återkommande undersökningar av den patientupplevda kvaliteten inom hälso- och sjukvård.<sup>94</sup> Dessa görs nationellt sedan 2009 och samordnas av SKL. Alla landsting och regioner i Sverige deltar. Specifika landsting kan också beställa extraundersökningar vid behov. De patienter som får enkäten har nyligen varit i kontakt med vården och tillfrågas om sina upplevelser av det senaste besöket. Frågor ställs inom sju dimensioner: Helhetsintryck, Emotionellt stöd, Delaktighet och involvering, Respekt och bemötande, Kontinuitet och koordinering, Information och kunskap samt Tillgänglighet. Huvudsyftet med patientenkäten är att ge ett underlag för verksamhetsutveckling på lokal nivå. Undersökningarnas resultat beskrivs som en viktig källa för att förbättra vården och tanken är att resultaten ska fungera som underlag för jämförelser mellan vårdenheter och som ett redskap för styrning.

Analysen av resultaten kan presenteras med hänsyn till ålder och kön. I enkäten får deltagaren också ange bakgrundsfaktorer som högsta avslutade utbildning samt huvudsaklig sysselsättning. Inga bakgrundsfrågor om födelseland ställs. Enkäten finns dock tillgänglig på sju andra språk på nätet (engelska, arabiska, farsi, finska, franska, spanska och somaliska). Region Skåne har tillgång till data från enkätundersökningen. Enligt kontaktpersonen i Region Skåne är det dock bara en handfull personer som svarar på enkäten på andra språk, vilket omöjliggör en vidare analys med fokus på jämlik vård.

*Kontaktperson i Region Skåne: Alexander Dozet*

---

<sup>93</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2018a.

<sup>94</sup> Nationell patientenkät, 2018.



### 3.1.7 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBAROMETERN

Hälso- och sjukvårdsbarometern (tidigare Vårdbarometern) är sedan 2016 en nationell undersökning som samordnas av SKL och fokuserar på invånares uppfattningar om hälso- och sjukvården, både på en lokal och en nationell nivå.<sup>95</sup> Undersökningen ska fånga de attityder, förväntningar och erfarenheter som nuvarande och framtida patienter och närstående har i relation till hälso- och sjukvård. Den riktar sig till alla folkbokförda personer som är 18 år eller äldre och samlas in via en digital webenkät samt via telefonintervjuer som riktar till ett slumpmässigt urval i respektive landsting eller region. Undersökningen ska fungera som underlag för förbättringsarbete inom planering, ledning och styrning av hälso- och sjukvård och anses därför komplettera Nationell patientenkät. Barometern ska också fungera som underlag för en demokratisk dialog med befolkningen.

I undersökningen ingår bakgrundsinformation som kön, ålder, utbildning samt födelse-land. Enkäten finns också på åtta olika språk (arabiska, persiska, somaliska, engelska, samiska, spanska, franska och finska). Frågor som ställs rör tillgång till hälso- och sjukvård, förtroende, väntetider, vård på lika villkor samt om personen har besökt hälso- och sjukvården. Att undersökningen inkluderar variabeln födelse-land gör att analyserna till viss del kan inkludera ett migrationsperspektiv. Resultaten kan jämföras mellan grupperna: Personer som är födda i Sverige, personer som är födda i Norden, personer som är födda i Europa och personer som är födda utanför Europa. Region Skåne har tillgång till data och kan göra vidare analyser.

Relaterat till hälso- och sjukvårdsbarometern finns också Skånepanelen och Skåneenkäten. Dessa samlar inte in information om personers födelse-land, men enligt kontaktpersonen i Region Skåne förs samtal om vilka bakgrundsvariabler som ska samlas in i framtiden.

*Kontaktperson i Region Skåne: Tamas Krizsan*

### 3.1.8 FOLKHÄLSORAPPORTER

Folkhälsorapporter är ett betydelsefullt underlag i relation till kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård eftersom de ger en bild av den hälsostatus och de vårdbehov som finns i den generella befolkningen. Folkhälsodata kan därför användas både som underlag i planering av vård och i tolkning av resultat från hälso- och sjukvårdens kvalitetsindikatorer. Den senaste folkhälsoundersökningen i Region Skåne gjordes 2012.<sup>96</sup> Det finns för närvarande inte något politiskt beslut att genomföra nya undersökningar. De folkhälsodata Region Skåne ändå har till sitt förfogande är resultat från den Nationella folkhälsoundersökningen som genomförs av Folkhälsomyndigheten.<sup>97</sup> I detta urval tillfrågas 4000 personer från Skåne att delta. Det gör att det finns folkhälsodata för Regionen på generell nivå men resultat kan inte brytas ned på mer detaljerad nivå för att till exempel göra jämförelser avseende kön och kommun. När det gäller folkhälsodata med ett tydligt migrationsperspektiv så ingår Region Skåne i projektet MILSA.<sup>98</sup> Projektet fokuserar på att kartlägga nyanländas hälsa genom flera enkätundersökningar. I den undersökning som snart startar kommer en kontrollgrupp med skåningar som inte är nyanlända inkluderas för att kunna göra tydliga jämförelser i aspekter som rör hälsa.

*Kontaktperson i Region Skåne: Anna Bjärenlöv*

---

<sup>95</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2018b.

<sup>96</sup> Fridh, Modén, Lindström, Grahn & Rosvall, 2013.

<sup>97</sup> Folkhälsomyndigheten, 2018.

<sup>98</sup> Länsstyrelsen Skåne, 2018.

## 3.2 RELEVANTA ADMINISTRATIVA SYSTEM OCH STATISTIK FRÅN TREDJE PART

Den regionala uppföljningen som beskrivs ovan är beroende av de administrativa system som används inom Region Skåne. De system som används och vilken data systemen innehåller sätter också ramar för hur jämlik vård kan följas upp ur ett migrationsperspektiv. I nedanstående avsnitt beskrivs de system som används i regionen och de möjligheter och hinder att göra uppföljningar ur ett migrationsperspektiv som existerar. Nedan presenteras också statistik från tredje part som är relevant att följa för Kunskapscentrum migration och hälsa.

### 3.2.1 PASIS (PATIENTADMINISTRATIVT STÖD I SKÅNE)

Patientadministrativt stöd i Skåne (PASiS) innehåller ett antal funktioner som hjälper verksamheternas patientadministrativa hantering.<sup>99</sup> Information i PASiS visar var vården sker, vem patienten är, när vården sker, vårdkontaktuppgifter, klassificering av diagnoser och koder för klassifikation av vårdåtgärd (KVÅ) samt faktureringsavgifter. Uppgifter i PASiS används för produktionsuppföljning och debitering av vården både på patientnivå och på strategisk nivå. Uppgifterna i PASiS är antingen hämtade från externa register, som till exempel folkbokföringsadresser, uppgifter från journalsystem eller så är de inmatade manuellt. När det gäller patientinformation i PASiS finns två saker som kan vara aktuella för uppföljning ur ett migrationsperspektiv, nämligen medborgarskap och huvudman. Det sistnämnda beskriver vem som är betalningsansvarig för vården.<sup>100</sup> Asylsökande registreras till exempel under huvudman 95 i PASiS, vilket innebär att Migrationsverket är huvudman för individen och därmed ekonomiskt ansvarig.<sup>101</sup> Statistik från PASiS kan på så sätt delas upp utifrån registrerad huvudman.

Ett intressant område för uppföljning ur ett migrationsperspektiv är tolkbehov och detta registreras på olika sätt. Om det är registrerat med KVÅ-kod ZV020 så syns detta i PASiS, men ibland görs registrering i journalsystemen eller andra administrativa system (exempelvis VåPs). Det gör att det tekniskt är svårt att få ut tillförlitliga data om patienter med tolkbehov. Förmodligen behöver ett utdrag ur PASiS kompletteras med andra utdrag ur system från olika verksamheter. Tillförlitligheten i data kan också vara påverkad då rutiner för registrering av tolkbehov kan variera mellan enheter och verksamhetsområden. Liknande problem kan också finnas i registrering av huvudman. En person kan till exempel vara folkbokförd efter en viss tid som asylsökande men sedan bli papperslös när ett tillfälligt uppehållstillstånd går ut. Personen ligger dock kvar i folkbokföringssystemet från Skatteverket som folkbokförd om inte personen själv har meddelat Skatteverket att den inte längre har ett giltigt uppehållstillstånd i Sverige.<sup>102</sup>

För att vidare utveckla uppföljning från PASiS ur ett migrationsperspektiv behöver jurister inom regionen konsulteras. Ett nytt system för Sammanhållen Digital Vårdmiljö (SDV) håller också på att utvecklas inom Region Skåne.<sup>103</sup> Det nya systemet kommer förmodligen att ändra hur kvalitetsuppföljningen sker i Region Skåne. Ett fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv är därför viktigt att beakta i det fortsatta arbetet med SDV.

*Kontaktperson i Region Skåne: GSF Vårdservice*

---

<sup>99</sup> Region Skåne, 2016c.

<sup>100</sup> Region Skåne, 2015b.

<sup>101</sup> Från hälso- och sjukvårdens perspektiv innebär detta att ersättning för viss vård kan återsökas från Migrationsverket. Se Migrationsverket, 2018a; 2018b.

<sup>102</sup> Se Skatteverket, 2018.

<sup>103</sup> Region Skåne, 2018b.

### 3.2.2 VERA ASYL

Vera Asyl är ett system som ska underlätta administrationen kring att kalla asylsökande till hälsoundersökningar och tandvårdskontroller.<sup>104</sup> Data hämtas från Migrationsverket och genomförda hälsoundersökningar sparas, vilket gör att dubbla kallelser undviks. Vera Asyl har som huvudsaklig målgrupp hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, som vårdcentraler och barnhälsovård. Systemet har funktioner för statistikuttag, vilket gör att viss data kan följas upp på strategisk nivå. Information om det antal personer som väntar på, respektive har genomgått, hälsoundersökning går därför att få fram i systemet.

*Kontaktperson i Region Skåne: Robin S Svensson*

### 3.2.3 MIGRATIONSVERKET

För att planera och utvärdera hälso- och sjukvård kan det vara aktuellt att sätta resultat från hälso- och sjukvård i relation till Migrationsverkets egen statistik. Det kan handla om att se antal asylsökande eller följa siffror om återsökning av pengar för den vård som Migrationsverket ska ersätta. Mycket av den statistik som Migrationsverket har finns tillgänglig på myndighetens hemsida. Utöver generell statistik är MELKER den e-tjänst som Migrationsverket tillhandahåller för att informera landsting om adressuppgifter till asylsökande. Annan potentiellt relevant information presenteras av Lifos som är ett expertorgan som samlar in och analyserar kunskap om de länder som människor som har sökt till sig till Sverige kommer ifrån.

### 3.2.4 TOLKFÖRMEDLINGAR

Region Skåne har idag avtal med tre leverantörer av tolktjänster där Språkservice ska väljas som första alternativ, Semantix som andra och Transvoice som tredje. Upphandlingen som gäller för närvarande kan komma att förlängas, dock som längst till år 2020. Eftersom tolk är ett viktigt verktyg för att ge en personcentrerad och jämlik hälso- och sjukvård till personer som talar ett annat språk än svenska, kan statistik och avvikelserapportering om användningen vara centralt i kvalitetsuppföljningen. I det nuvarande avtalet med Språkservice ingår viss uppföljning av tolkanvändningen. Den statistik som Region Skåne får från tolkförmedlingen är antal tolkuppdrag, antal tolkuppdrag per språk samt antal uppdrag som sker genom kontakttolk respektive telefontolk. Denna statistik är dock övergripande för hela Region Skåne vilket gör att jämförelser mellan förvaltningar eller verksamheter inte är möjlig. Utöver detta granskas också avvikelserapporteringar för tolkinsatser.

*Kontaktperson i Region Skåne: Anna-Lena Nessvi*

### 3.2.5 RÖDA KORSETS BEHANDLINGSCENTER

Region Skåne och Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade har för närvarande en överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap (IOP).<sup>105</sup> Röda Korsets behandlingscenter har enligt överenskommelsen som uppgift att ge god hälso- och sjukvård till ”krigsskadade och torterade flyktingar, minska lidandet i sviterna av krig och tortyr samt att främja möjligheterna för patienten och dennes familj att uppnå ett så normalt liv som möjligt”.<sup>106</sup> Målgruppen är personer som lider av posttraumatisk stress på grund av krigs-, tortyr- och/eller migrationsrelaterade trauman och innefattar personer som är på flykt, är asylsökande eller papperslösa. Patienter kan både söka med egenremiss och remitteras av annan vårdgivare. När det gäller utvärdering och uppföljning informerar Region Skåne och Röda Korsets behandlingscenter varandra två gånger per år på de möten som Region Skåne kallar till. Röda Korset ger också ut både en regional och nationell verksamhetsberättelse. Den statistik

---

<sup>104</sup> Region Skåne, 2017c.

<sup>105</sup> Region Skåne, 2017d.

<sup>106</sup> Region Skåne, 2017d, s. 5.

som presenteras i dessa rapporter är relevant underlag för Region Skånes kvalitetsuppföljning om jämlik vård i relation till den målgrupp som Röda Korsets behandlingscentrum vänder sig till.

*Kontaktperson på Röda Korset: Anette Carnemalm*

### 3.4 EXEMPEL FRÅN ANDRA KUNSKAPSCENTRUM I REGION SKÅNE

Förutom den regionalt övergripande kvalitetsuppföljningen finns flera kunskapscentrum inom Region Skåne som producerar årliga rapporter. Nedan beskrivs tre olika rapporter som kan fungera som exempel för hur Kunskapscentrum migration och hälsa kan arbeta vidare med indikatorer och kvalitetsuppföljning.

#### 3.4.1 KUNSKAPSCENTRUM BARNHÄLSOVÅRD

Uppdraget för Kunskapscentrum barnhälsovård är att stödja och utveckla barnhälsovården för barn 0-5 år, bland annat med fortbildningsinsatser för medarbetare på barnvårdscentralerna i Skåne. Enheten har även uppdrag för särskilt utsatta barn 0-18 år (barn som far illa, barn som anhöriga och barn i samhällsvård). Det övergripande målet är att verka för en god och jämlik hälsa för alla barn i Skåne. Ett centralt uppdrag för Kunskapscentrum barnhälsovård är att mäta och utvärdera barnhälsovårdens arbete för att kunna utveckla densamma. Sedan 2010 tar Kunskapscentrum barnhälsovård fram en årsrapport som i huvudsak bygger på de kvalitetsindikatorer som är framtagna nationellt för barnhälsovården.<sup>107</sup> Kunskapscentrum barnhälsovård administrerar själva insamlingen genom att samla in data från alla barnvårdscentraler (BVC) i Region Skåne via ett digitalt formulär vid årets slut. Data rapporteras på gruppnivå, alltså antal personer/barn/företeelser per BVC i relation till respektive indikator. Det går således inte att följa enskilda individer.

Kunskapscentrum barnhälsovård gör också analyserna där huvudfokus är att identifiera möjliga ojämlikheter i hälsa och hälsovård. I analyserna används därför flera olika mått för att jämföra olika grupper. Geografisk spridning, Care Need Index (CNI), kön och övriga faktorer som antal barn per sjukskötersketjänst. Kunskapscentrum barnhälsovård har möjlighet att se utveckling över tid. I den mån data finns tillgängligt kan också en del indikatorer jämföras med nationella resultat. När det gäller migrationsrelaterade aspekter ingår dessa indirekt i CNI. I årsrapporten för 2016 inkluderades också frågor om hur många barn som levde i papperslöshet och hur många som hade ett reservnummer. Det konstateras i rapporten från 2016 att de uppgifter som finns när det gäller denna grupp av barn inte är tillräckliga för att säga något om huruvida de får den hälsovård de har rätt till.

#### 3.4.2 KUNSKAPSCENTRUM KVINNOHÄLSA

Kunskapscentrum kvinnohälsa har som uppdrag att ge kunskapsstöd och fortbildning till medarbetare på barnmorskemottagningarna i frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa, folkhälsofrågor inom mödrahälsovården (MHV), sexuellt överförbara sjukdomar, antikonception och prevention av livmoderhalscancer. Enheten tog under 2016 fram en nulägesanalys som var den första i sitt slag att samla redovisa regionala data för Skåne och även en årsrapport 2017.<sup>108</sup> Under år 2018 analyserar Kunskapscentrum kvinnohälsa regionala data från det nationella kvalitetsregistret Graviditetsregistret.<sup>109</sup> Registret samlar och behandlar uppgifter genom graviditeten till ett par månader efter förlossning genom inhämtande av uppgifter från de standardiserade elektroniska patientjournaler som varje landsting har. Alla gravida ingår i registret, såvida de inte aktivt ber om att inte inkluderas. Eftersom data hämtas ur journalerna kan resultat på olika indikatorer kopplas till den

<sup>107</sup> Kunskapscentrum barnhälsovård, 2018a.

<sup>108</sup> Kunskapscentrum kvinnohälsa, 2017.

<sup>109</sup> Kunskapscentrum kvinnohälsa, 2018.

unika individen. En bakgrundvariabel som ingår i registret är självrapporterat födelseland som barnmorskan fyller i manuellt i samband med besöket. Eftersom födelseland ingår som bakgrundvariabel kan ett migrationsperspektiv inkluderas i alla analyser. Arbetet med Graviditetsregistret rapporteras i detalj i Kunskapscentrum kvinnohälsas årsrapport.

### 3.4.3 KUNSKAPSCENTRUM LEVNADSVANOR OCH SJUKDOMSPREVENTION

Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention arbetar sedan hösten 2016 med frågor som rör matvanor, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. Fokus är att verka för att ohälsosamma levnadsvanor uppmärksammas och förbättras som en del av all hälso- och sjukvård i Region Skåne. Den första rapport som Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention har gett ut baseras på resultaten från en webbaserad enkät som skickades till samtliga vårdcentraler inom Hälsoval i Region Skåne.<sup>110</sup> Enkäten inkluderar frågor som hur vårdcentralen arbetar med levnadsvanor, deras kännedom om Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention samt vilka behov av stöd och kunskap om levnadsvanor som finns bland vårdcentralerna. En del frågor hade fasta svarsalternativ medan andra svar skrevs i fri text. Även om frågorna inte är direkt kopplade till indikatorer ger svaren i undersökningen en fingervisning om hur vårdprogram om levnadsvanor efterlevs samt vilka insatser som Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention bör prioritera.

## 3.5 KVALITETSUPPFÖLJNING I REGION SKÅNE: SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Avsikten med detta kapitel är att förankra Kunskapscentrum migration och hälsas arbete med att utforska indikatorer i ett migrationsperspektiv i en regional kontext genom att kartlägga de befintliga system som finns för kvalitetsuppföljning i regionen. I denna del beskrivs också en del av Region Skånes administrativa system och externa källor som relevant migrationsrelaterad data kan hämtas ifrån. Sammanfattningsvis konkluderas att det finns ett gediget arbete med kvalitetsuppföljning i Region Skåne i form av ett eget indikatorbibliotek, en rad kvalitetsapplikationer och genom att regionen deltar i flera nationella system och undersökningar. Socialstyrelsens intention att God vårdområdet jämlik vård ska ingå i all typ av uppföljning verkar dock inte helt ha realiserats i de befintliga system som finns idag. För att bättre integrera ett fokus på jämlik vård i de befintliga indikatorer som redan används genomförs just nu pilotprojekt i regionen vilket ger en god grund att vidareutveckla uppföljningen av jämlik vård även ur ett migrationsperspektiv.

Det finns också en del externa system och källor som kan användas i kvalitetsuppföljningen av jämlik vård. Problemet med dessa är att det inte alltid finns mål som siffrorna kan jämföras mot. Till exempel behöver siffrorna från Röda Korsets behandlingscenters verksamhetsberättelser läsas i relation till andra data för att följa upp frågor om jämlik vård. För att illustrera behöver exempelvis antal remisser sättas i relation till data från Region Skåne eller andra källor som kan synliggöra om remisserna är i proportion till patienternas behov av behandlingscentrets insatser. För att utveckla indikatorer behöver sådana frågor diskuteras vidare.

Det kan också konstateras att det finns en rad problem med att dra ut migrationsrelaterad data ur Region Skånes egna register. I det administrativa systemet PASiS finns till exempel inte alltid korrekta uppgifter om tolkbehov, vilket är ett område som skulle kunna vara relevant att följa upp ur ett migrationsperspektiv. För fortsatt uppföljning på tolkområdet är därför Region Skåne beroende av en mer detaljerad statistik från tolkförmedlingarna än vad som är avtalat idag. Vidare uppföljningar om tolk kan därför kräva att ytterligare statistik beställs från tolkförmedlingarna och/eller olika verksamheter som inte rapporterar tolk genom KVÅ-koden till PASiS.

<sup>110</sup> Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention, 2017.

I presentationen av PASiS framkommer att det är begränsade migrationsrelaterade data (medborgarskap och huvudman) som kan hämtas ur systemet. Det finns också en hel del både juridiska och administrativa problem med att hämta relevanta personuppgifter samt problem med tillförlitligheten i de data som kan plockas ur PASiS. En väg att förbättra tillförlitligheten är att samköra uppgifter från vården med andra register från till exempel Skatteverket eller Migrationsverket. Juridiskt sett verkar dock detta endast vara möjligt inom ramen för ett forskningsprojekt där en forskningsetisk granskning genomförs.<sup>111</sup> Detta kan vara aktuellt om Region Skåne vill göra en genomgående analys av uppgifter men kan inte vara en modell för löpande kvalitetsuppföljning. Oavsett vilka uppgifter som väljs ut ur PASiS bör regionens jurister vara konsulterade innan vidare arbete med indikatorer genomförs, särskilt som Dataskyddsförordningen (GDPR) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer från och med den 25 maj 2018.<sup>112</sup> Vad detta innebär för arbetet med indikatorer ur ett migrationsperspektiv har inte varit möjligt att utreda inom ramen för denna rapport men i det fortsatta arbetet måste hänsyn tas till införandet av GDPR.

Slutligen så presenteras hur tre andra kunskapscentrum i Region Skåne arbetar med årsrapporter. Dessa ger idéer om hur Kunskapscentrum migration och hälsa kan arbeta vidare med indikatorer och kvalitetsuppföljning ur ett migrationsperspektiv. I enlighet med hur Kunskapscentrum för kvinnohälsas årsrapport 2018 skulle Kunskapscentrum migration och hälsa kunna använda befintliga nationella kvalitetsregister för att göra regionala analyser ur ett migrationsperspektiv på ett eller flera prioriterade områden. Ett sådant angreppssätt kräver dock att migrationsrelaterade data samlas in i registret. Ett annat sätt är att som Kunskapscentrum barnhälsovård utveckla egna indikatorer eller vidareutveckla befintliga indikatorer i indikatorbiblioteket för löpande uppföljning. Ett sådant projekt skulle kunna göras i samarbete med de pilotprojekt om jämlik vård som har påbörjats i regionen. Ett tredje sätt för kvalitetsuppföljning kan inspireras av Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomspreventions enkät till medarbetare. Istället för att ta fram data som fokuserar på patienter, kan en sådan undersökning inkludera indikatorer som fångar medarbetares tankar, erfarenheter och goda exempel på att arbeta för en jämlik och personcentrerad vård ur ett migrationsperspektiv.

---

<sup>111</sup> Stockholms Läns Landsting, 2017.

<sup>112</sup> Datainspektionen, 2018.

## *Hur kan vi identifiera när vården inte när ut eller får ojämlika resultat?*

### **4. FÖRSLAG PÅ OMRÅDEN FÖR KVALITETSUPPFÖLJNING**

Syftet med detta kapitel är att presentera ett första förslag på prioriterade områden för kvalitetsarbete med indikatorer i ett migrationsperspektiv. Utöver det diskuteras möjliga indikatorer som är relevanta i arbetet med att följa upp jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. För att utarbeta områdena har i huvudsak en kunskapsbaserad systematisk strategi använts.<sup>113</sup> En stor del av det material som ligger till grund för dessa områden beskrivs i den omvärldsanalys som Kunskapscentrum migration och hälsa publicerade 2017.<sup>114</sup> Materialet har bearbetas utifrån syftet i denna rapport för att påbörja arbetet med att formulera indikatorer med ett migrationsperspektiv. I denna process beaktas också synpunkter från kliniska verksamheter som Kunskapscentrum migration och hälsa har tagit del av under de senaste två åren.

Som framkommer i litteraturen om kvalitetsindikatorer finns stora utmaningar med att utveckla indikatorer. De områden som föreslås nedan är grundade i forskningslitteratur och nationella rapporter. Indikatorerna som presenteras under varje område är initiala förslag. Dessa behöver förankras i organisationen och bearbetas vidare. Det är till exempel i dagsläget inte helt klart vilka data som är möjliga att ta fram ur Region Skånes eller andra system eller om det finns referensmaterial som ger siffrorna mening. Referensmaterial behövs för att kunna tolka och skapa mening kring indikatorer.<sup>115</sup> Ytterligare en aspekt handlar om att ha rutiner för att organisatoriskt hantera om indikatorer visar att det finns omotiverade skillnader i hälso- och sjukvård. Likaså är det viktigt att ha strategier för hur goda exempel utifrån indikatorer kan spridas och bidra till organisatoriskt lärande. I denna process behöver hänsyn tas till att indikatorer inte alltid har avsedd effekt.<sup>116</sup> Det måste därför finnas utrymme att förändra och förbättra indikatorerna.

Slutligen bör utvalda indikatorer vidareutvecklas utifrån den forskning och de nationella riktlinjer som finns.<sup>117</sup> Eftersom utveckling av indikatorer när det gäller specifikt jämlik vård ur ett migrationsperspektiv inte har gjorts i någon större omfattning nationellt, kommer ett arbete med att ta fram indikatorer inte bara vara ett pilotprojekt i Region Skåne utan även i Sverige. Eftersom det finns få nationella exempel att lära av, bör den fortsatta utvecklingen av indikatorerna ingå i en större plan där processer för lärande av både framgångar och misstag dokumenteras.

Vilka områden är möjliga för Kunskapscentrum migration och hälsa att arbeta vidare med gällande kvalitetsindikatorer ur ett migrationsperspektiv? Nedan presenteras tio områden som utifrån forskningslitteratur, nationella rapporter samt erfarenheter från Region Skåne tycks vara prioriterade att följa när det gäller jämlik vård ur ett patientperspektiv. Under respektive rubrik presenteras en

---

<sup>113</sup> Freeman, 2002.

<sup>114</sup> Kunskapscentrum migration och hälsa, 2017.

<sup>115</sup> Freeman, 2002.

<sup>116</sup> Freeman, 2002.

<sup>117</sup> Socialstyrelsen, 2017a.

sammanfattning av den kunskapsbas som ligger till grund för området. Här ges också exempel på specifika indikatorer som kan utvecklas. I de fall data existerar, så ges exempel på några resultat som skulle gå att få ut eller kunna vidareutvecklas med hjälp av dessa indikatorer.

## 4.1 VÅRDKONSUMTION

Vårdkonsumtion kan skilja mellan olika grupper. Ur ett migrationsperspektiv är det också relevant att belysa att olika lagar påverkar rätten till hälso- och sjukvård. Exempelvis skiljer sig denna rätt åt beroende på en individs status i migrationsprocessen. Rätten till hälso- och sjukvård skiljer sig således åt beroende på om en individ har uppehållstillstånd, är asylsökande eller papperslös. Alla som befinner sig i Sverige, oavsett nationalitet eller vistelsestatus, har rätt till omedelbar vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Därutöver har vuxna asylsökande och papperslösa rätt till vård som inte kan anstå enligt lag (SFS 2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. respektive lag (SFS 2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Barn som är asylsökande eller papperslösa har rätt till fullständig tillgång till hälso- och sjukvård kostnadsfritt. Alla asylsökande ska erbjudas en hälsoundersökning som innefattar ett hälsosamtal samt undersökning och provtagning vid behov. Detta är ett första sätt att fånga upp eventuella hälsobehov hos asylsökande. Hälsoundersökningar är frivilliga och ska erbjudas av respektive landsting. Region Skåne har liksom andra landsting infört ett nytt system för hälsoundersökningar, Vera Asyl, som ska underlätta registrering av hälsoundersökningar framöver. Även anhöriginvandrare och kvotflyktingar ska erbjudas hälsoundersökningar.

Mönster för vårdkonsumtion varierar mellan migranter och den övriga befolkningen, till viss del underutnyttjas hälso- och sjukvård generellt av migranter.<sup>118</sup> Särskilt förebyggande insatser såsom screening används i lägre grad av migranter.<sup>119</sup> När det gäller asylsökande specifikt är vårdkonsumtionen allmänt lägre än hos den övriga befolkningen, förutom gällande läkarbesök i primärvården då konsumtionen är likställd. Vad gäller vårddagar inom barn- och ungdomspsykiatri har asylsökande barn en något högre konsumtion jämfört med den övriga befolkningen.<sup>120</sup> Generellt sett syns en minskning i antal insatser per asylsökande inom psykiatri.<sup>121</sup> Enligt en rapport från Västra Götalandsregionen står asylsökande för 1 % av den totala vårdkonsumtionen.<sup>122</sup> Det ska tilläggas att asylsökande har begränsningar i tillgången till hälso- och sjukvård. När det gäller papperslösa används hälso- och sjukvård i ännu lägre grad och den vård som ges är ofta otillräcklig i relation till vårdbehovet.<sup>123</sup> Samtidigt rapporteras framför allt den psykiska ohälsan vara hög i både gruppen asylsökande och gruppen papperslösa.<sup>124</sup>

Vårdkonsumtion är av vikt att följa för att se om det finns skillnader mellan olika grupper eller verksamheter. Vidare är det relevant att titta på vårdinsatser i förhållande till vårdbehov. Att följa vårdkonsumtion kan därmed ge en antydning om jämlik eller ojämlik vårdtillgång för olika migrantgrupper.

---

<sup>118</sup> Graetz, Rechel, Groot, Norredam & Pavlova, 2017.

<sup>119</sup> Graetz, Rechel, Groot, Norredam & Pavlova, 2017; Azerkan, Sparin, Sandin, et al, 2012.

<sup>120</sup> Socialstyrelsen, 2016b.

<sup>121</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2017a.

<sup>122</sup> Västra Götalandsregionen, 2017.

<sup>123</sup> Winters, Rechel, de Jong et al., 2018.

<sup>124</sup> Socialstyrelsen, 2015.



### 4.1.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Flera av dessa indikatorer är förslag som är hämtade ur kartläggningen som Västra Götaland har gjort.<sup>125</sup> Utöver dessa föreslås ytterligare indikatorer som kan ge en bild av jämlik vårdkonsumtion ur ett migrationsperspektiv.

- Hälsoundersökningar (antal väntande/antal utförda)
- Besök (antal per vårdpersonal i respektive verksamhet uppdelat på folkbokföringsstatus och ålder/kön)
- Vård dagar (antal dagar i respektive verksamhet uppdelat på folkbokföringsstatus och ålder/kön)
- Sjukvårdande behandlingar
- Avslutade behandlingar inklusive specialist
- Uteblivanden
- Antal intyg
- Triagering av asylsökande

### 4.1.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Relevanta datakällor är statistik ur Vera Asyl och PASiS.

### 4.1.3 EXEMPEL PÅ DATA

Statistik för hälsoundersökningar tas regelbundet fram av GSF Patientservice men då med fokus på de kostnader som kan återsökas från Migrationsverket. En lokal rapport framtagen av GSF Patientservice i februari 2018 visar till exempel att det är fler vuxna papperslösa som har sökt vård under januari 2018 än under januari 2017. Sådana data skulle kunna analyseras vidare, dels för att se om detta är en konsekvens av att antal personer i papperslöshet ökar generellt, och dels på verksamhetsnivå och i relation till folkbokförda för att undersöka frågor om jämlik vård.

## 4.2 PATIENTPERSPEKTIV

Enligt Patientlagen (SFS 2014: 821) ska patientens ställning i hälso- och sjukvården vara tydlig och vården ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Att arbeta personcentrerat betyder bland annat att patienten möts med respekt för individuella behov, preferenser och värderingar. Det innebär att vården utifrån varje specifik individs förutsättningar ger information som gör det möjligt för personen att fatta välgrundade beslut om sin egen hälsa och vård, skapar förutsättningar att göra patienten aktiv i mötet med vården, ger patienten stöd och verktyg att själv följa och hantera sin sjukdom samt koordinerar den vård som patienten behöver.<sup>126</sup> För att kontinuerligt utvärdera att Patientlagen efterlevs görs en rad nationella undersökningar i Sverige. Även internationellt betonas vikten av utvärdering för att säkerställa att vården är personcentrerad.<sup>127</sup> De mått som används är dels undersökningar av patientupplevd kvalitet av specifika vårdtillfällen och dels undersökningar som ser över den generella befolkningens förtroende för, inställning till och tillgång till hälso- och sjukvård.

Tyvärr visar en rad rapporter att den svenska hälso- och sjukvården inte är patientcentrerad på ett tillfredsställande sätt.<sup>128</sup> När det gäller upplevelser av vården ur ett migrationsperspektiv finns också behov för förbättringar. I resultaten från de nationella patientenkäterna i primärvården respektive sjukhusvården år 2011 lyfter Socialstyrelsen särskilt fram att de som besvarade enkäterna på andra

<sup>125</sup> Västra Götalandsregionen, 2017

<sup>126</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2012.

<sup>127</sup> Anhang Price, Elliott, Zaslavsky, Hays, Lehrman, Rybowski et al., 2014.

<sup>128</sup> Myndigheten för vårdanalys, 2012.

språk än svenska i lägre grad anger att de är informerade, respekterade eller delaktiga i sin vård i jämförelse med dem som svarade på svenska.<sup>129</sup> I den så kallade MILSA-rapporten om nyanländas hälsa fick deltagarna frågor om vilket förtroende de har för samhällsinstitutioner. Bland flera samhällsinstitutioner utmärker sig siffrorna för hälso- och sjukvården där andelen som inte har särskilt stort förtroende eller inget förtroende utgör totalt 59,1 %.

Forskning visar att en god patientupplevelse av vården har kopplingar till patientens följsamhet till hälso- och sjukvårdande behandling och prevention, bättre patientsäkerhet och en lägre grad av vårdsökande.<sup>130</sup> Sammantaget visar detta att uppföljning av patienternas perspektiv angeläget. Detta gäller särskilt i relation till grupper där resultat på patientupplevd kvalitet eller förtroende på aggregerad nivå är lägre än för andra grupper.

#### 4.2.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Förslagen bygger på befintliga indikatorer som redan används nationellt i Sverige:

- Patientupplevd kvalitet
- Förtroende för hälso- och sjukvården
- Upplevd tillgång till hälso- och sjukvården

#### 4.2.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Patientupplevd kvalitet respektive förtroende för och tillgång till vården mäts redan regelbundet inom Region Skåne genom Nationell patientenkät samt Hälso- och sjukvårdsbarometern. Det är dock bara den senare undersökningen som inkluderar en fråga om födelseland. Data om förtroende för vården och tillgång till vården kan således analyseras ur ett migrationsperspektiv, medan uppgifter om patientupplevd kvalitet saknas. I ett långsiktigt perspektiv skulle ett inkluderande av bakgrundsvariabeln födelseland även i Nationell patientenkät kunna vara av stort värde för att säkerställa en jämlik vård.

#### 4.2.3 EXEMPEL PÅ DATA

Resultaten från den nationella hälso- och sjukvårdsbarometern från 2016 visar att 85 % av de personer som är födda i Sverige eller övriga Norden upplever att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver i jämförelse med 79 % av de som är födda i övriga Europa och övriga världen.<sup>131</sup> När det gäller förtroende för vården verkar födelseland ha marginell betydelse för utfallet. Personer födda utanför Norden verkar dock ha något lägre förtroende för såväl sjukhus som vårdcentraler i jämförelse med de som är födda i Sverige eller övriga Norden. Personer födda i Sverige eller övriga Norden verkar också i högre grad instämma med att väntetiderna inom vården är rimliga, jämfört med de som är födda utanför Norden. Andelen personer som håller med om att vården ges på lika villkor är dock högre för dem som är födda utanför Norden än för de som är födda i Sverige eller övriga Norden. Dessa rådata skulle kunna analyseras vidare regionalt för att bättre förstå skillnaderna. Kompletterande undersökningar skulle också kunna förklara vad skillnaderna beror på.

### 4.3 TOLKANVÄNDNING OCH SPRÅKKOMPETENS

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) fastställs skyldigheten att ge patienten information om hälsotillstånd och behandling som är anpassat till dennes förutsättningar, till exempel med hänsyn till språklig bakgrund. Den sammantagna tolkningen av de lagar som styr hälso- och sjukvården är att

---

<sup>129</sup> Socialstyrelsen, 2011.

<sup>130</sup> Anhang Price, Elliott, Zaslavsky, Hays, Lehrman, Rybowski et al., 2014.

<sup>131</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2017b.

lagstiftningen stödjer användande av tolk i de fall då vårdpersonalen och patienten talar olika språk.<sup>132</sup> Både internationell forskning och nationella rapporter visar dock att det finns tolkrelaterade aspekter som behöver förbättras inom hälso- och sjukvården. Det är brist på auktoriserade tolkar med specialisering inom hälso- och sjukvård i Sverige.<sup>133</sup> Socialstyrelsens kartläggning från 2016 visar att samtliga aktörer berörda av språkförmedling påverkas av denna brist.<sup>134</sup> Flera pekar på behov av att skapa bättre strukturer för att använda tolkresurserna på bästa sätt samt att utveckla tekniska lösningar för att kvalitetssäkra möjligheten för distanstolkning. Flera landsting har arbetat fram strukturer för att tillvarata språkkompetens hos personal i hälso- och sjukvården. Det finns även regioner och landsting som skapat egna tolkutbildningar, i vissa fall i samverkan med befintliga tolkutbildningar och lärosäten.<sup>135</sup>

Det finns även dokumenterade brister i användandet av tolk. Internationell forskning visar att tolk inte används i den utsträckning som befolkningen har behov av.<sup>136</sup> Även om en bidragande orsak till detta kan vara brist på tillgängliga tolkar, behöver andra faktorer beaktas såsom personalens inställning till tolk och kunskap om hur man beställer och arbetar med tolk. Ytterligare en aspekt handlar om vikten av att göra avvikelserapportering när tolktjänsten av någon anledning inte fungerar.<sup>137</sup> Statistik från Region Skåne visar att 174 000 tolktjänster beställdes år 2015 och att avvikelserapportering skedde på mindre än 1 % av dessa. Socialstyrelsen pekar på att den administrativa belastningen på personalen ökar då tolk behövs i samband med en patientkontakt.

För att samtala via tolk på ett kvalitets- och patientsäkert sätt krävs även kunskap kring hur trepartssamtal fungerar och vilka konsekvenser det kan få för kommunikationen.<sup>138</sup> Det krävs även kunskap kring hälso- och sjukvårdens ansvar att använda tolk då det finns ett behov av det.<sup>139</sup> En möjlig indikator att titta på är därför personalens inställning till att använda tolk i patientmötet.<sup>140</sup> Att säkerställa att tolk används då behov föreligger är även relevant utifrån kostnadseffektivitet.<sup>141</sup> Indikatorer som kan tydliggöra patientens behov av tolk är därmed centralt ur flera aspekter. Behovet bör dock bedömas både ur ett patient- och personalperspektiv. Kompletterande självskattade indikatorer bör därför inhämtas.<sup>142</sup> Ytterligare en aspekt som bör beaktas när det kommer till tolkanvändning och språkkompetens är patienternas upplevelser. Forskning visar att förtroende för tolkar och upplevelser av tolkade samtal är högst vid samtal som sker av auktoriserad tolk med kunskap om hälso- och sjukvård.<sup>143</sup> Den visar också att patienten i de flesta kontakter med vården föredrar att tolken finns fysiskt på plats. Utifrån hälso- och sjukvårdslagen och skyldigheten att ge patienten information utifrån individens förutsättningar för att ta till sig denna är även översättning av material en relevant aspekt för att främja jämlik hälsa.<sup>144</sup>

#### 4.3.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Dessa förslag på indikatorer bygger på statistik som tidigare har tagits fram inom regionen och som utifrån ovanstående kan vara av värde i uppföljning av tolkanvändning:

---

<sup>132</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>133</sup> Kammarkollegiet 2017.

<sup>134</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>135</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>136</sup> Yu-Ting & Phillips, 2009; Garrett, Dickson & Whelan, 2008.

<sup>137</sup> Flores, 2005.

<sup>138</sup> Fioretos, Gustafsson & Norström, 2014.

<sup>139</sup> Fioretos, 2009.

<sup>140</sup> Bischoff & Hudelson, 2010.

<sup>141</sup> Bischoff & Denhaerynck, 2010.

<sup>142</sup> Fatahi, Hellström, Skott & Mattsson, 2008.

<sup>143</sup> Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm, 2009.

<sup>144</sup> Mårtensson & Hensing, 2012; Easton, Entwistle & Williams (2013).

- Beställda tolksamtal, språk och tiden för samtalen (jämförelser mellan verksamheter och huvudmän)
- Vilken kompetens tolken har haft (ex. auktoriserad, hälso- och sjukvårdsspecialiserad)
- Avvikelse- och rapporteringar
- Medarbetares inställning till tolk
- Patienters förtroende för tolk
- Patienters upplevelse av tolkade samtal
- Översättningar
- Tolkkostnader

#### 4.3.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Relevanta datakällor är:

- Statistik från tolkförmedlingar som rapporteras till Koncerninköp/Ekonomi
- Statistik från tolkförmedlingar utöver det som rapporteras per avtal
- Enkäter till medarbetare
- Enkäter till patienter (frågor om tolk ingår inte i Nationell patientenkät)
- Statistik över översatt material

#### 4.3.3 EXEMPEL PÅ DATA

Den statistik som tolkförmedlingarna skickar till Region Skåne enligt avtal är i huvudsak på organisationsövergripande plan där huvudfokus är på kostnader. Statistik från 2017 visar att av 211447 tolkuppsdrag var det en sjukvårdstolk som utförde 6193 tolkningar, auktoriserad tolk som gjorde 18850 tolkningar och 78952 tillfällen tolkades av en grundutbildad tolk. Hälften av tillfällena genomfördes därför av ”övrig tolk”. Dessa data tillsammans med att 7202 tolktillfällen avvikelse- och rapporteras som ”ingen tolk att tillsätta” antyder att bristen på auktoriserade sjukvårdstolkare också är märkbar i Region Skåne.

### 4.4 PSYKISK HÄLSA

Psykisk hälsa är ett uppmärksammat och relevant kunskapsområde i relation till migration. All typ av migration påverkar människor psykiskt, och påtvingad migration så som flykt från krig är särskilt kopplat till psykisk ohälsa. I både internationell och svensk forskning uppmärksammas den relativt höga förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (eng. *post traumatic stress disorder*) bland flyktingar, då exponeringen för traumatiska upplevelser är stor i samband med påtvingad migration.<sup>145</sup> Nya undersökningar i Sverige har visat att den psykiska ohälsan i form av PTSD, depression och ångest är utbredd bland nyanlända och asylsökande.<sup>146</sup> Som en konsekvens av detta har den svenska regeringen avsatt medel och ålagt SKL att inom ramen för projektet *Uppdrag Psykisk Hälsa* särskilt arbeta med att sprida och utveckla kunskap för att förebygga och behandla psykisk ohälsa bland nyanlända och asylsökande.<sup>147</sup> Det saknas till stor del specifika undersökningar som kartlägger vårdbehovet och vårdtillgången avseende psykisk ohälsa hos migranter i Sverige. De fåtal studier som finns har visat att flyktingar, till skillnad från migranter som inte har flytt och övrig befolkning i Sverige, löper högre risk för att diagnosticeras med en psykossjukdom.<sup>148</sup> Vidare visar forskning att trots stor förekomst av psykisk ohälsa nyttjar flyktingar och nyanlända färre vårdinsatser än personer

<sup>145</sup> Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Kirmayer et al., 2011.

<sup>146</sup> Socialstyrelsen, 2015; Röda Korset, 2016.

<sup>147</sup> Sveriges Kommuner och Landsting, 2016b.

<sup>148</sup> Hollander, Dal, Lewis, Magnusson, Kirkbride & Dalman, 2016.

födda i landet.<sup>149</sup> Svensk forskning visar också på skillnader i användandet av psykofarmaka där nyanlända har en låg användning de första åren efter att ha erhållit permanent uppehållstillstånd, jämfört med den svenskfödda befolkningen. Detta kan tyda på en ojämlik vård men förhållandet tenderar att förbättras något över tid i det nya landet.<sup>150</sup> En annan ny rapport visar att asylsökande ensamkommande unga löper ca tio gånger så hög risk för suicid jämfört med jämnåriga i den svenska befolkningen. Troliga orsaker är omfattande psykisk ohälsa i kombination med bristande tillgång till adekvat vård.<sup>151</sup> Detta är i linje med tidigare fynd som har visat att asylsökande i Sverige som gjort suicidförsök inte blir remitterade till specialistvård lika ofta som inrikes födda.<sup>152</sup>

Inom Region Skåne har det hittills inte gjorts några specifika undersökningar av migranternas behov och tillgång till vård relaterat till psykisk ohälsa. Ett undantag är Divisions Psykiatri undersökning under 2016 över vårdens möjlighet att erbjuda vård till nyanlända och asylsökande. I den konstateras att samtliga vårdnivåer behöver mer kunskap om att möta de behov som nyanlända och asylsökande har.<sup>153</sup> Sammanfattningsvis visar forskning att människor som flytt löper högre risk för psykisk ohälsa, särskilt i kombination med andra utsatthetsfaktorer. Att undersöka behoven och tillgången till rätt vård är en viktig del för att säkerställa att jämlik vård för olika migrantgrupper med psykisk ohälsa.

#### 4.4.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Det finns inga framtagna indikatorer för att löpande undersöka om migranter erhåller jämlik vård för psykisk ohälsa i Region Skåne. Följande är förslag på indikatorer som skulle kunna utvecklas:

- Diagnoser i psykiatri i jämförelse med resten av befolkningen
- Remisser till Röda Korset angående traumarelaterade tillstånd
- Typ av behandlingsåtgärd
- Läkemedelskonsumtion för psykisk ohälsa och uppföljning hos unga
- Uppföljning av åtgärds-koder på första, andra och tredje besöket
- Väntetider för PTSD-behandling
- Suicid

#### 4.4.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

De datakällor som kan tillämpas för att få fram kvantitativa data är exempelvis Röda Korsets behandlingscentrums statistik för remitterade till behandling för krigsrelaterade trauman. Statistik från PASiS kan också användas för att belysa antal besök inom olika vårdnivåer.

#### 4.4.3 EXEMPEL PÅ DATA

Division Psykiatri i Region Skåne har studerat antalet registrerade asylsökande patienter under 2015 och 2016, de åren som många människor flydde till Sverige.<sup>154</sup> Under dessa två år var det 869 nyregistrerade asylsökande som sökte vård inom barn-, ungdom- och vuxenpsykiatri. Av dessa var 80 % barn och ungdomar. Att endast 178 vuxna asylsökande nyregistrerades inom vuxenpsykiatri kan tyda på att vuxenpsykiatrisk vård är otillgänglig för nyanlända asylsökande vuxna.

### 4.5 SOMATISK HÄLSA

Hälso- och sjukvårdens uppgift att arbeta för en god hälsa och vård på lika villkor framkommer i både patientlagen (2014: 821) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I Strategi för jämlik vård 2016-

<sup>149</sup> Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008.

<sup>150</sup> Brendler-Lindqvist, Norredam & Hjern, 2014.

<sup>151</sup> Hagström, Hollander & Mittendorfer-Rutz, 2018.

<sup>152</sup> Sundvall, Tidemalm, Titelman, Runeson & Baarnhielm, 2015.

<sup>153</sup> Division Psykiatri, Region Skåne, 2016.

<sup>154</sup> Division Psykiatri, Region Skåne, 2016.

2018 betonar Region Skåne ytterligare vikten av en jämlik vård. God patientsäkerhet förutsätter dessutom en jämlik vård utan medicinskt omotiverade skillnader. Forskning visar att migration påverkar hälsan både före, under och efter flykt. Hälsostatus och vårdbehov varierar, vilket i sin tur påverkar behovet av insatser från hälso- och sjukvård.<sup>155</sup> Att befinna sig på flykt kan innebära en ökad risk för överföring av sjukdomar, då många personer periodvis befinner sig i trånga miljöer med bristande hygienförhållanden. Förekomsten av överförbara sjukdomar bland flyktingar vid ankomst till Sverige påverkas av närvaron av sjukdomen i ursprungslandet, samt risker människor utsätts för under flykten till Sverige.<sup>156</sup>

Det svenska samhällets systematiska försök att identifiera, behandla och förebygga eventuell ohälsa hos asylsökande, är att erbjuda alla asylsökande en hälsoundersökning. Hälsoundersökningen erbjuds dels för att uppmärksamma eventuella behov av smittskyddsåtgärder. Tuberkulos är en av de sjukdomar som screenas hos asylsökande och då främst personer från högriskområden.<sup>157</sup> Antalet fall som rapporterats i Sverige har ökat med 22 % under 2015 jämfört med 2014. Sedan flera år är det yngre och medelålders personer som dominerat bland de nya fallen. Sannolikt är detta en effekt av det stora antalet migranter i dessa åldersgrupper som invandrat de senaste två åren.<sup>158</sup>

Det finns en koppling mellan migration, levnadsvanor och sjukdomsförekomst. Forskning visar på samband mellan bostadsområde och förekomst av diabetes, där migranter som bor i socioekonomiska utsatta områden i Sverige har en ökad risk att utveckla diabetes typ 2.<sup>159</sup> MEDIM-studien visar att migranter från Irak har dubbelt så hög förekomst av diabetes jämfört med svenskfödda, främst i de äldre åldersgrupperna. Högre ärftlighet, större förekomst av fetma, högt intag av socker samt fysisk inaktivitet ses som anledningen till denna skillnad.<sup>160</sup> Alla dessa studier pekar på vikten att anta ett migrationsperspektiv i den somatiska vården för att kunna erbjuda en jämlik vård.

Ett område inom den somatiska vården där Region Skåne har kommit långt i arbetet ur ett migrationsperspektiv är i relation till demens. Kunskapscentrum demenssjukdomar verkar för att skapa förutsättningar för god demensvård för alla oavsett bakgrund. Ett centralt uppdrag är att förbättra demensvården för personer födda utomlands eftersom forskning visar att personer med migrationsbakgrund inte söker vård för minnesproblematik i lika stor utsträckning som svenskfödda.<sup>161</sup> Kunskapscentrum demenssjukdomar arbetar även med utveckling av diagnostiska metoder med migrationsperspektiv där målet är att uppnå en mer jämlik vård. De driver även ett projekt, en vidareutveckling av e-hälsan, för att skapa en säker och effektiv informationshantering för att i längden stimulera och överskrida traditionella gränser inom och utanför den regionala demensvården. Målet är att möjliggöra en säker och effektiv informationshantering genom att IT-tjänster standardiseras och görs tillgängliga för forskning och utveckling för att i förlängningen bidra till en mer jämlik demensvård.<sup>162</sup>

Sammanfattningsvis visar forskningen att det finns en rad aspekt kopplat till somatisk hälsa som kan vara viktigt att följa upp ur ett migrationsperspektiv. Det sätt som Kunskapscentrum demens arbetar med jämlik vård skulle kunna appliceras inom andra delar av den somatiska vården.

---

<sup>155</sup> Socialstyrelsen, 2015; 2016.

<sup>156</sup> Folkhälsomyndigheten, 2015.

<sup>157</sup> Särskilt Afghanistan, Eritrea, Etiopien och Somalia.

<sup>158</sup> Smittskydd Skåne, 2017.

<sup>159</sup> White., Hamad, Li, Basu, Ohlsson, Sundquist, & Sundquist, 2016.

<sup>160</sup> Bennet, Lindblad & Franks, 2015.

<sup>161</sup> Mukadam, Cooper och Livingston, 2011.

<sup>162</sup> Region Skåne, 2017a.

#### 4.5.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Flera av dessa indikatorområden är inspirerade av kartläggningen som Västra Götaland har gjort.<sup>163</sup> Andra är förslag som baserar sig på forskning som beskrivs ovan, samt i Kunskapscentrum migration och hälsas omvärldsanalys.<sup>164</sup> Mer specifika indikatorer för respektive område ingår redan i det befintliga indikatorbiblioteket. Ett nästa steg kan vara att granska hur dessa områden kan belysas ur ett migrationsperspektiv:

- Diagnoser i somatisk vård i jämförelse med övrig befolkning
- Typ av behandlingsåtgärd
- Levnadsvanor (stress, kost, inaktivitet, tobak, alkohol)
- Demens
- Smärta
- Fetma och övervikt
- Diabetes typ 2
- Hjärt-kärl
- Tuberkulos
- HIV
- Psykosocial levnadsmiljö

#### 4.5.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Möjliga datakällor är data från de indikatorer som finns i indikatorbiblioteket, statistik ur PASiS och regionala analyser från nationella kvalitetsregister.

#### 4.5.3 EXEMPEL PÅ DATA

Migrationsskolan som ligger under Kunskapscentrum demens i Region Skåne använde det nationella kvalitetsregistret för demens för att undersöka den nationella demensvården ur ett migrationsperspektiv.<sup>165</sup> I undersökningen framkom bland annat att de som var födda utomlands i lägre grad hade fått anti-demens läkemedel men i högre grad anti-psykos läkemedel i jämförelse med inrikes födda patienter. Sådana skillnader kan tyda på en ojämlig vård och bör analyseras och följas upp.

### 4.6 TORTYR

Tortyr är ett brott mot mänskliga rättigheter och innebär att en eller flera personer på eget beväg eller på order från någon auktoritet med syftet att få information, ett erkännande eller av någon annan anledning medvetet och systematiskt tillfogar en individ fysisk eller psykisk smärta.<sup>166</sup> Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling (CAT) trädde i kraft i Sverige 1987. Konventionen förbjuder varje form av tortyr, oavsett omständigheter och fastställer principen om non-refoulement, vilken utgör ett förbud mot att återsända människor till länder där de riskeras utsättas för tortyr och/eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling.<sup>167</sup> Dokumentation av tortyrskador är avgörande för att den som har blivit utsatt ska få upprättelse och som ett erkännande av tortyr som brott mot mänskliga rättigheter. Sådan dokumentation kan även utgöra underlag i en asylansökan. Om en asylsökande person inkommer med ett läkarintyg som fastslår att personens skador kan ha uppkommit genom tortyr inträder Migrationsverkets utredningsansvar. I och med det ska Migrationsverket hänvisa den asylsökande till att genomgå en tortyrskadeutredning enligt det så

<sup>163</sup> Västra Götalandsregionen, 2017.

<sup>164</sup> Kunskapscentrum migration och hälsa, 2017.

<sup>165</sup> Kunskapscentrum demens, Migrationsskolan, 2017.

<sup>166</sup> The World Medical Association i Möller, Petrini, Gustavsson, 2017.

<sup>167</sup> Regeringskansliet, 1986.

kallade Istanbulprotokollet, en manual för att göra en medicinsk, psykologisk och juridisk utredning och dokumentation av tortyr. Detta genomförs av en specialist inom tortyrskador och bekostas av staten. Det är inte alltid en tortyrskadeutredning är relevant att genomföra, som del av asylärendet. Exempel på när det inte är aktuellt är ärenden då Migrationsverket bedömt att den asylsökandes berättelse om tortyr är trovärdig eller i ärenden då tortyr har förekommit, men det finns andra grunder som utgör skyddsbehov.<sup>168</sup>

Tortyr kan vara fysisk, sexuell eller psykologisk och vanligen används en kombination av dessa former. Oavsett form, leder tortyr till allvarliga fysiska och psykiska skador. Personer som har utsatts för tortyr söker ofta vård för utbredda kroppsliga smärtor, sömnrubbingar och/eller kognitiva problem.<sup>169</sup> Risken för allvarlig psykisk ohälsa eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är särskilt hög för den som utsatts för tortyr.<sup>170</sup> Vad gäller prevalens konstateras i en litteraturöversikt att den kan variera mellan 1 % och 76 %.<sup>171</sup> Enligt en rapport om situationen i Sverige uppger drygt 30 % av nyanlända syrier och 87 % av asylsökande från Eritrea och Somalia att de har upplevt tortyr.<sup>172</sup> Andra rapporter tyder på att gränshinder som inskränker möjligheten att söka asyl och den ökande tendensen att fängsla personer på flykt leder till en ökad risk för tortyr.<sup>173</sup> Kvinnor och flickor på flykt riskerar i högre grad att utsättas för våldtäkt och andra former av sexuellt våld, vilket utgör en form av tortyr i de fall där handlingarna på ett eller annat sätt sanktioneras av offentliga tjänstemän.<sup>174</sup> Många barn på flykt, särskilt ensamkommande, utsätts för traumatiserande händelser både innan och under flykten, som i sig kan utgöra tortyr. Trots detta är forskningen om barns utsatthet för tortyr bristfällig.<sup>175</sup>

För att personer, oavsett kön och ålder, som har utsatts för tortyr ska få adekvat stöd och sina rättigheter tillgodosedda, är det angeläget att hälso- och sjukvården har goda kunskaper i att tidigt identifiera och dokumentera misstänkta tortyrskador. Det gör tortyr till ett viktigt område att följa upp inom hälso- och sjukvård.

#### 4.6.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Indikatorerna nedan är förslag som skulle synliggöra centrala aspekter när det gäller tortyr:

- Antal utredningar enligt Istanbulprotokollet
- Antal remisser på grund av tortyr
- Personalens kunskap och beredskap att inom hälso- och sjukvården fråga om tortyr och dokumentera misstänkta tortyrskador
- Personalens kunskap och beredskap inom tandvården fråga om tortyr och dokumentera misstänkta tortyrskador
- Personalens kunskap och beredskap inom mödrahälsovården fråga om tortyr och dokumentera misstänkta tortyrskador

#### 4.6.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Aktuella datakällor är Röda Korsets behandlingscentrums statistik. Denna statistik bör dock sättas i relation till data om remisser och intyg från Region Skånes system för att få en mer meningsfull tolkning av data. Ytterligare data skulle kunna hämtas från enkäter riktade till identifierade verksamheter och personal.

---

<sup>168</sup> Migrationsverket, 2012.

<sup>169</sup> Toivanen & Toivanen, 2014.

<sup>170</sup> Schubert & Punamäki, 2015.

<sup>171</sup> Diskuterats i Tinghög, Arwidson, Sigvardsdotter, Malm & Saboonchi, 2016.

<sup>172</sup> Röda Korset, 2016.

<sup>173</sup> UN Human Rights Council, 2017.

<sup>174</sup> UN Human Rights Council, 2016.

<sup>175</sup> UN Voluntary Fund for Victims of Torture, 2016.



## 4.7 KVINNOHÄLSA

Riktlinjer för arbetet med mödrahälsovård finns bland annat i skriften *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* som ges ut av Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) tillsammans med andra professionsförbund.<sup>176</sup> Socialstyrelsen har också publicerat ett kunskapsstöd för mödrahälsovården.<sup>177</sup> I dokumentet hänvisas till exempelvis de lagar och författningar samt forskrifter och allmänna råd som reglerar mödrahälsovården ur ett migrationsperspektiv.<sup>178</sup> När det gäller sexuell och reproduktiv hälsa visar forskning på vikten av att anta ett migrationsperspektiv för att kunna erbjuda en jämlik vård. Till exempel visar statistik från Sverige att risken att dö i samband med en förlossning är högre om mamman är utlandsfödd.<sup>179</sup> Barn födda i Sverige av asylsökande kvinnor har också en signifikant ökad risk att födas för tidigt och att avlida i samband med födseln.<sup>180</sup> Prevalensen av förlossningsrädsla är också mer än dubbelt så hög hos utlandsfödda kvinnor i jämförelse med kvinnor födda i Sverige, i kombination med att utlandsfödda har svårare att få stöd och hjälp.<sup>181</sup> Svensk forskning visar också att gravida med annat modersmål än svenska löper ökad risk för att drabbas av ångest och depression under sin graviditet.<sup>182</sup>

Andra områden inom sexuell och reproduktiv hälsa där skillnader föreligger mellan utlandsfödda och svenskfödda kvinnor gäller till exempel livmoderhalscancerscreening. Forskning visar att utrikesfödda deltar i cervixcancerscreening i lägre grad än svenskfödda.<sup>183</sup> Ett annat område relaterat till kvinnohälsa är kvinnlig omskärelse och könsstympning som sällan uppmärksammas i hälso- och sjukvården.<sup>184</sup>

Sammantaget visar denna statistik att det är viktigt att följa upp eventuella skillnader i kvinnohälsa och mödrahälsovård för att säkra att en jämlik hälso- och sjukvård erbjuds ur ett migrationsperspektiv. Orsakerna till potentiella skillnaderna i vården behöver också utredas vidare. Forskning tyder på att kommunikationsbrister, i form av underutnyttjande av tolk samt brist på översatt och adekvat information i hälso- och sjukvården bidrar till den ojämlik hälsa.<sup>185</sup> Rutiner för frågor om till exempel omskärelse/könsstympning behöver också upparbetas. Mycket av detta arbete görs redan på Kunskapscentrum för kvinnohälsa inom Region Skåne.

### 4.7.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Inom Region Skåne samlas kontinuerligt data om de som är gravida från första besöket inom mödrahälsovården till några månader efter förlossningen genom det så kallade Graviditetsregistret.<sup>186</sup> Eftersom födelseland är med bland bakgrundsvariablerna kan alla analyser göras utifrån ett migrationsperspektiv. Graviditetsregistret innehåller ett antal specifika indikatorer under områden som åtgärder inom primärvård och slutna vård, självrapporterat hälsoutfall, socioekonomi och riskfaktorer samt uppföljningsdata. En nackdel med Graviditetsregistret är att åtgärder när det gäller till exempel

---

<sup>176</sup> De övriga är intressegruppen för Mödrahälsovård inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Samordningsbarnmorskor inom Svenska barnmorskeförbundet i samarbete med Psykologer för mödrahälsovård och barnhälsovård, 2016.

<sup>177</sup> Socialstyrelsen, 2014a.

<sup>178</sup> Till exempel *Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd* (2013:407) samt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.*

<sup>179</sup> Esscher, Binder-Finnema, Bødker, Högberg, Mulic-Lutvica & Essén, 2014.

<sup>180</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>181</sup> Svenska Barnmorskeförbundet, 2016; Ternström, Hildingsson, Haines & Rubertsson, 2015.

<sup>182</sup> Rubertsson, Hellström, Cross & Sydsjö, 2014; Rubertsson, Wickberg, Gustavsson & Rådestad, 2005.

<sup>183</sup> Azerkan, Sparen, Sandin, Tillgren, Faxelid & Zendeudel, 2012.

<sup>184</sup> Socialstyrelsen, 2015b.

<sup>185</sup> Olsson & Lau, 2012.

<sup>186</sup> Socialstyrelsen, 2018a.

psykisk ohälsa inte följs under tid. För att få en bättre bild av hur långa kontakter olika patienter erbjuds behövs kompletterande data samlas in via administrativa system och/eller enkätstudier.

#### 4.7.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Graviditetsregistret och annan statistik från PASiS och/eller enkäter till verksamheter och personal.

#### 4.7.3 EXEMPEL PÅ DATA

Kunskapscentrum för kvinnohälsa har i sin årsrapport för 2017 analyserat hur extra stödåtgärder erbjuds till förlossningsrädda gravida kvinnor. I rapporten konstateras att bara hälften så många kvinnor som är födda utanför Europa (4,4 %) erbjuds extra stöd i jämförelse med kvinnor födda i Sverige (8,5 %). En vidare analys bör göras för att få en bättre kunskap om skillnaden beror på ojämlig vård eller inte. En viktig fråga är att undersöka om detta beror på att personalen inte erbjuder stöd eller om kvinnor födda utanför Europa avböjer extra stöd i större grad än inrikes födda.

### 4.8 BARNHÄLSA

Att anta ett migrationsperspektiv är grundläggande när det kommer till barns hälsa. Barns specifika situation behöver belysas när det gäller andra områden såsom vårdkonsumtion, patientperspektiv, somatisk hälsa, tandvård, tolkanvändning och tortyr men dessa områden kommer inte diskuteras här i detalj. Nedan beskrivs dock två områden som i Kunskapscentrum migration och hälsas omvärldsanalys identifierades som prioriterade och som är specifikt kopplade till barns hälsa. Det handlar för det första om psykisk ohälsa och för det andra om tillgänglighet till generella barnhälsovårdande insatser.

Barn på flykt löper stor risk att utsättas för trafficking och att rekryteras till väpnade styrkor och till kriminalitet.<sup>187</sup> I jämförelse med andra barn som inte har flytt, löper de betydligt större risk för psykisk ohälsa.<sup>188</sup> Att vara barn på flykt och bo utan sina föräldrar ger ytterligare sårbarhet för psykisk ohälsa.<sup>189</sup> Genomförda suicid är till exempel betydligt vanligare bland ensamkommande jämfört med andra barn<sup>190</sup> och andelen med PTSD rapporteras vara så hög som upp till 76 %.<sup>191</sup> Asylsökande och nyanlända barn är också överrepresenterade bland barn som vårdas i öppen och slutna barn- och ungdomspsykiatrisk vård.<sup>192</sup> Barn på flykt har förutom upplevelser av krig och väpnad konflikt dessutom ofta varit utsatta för eller bevittnat våld eller sexuella övergrepp. Föräldrars reaktioner på traumatiska upplevelser samt svaga sociala och ekonomiska resurser påverkar också barnens hälsa, såväl innan som under och efter flykten. Före och under flykt kan föräldrarnas ohälsa påverka barnens trygghet, tillit till vuxenvärlden och därmed deras utveckling. Om oro och stress fortsätter i den miljö barnen befinner sig i efter flykten kan detta leda till att traumatiska upplevelser inte bearbetas och stressrelaterade svårigheter blir mer långvariga och påtagliga.<sup>193</sup> Exempel på stressande händelser i ankomstlandet är tillfälliga uppehållstillstånd<sup>194</sup> samt ålderssuppskrivningar. Förutom att dessa situationer gör att framtiden för många barn är osäker så kan sådana omständigheter också förhindra att barn får de långsiktiga behandlingsinsatser som de behöver för att läka de sår som tidigare erfarenheter har gett upphov till. Alla dessa faktorer är viktiga att beakta för att kunna erbjuda en jämlik hälso- och sjukvård till barn på flykt.

---

<sup>187</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2016c.

<sup>188</sup> Fazel & Stein, 2003.

<sup>189</sup> Socialstyrelsen, 2013.

<sup>190</sup> Hagström, Hollander & Mittendorfer-Rutz, 2018.

<sup>191</sup> Salari, Ssegonja & Sarkadi, 2017.

<sup>192</sup> Blair, Stewart-Brown, Hjern & Bremberg, 2013.

<sup>193</sup> Fazel, 2012.

<sup>194</sup> Steel, Silove, Brooks, Momartin, Alzuhairi & Suslijik, 2006.

I Region Skånes strategi för jämlik vård pekas bland annat barnhälsovården ut som en central arena i arbetet för en ökad folkhälsa och för att minska skillnader i hälsa.<sup>195</sup> Kunskapscentrum barnhälsovård följer regelbundet upp situationen i Region Skåne genom årliga rapporter. I dessa presenteras resultat på en rad indikatorer där en del kan tolkas ur ett migrationsperspektiv. Något som lyfts i rapporterna är vikten av att kontinuerligt arbeta för att barnhälsovården är tillgänglig för alla barn. När det gäller data angående barn med föräldrar som är födda utomlands är detta inte något som följs upp direkt av Kunskapscentrum barnhälsovård, men är en variabel av flera i det underlag som ingår i Care Need Index (CNI). När det gäller antal 4-åriga barn som inte kommer till barnhälsovården på hälsobesök senast tre månader från sin 4-års dag är denna siffra högre bland de mottagningar som har högst CNI jämfört med de som har lägst CNI.<sup>196</sup> Dessa resultat kan följas upp för att undersöka om rätten till jämlik vård säkerställs ur ett migrationsperspektiv.

När det gäller barnhälsovård för de barn som är asylsökande eller som lever i papperslöshet betonas betydelsen av familjecentraler för att öka tillgängligheten.<sup>197</sup> Kommunikation mellan Migrationsverket och regioner och landsting är också central för att kunna erbjuda hälso- och sjukvård på lika villkor och för detta används idag datasystemet Vera Asyl. När det gäller barn som vistas i Sverige utan giltiga tillstånd är det ännu större utmaningar för hälso- och sjukvården att fullfölja sitt uppdrag om likvärdighet. Fortbildning av personal och tillgång till mötesplatser har identifierats som åtgärder för att öka tillgängligheten för dessa barn.<sup>198</sup>

Slutligen finns en rad aspekter som rör hälso- och sjukvård för ensamkommande barn som bör synliggöras. När det gäller egenvård för ensamkommande så skiljer sig möjligheterna att få stöd i detta för gruppen eftersom de inte på samma sätt som övriga barn och unga har en vårdnadshavare tillgänglig i vården eller i vardagen. Detta behöver hälso- och sjukvården beakta för att kunna erbjuda en jämlik vård. Alla ensamkommande barn i Sverige har också rätt till en hälsoundersökning enligt Barns behov i centrum (BBIC). Det innebär att en läkare undersöker barnet utifrån ett protokoll för att upptäcka och tillgodose eventuella vårdbehov. Kunskapscentrum barnhälsovård har ett regionalt uppdrag att säkra att det finns strukturer som fungerar för att hälsoundersökningar utifrån BBIC på begäran av Socialtjänsten genomförs. Kunskapscentrum barnhälsovård följer också upp detta arbete.<sup>199</sup>

#### 4.8.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Idag följs en rad indikatorer av Kunskapscentrum barnhälsovård. Dessa indikatorer är fortsatt viktiga att följa ur ett migrationsperspektiv. Förutom dessa skulle andra indikatorer behöva utvecklas när det gäller exempelvis:

- Egenvård i relation till ensamkommande
- Hur besök i hälso- och sjukvården följs upp när det gäller ensamkommande
- Antal hälsoundersökningar enligt BBIC
- Åldersbedömningar och konsekvenserna för rätten till hälso- och sjukvård

#### 4.8.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

En del data kan hämtas från befintliga indikatorer som används av Kunskapscentrum för barnhälsovård och som ligger i det regionala indikatorbiblioteket. Viss statistik kan eventuellt hämtas ur Vera Asyl och PASiS. Även enkäter till medarbetare, patienter och andra verksamheter (till exempel inom kommunen) kan vara aktuella.

---

<sup>195</sup> Region Skåne, 2015a.

<sup>196</sup> Se Kunskapscentrum barnhälsovårds årsrapporter.

<sup>197</sup> Socialstyrelsen, 2008.

<sup>198</sup> Socialstyrelsen, 2010.

<sup>199</sup> Kunskapscentrum barnhälsovård, 2018b.

### 4.8.3 EXEMPEL PÅ DATA

I årsrapporten för 2017 uppmärksammar Kunskapscentrum barnhälsovård att det är en ökande andel barn som inte tar del av fyraårsbesöket. Bland den tiondel av BVC som har lägst CNI är det 1,5 % av barnen som inte deltar i fyraårsbesöket medan siffran är 16,2 % bland den tiondelen av BVC med högst CNI. Vidare analyser behöver göras för att konkludera vad dessa skillnader beror på.

## 4.9 TANDHÄLSA

Enligt strategin för tandvård i Region Skåne<sup>200</sup> ska tandvården arbeta både hälsofrämjande och förebyggande. Statistik om den svenska munhälsan visar att den generellt är god men ojämnt fördelad.<sup>201</sup> Tandhälsa är särskilt betydelsefullt att uppmärksamma för de som har flytt eftersom till exempel tortyrskador i form av trauma mot munregionen förekommer. Tandhälsoproblem kan också uppkomma på grund av flyktrelaterade orsaker som dålig kosthållning och försämrad munhygien.<sup>202</sup> Det råder brist på nationella uppgifter gällande tandvård och tandhälsa för asylsökande barn och ungdomar, men de siffror som finns visar att många nyanlända barn har dålig tandstatus<sup>203</sup> och att asylsökande barn har fler lagningar jämfört med andra barn.<sup>204</sup> Barn och unga med föräldrar födda utanför Norden och Västeuropa löper generellt större risk att drabbas av karies.<sup>205</sup>

Enligt MILSA-rapportens data över nyanländas hälsa i Skåne är skillnaden mellan nyanlända och svenskföddas tandhälsa stor.<sup>206</sup> Mer än tre fjärdedelar av de nyanlända anger att de under de senaste tre månaderna inte har sökt tandvård trots att de har upplevt ett behov. Nästan hälften säger att deras tandhälsa är dålig eller mycket dålig och anger att de minst någon gång under det senaste året har mått dåligt eller skämts över detta.

Från år 2017 görs en satsning på att minska den ojämlika tandhälsan genom Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård.<sup>207</sup> Satsningen fokuserar på specifika grupper men också på geografiska områden där det finns ökad risk för ohälsa. Ur ett migrationsperspektiv arbetar Region Skåne till exempel med hur barn i asylprocess ska kunna ta del av det tandhälsoprogram som alla barn ska ingå i. Sådana initiativ är centrala för att säkerställa rätten till jämlik vård. Utifrån ovanstående kan konstateras att tandhälsa är ett viktigt område att följa upp ur ett migrationsperspektiv.

### 4.9.1 MÖJLIGA INDIKATORER

Vårdkonsumtion när det gäller tandvården finns med i den kartläggning som Västra Götaland har gjort.<sup>208</sup> En rad indikatorer därifrån kan därför vara användbara även i Region Skåne tillsammans med andra indikatorer:

- Vårdkonsumtion på generalist/specialist-nivå
- Typ av behandling/åtgärd
- Tortyrskador
- Egenvård för ensamkommande

### 4.9.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Befintliga system för kvalitetsuppföljning inom Folktandvården. Dialog behöver inledas med de som arbetar med kvalitetsuppföljning när det gäller tandhälsa.

---

<sup>200</sup> Region Skåne, 2014b.

<sup>201</sup> Folkhälsomyndigheten, 2015; Mattila, Ghaderi, Tervonen, Niskanen, Pesonen, Anttonen & Laitala, 2016.

<sup>202</sup> Klefbom, 2007; Davidson, Skull, Calache, Murray & Chalmers, 2006.

<sup>203</sup> Barnombudsmannen, 2017.

<sup>204</sup> Socialstyrelsen, 2016b.

<sup>205</sup> Region Skåne, 2014a.

<sup>206</sup> Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra, 2016.

<sup>207</sup> Region Skåne, 2016b.

<sup>208</sup> Västra Götalandsregionen, 2017

## 4.10 ORGANISATIONSUTVECKLING OCH EKONOMI

För att finna åtgärder som effektivt motverkar medicinskt omotiverade skillnader i hälsa och vård behövs ett organisatoriskt perspektiv på hur hälso- och sjukvården är strukturerad. Ett sådant perspektiv belyser vilka konsekvenser organiseringen får för hur vården utförs och vilka konsekvenser detta får för patienterna.<sup>209</sup> Det handlar om hur jämlik vård och ett rättighetsperspektiv kan tillvaratas i organisationen och följas upp i alla led. Det rör dels frågor som ledning och styrning, tillgänglighet, vårdprogram, riktlinjer och direktiv men också kompetensförsörjning och ekonomi.

En utgångspunkt i organiseringen av hälso- sjukvård för att säkerställa jämlik vård till migranter är de lagar och direktiv som påbjuder ett strategiskt jämlikhetsarbete och förbjuder diskriminering.<sup>210</sup> Hälso- och sjukvården har också som organisation genom hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) i uppdrag att motverka ojämlika skillnader i folkhälsan och bör således organiseras därefter.<sup>211</sup>

Forskning visar att de migrationsspecifika vårdbehov som specifika patienter har inte bara har betydelse för hur den personal som möter dessa ska erbjuda en jämlik vård. För att leva upp till skyldigheten att tillhandahålla jämlik vård måste också arbetet med detsamma följas upp och systematiseras på en strukturell nivå. På så vis räcker det inte att till exempel ge personal utbildning i hur de erbjuder vård för specifika individers upplevelser av trauma, utan hela organisationen måste genomsyras av en traumamedvetenhet.<sup>212</sup> I Region Skånes strategi för en jämlik vård står det att:

*Region Skånes strategi för jämlik vård är att integrera ett jämlikhetsperspektiv i hälso- och sjukvårdens befintliga styrning genom politiska handlingar, avtal och ansvar i linjeorganisationen samt uppföljning och kontroll enligt etablerade rutiner. Denna strategi vilar på tanken om att det är lättare att nå resultat genom att justera ett befintligt styr – och uppföljningssystem än att skapa nya och parallella kanaler.<sup>213</sup>*

I Region Skånes likabehandlingspolicy står det att *såväl den politiska som den verkställande delen av organisationen ska genomsyras av ett likabehandlingsperspektiv på alla nivåer och inom alla områden.*<sup>214</sup> Med andra ord antas samma integreringsperspektiv i dessa styrdokument som Socialstyrelsen rekommenderar bör appliceras på God vård-områden där jämlik vård ska genomsyra samtliga andra områden och inte mätas separat.<sup>215</sup> I sin *handlingsplan för ett stärkt arbete för mänskliga rättigheter i kommuner, landsting och regioner* lyfter SKL vikten av att rättighetsarbetet integreras i ordinarie lednings- och styrningssystem och inte blir något som drivs vid sidan av den ordinarie verksamheten. Vidare menar SKL att ett integrerat rättighetsarbete underlättar samordningen av uppföljning utifrån olika rättighetsområden och olika diskrimineringsgrunder. Uppföljning av jämlikhet och likabehandling behöver därför göras i organisationens samtliga delar. I *regeringens strategi för det nationella arbetet med de mänskliga rättigheterna* problematiseras däremot den nuvarande begränsningen som finns på nationell, regional och lokal nivå att ta fram indikatorer för att mäta rättighetsarbetet utifrån samtliga diskrimineringsgrunder.<sup>216</sup>

<sup>209</sup> Socialstyrelsen, 2011.

<sup>210</sup> En grundligare genomgång av dessa ges i stycke 1.3.

<sup>211</sup> Sveriges kommuner och landsting, 2009.

<sup>212</sup> Wong, Browne, Varcoe, Lavoie, Fridkin et al., 2014.

<sup>213</sup> Region Skåne, 2015a, s. 4.

<sup>214</sup> Region Skåne, 2010, s. 4.

<sup>215</sup> Socialstyrelsen, 2009.

<sup>216</sup> Regeringen, 2016, *Strategi för det nationella arbetet med de mänskliga rättigheterna* (Skr. 2016/17:29)

Landstingens kvalitetsuppföljning av jämlik vård utifrån ett migrationsperspektiv innebär således att mäta att de nationella och internationella åtaganden som Sverige har gjort gällande mänskliga rättigheter säkerställs.<sup>217</sup> Region Skåne formulerar ett rättighetsperspektiv i sin budget och verksamhetsplan för 2018 där det står att:

*De mänskliga rättigheterna ska vara grundläggande i vår verksamhet. Det medför att riva hinder och barriärer för att alla patienter, kunder och invånare ska kunna ta del av våra tjänster och service samt sina mänskliga och demokratiska rättigheter. Det medför också att kunskap om olika gruppers levnadsvillkor ska ligga till grund för beslut, prioriteringar samt uppföljningar och utvärderingar.<sup>218</sup>*

Region Skåne arbetar idag dessutom med att öka rättighetsperspektivet i sitt strategiska arbete bland annat genom deltagande i SKL:s projekt *Mänskliga rättigheter i styrning och ledning* under 2017.

#### 4.10.1 MÖJLIGA INDIKATORER

För att följa jämlik vård ur ett migrationsperspektiv behöver indikatorer utvecklas. Det kan handla om mer kvalitativa indikatorer genom analys av egna verksamhetsövergripande eller verksamhetsnära riktlinjer och styrdokument eller att följa ekonomiska medel genom olika delar av organisationen. Det finns en del internationella exempel som kan tjäna som inspiration i vidareutvecklingen av sådana indikatorer.<sup>219</sup> Några förslag är:

- Konceptualisering av jämlikhet, rättigheter och migration i styrdokument
- Återinvestering av medel i målgruppen
- Kostnader för vården (inklusive jämförelser)
- Kompetensförsörjning
- Hur tolkas ”vård som inte kan anstå”

#### 4.10.2 MÖJLIGA DATAKÄLLOR

Möjliga datakällor är Region Skånes interna rapporter, policys och styrdokument samt olika system för ekonomisk uppföljning. Kompetensförsörjningsplan och budget och verksamhetsplan är några nyckeldokument, likaså Region Skånes likabehandlingspolicy. Enkäter till verksamheter och personal kan också vara möjliga verktyg.

### 4.11 FÖRSLAG PÅ OMRÅDEN FÖR KVALITETSUPPFÖLJNING: SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Mot bakgrund av den omvärldsanalys som Kunskapscentrum migration och hälsa tagit fram 2017 har tio områden tagits fram där fortsatt kvalitetsuppföljning av jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. Omvärldsanalysen har använts som utgångspunkt för att identifiera lämpliga områden och en kunskapsbaserad systematisk strategi ligger till grund för valet av områden som därmed är grundat i forskningslitteratur och nationella rapporter. Områdena ska ses som initiala förslag och bör utvecklas på flera sätt. Dels är det inte helt klarlagt vilka migrationsrelaterade data som är möjliga att hämta ur Region Skånes eller andra system. Referensmaterial behöver också kartläggas för att ge indikatorerna mening. Mer specifika indikatorer behöver också vidareutvecklas så att de överensstämmer med forskning och nationella riktlinjer. Här är en koppling mellan kunskapsstyrning och fortsatt utveckling av indikatorerna avgörande.

<sup>217</sup> Se Regeringen, 2016; SKL, 2015.

<sup>218</sup> Region Skåne, 2018a, s. 41.

<sup>219</sup> Wong, Browne, Varcoe, Lavoie, Fridkin et al. 2014.

Statistik från de områden som identifieras ovan kan ses som verktyg för att identifiera när vården inte når ut eller får ojämlika resultat. De migrationsrelaterade variablerna är därför oftast bakgrundsvariabler. Det kan dock finnas tillfällen då indikatorer snarare bör användas för att kontrollera att förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvård får önskade effekter. I vissa fall kan då migrationsrelaterade aspekter behöva synliggöras som beroende variabler, alltså sådana som insatsen ska påverka. Hur variablerna formuleras och användas i relation till olika typer av indikatorer bör också diskuteras vidare.

*Det finns anledning att använda både kvalitativa och kvantitativa indikatorer med fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv i Region Skåne.*

## **5. INDIKATORER UR ETT MIGRATIONSPERSPEKTIV – VÄGEN FRAMÅT**

Syftet med denna rapport är att diskutera möjliga indikatorer för jämlik vård ur ett migrationsperspektiv, vilka i sin tur kan användas i Kunskapscentrum migration och hälsa fortsatta arbete men även inom övrig hälso- och sjukvård samt tandvård i Region Skåne. Jämlik vård ur ett migrationsperspektiv kopplas i detta sammanhang också till personcentrerad vård, att utgå ifrån patientens synvinkel. För att fullgöra syftet har internationella, nationella och regionala perspektiv på kvalitetsuppföljning och kvalitetsindikatorer diskuterats. Sammanfattningsvis konstateras utifrån den forskning som presenteras i kapitel 2 *Kvalitetsindikatorer och jämlikhetsdata* att det finns anledning att använda både kvalitativa och kvantitativa indikatorer med fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv i Region Skåne. Nationellt kan arbetet med indikatorer ses som en del av det God vård-område som Socialstyrelsen kallar jämlik vård. Det finns också klara paralleller mellan utveckling av dessa indikatorer och det som kallas jämlikhetsdata. Kunskapen kring jämlikhetsdata kan användas för att ta fram variabler med ett migrationsperspektiv. I Region Skåne finns ett gediget arbete med kvalitetsuppföljning, vilket framgår i kapitel 3, *Kvalitetsuppföljning i Region Skåne*. Det pågår pilotprojekt med fokus på att ta fram indikatorer i relation till jämlik vård som kan fungera som inspiration inför det fortsatta arbetet med indikatorer. Även andra former av befintliga kvalitetsuppföljningar kan utvecklas till att innefatta variabler med migrationskoppling. Med detta som utgångspunkt presenterar Kunskapscentrum migration och hälsa i kapitel 4, *Förslag på områden för kvalitetsuppföljning*, tio områden med goda förutsättningar för att genomföra kvalitetsuppföljning ur ett migrationsperspektiv. Ovanstående resonemang är bakgrunden till denna avslutande diskussion med fokus på vägen framåt.

### **5.1 KVALITETSUPPFÖLJNING UR MIGRATIONSPERSPEKTIV PÅ ORGANISATORISK NIVÅ**

Vad är indikatorer bra för? Som framkommer i rapporten kan indikatorer användas som ett instrument för målstyrning med exempelvis ekonomiska incitament som en del av processen. Men utifrån Kunskapscentrum migration och hälsa uppdrag bör indikatorer framför allt förstås som ett led i organisationens kunskapsstyrning och ett verktyg för långsiktigt organisatoriskt lärande i Region Skåne. Genom att fokusera på lärande blir indikatorer en del i ett långsiktigt kvalitetsarbete med fokus på jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. Kunskapscentrum migration och hälsa uppdrag är att stärka organisationens kunskaper inom området migration och hälsa och att använda indikatorer i ett lärande kvalitetsarbete är utgångspunkten för arbetet med indikatorer ur ett migrationsperspektiv.

Framtagandet av denna rapport sker med en förhoppning om att de tio områden som presenteras kan bidra med utveckling i det redan påbörjade arbetet med jämlik vård på strategisk nivå i Region Skåne. Områdena har tagits fram med en kunskapsbaserad strategi, men också utifrån synpunkter som Kunskapscentrum migration och hälsa har tagit del av från kliniska verksamheter. Urvalet är baserat



på forskning men det bör poängteras att det är avgränsat av pragmatiska skäl och kan komma att ändras utifrån förändrade förutsättningar. De specifika indikatorer eller aspekter som presenteras under varje område är initiala förslag och arbetet för att utveckla dessa vidare i relation till befintliga system behöver fortsätta. Ett sådant arbete skulle vara helt unikt i Sverige.

**De tio områden inklusive möjliga indikatorer som diskuteras när det gäller jämlik vård ur ett migrationsperspektiv är följande:**

1. Vårdkonsumtion
2. Patientperspektiv
3. Tolkanvändning och språkkompetens
4. Psykisk hälsa
5. Somatisk hälsa
6. Tortyr
7. Kvinnohälsa
8. Barnhälsa
9. Tandhälsa
10. Organisationsutveckling och ekonomi

Områdena är tänkta att fungera som underlag för vidare diskussioner i Region Skåne om kvalitetsarbete ur ett migrationsperspektiv. Kunskapscentrum migration och hälsa har inte som enskild enhet möjlighet att genomföra kvalitetsarbete inom alla dessa områden, utan avsikten är att genom dessa konkreta exempel belysa hur Region Skåne kan arbeta med ett migrationsperspektiv inom olika delar av organisationen. Ett sådant arbete kräver samarbete mellan en rad olika aktörer och enheter inom Region Skåne där Kunskapscentrum migration och hälsa kan bistå med kunskap utifrån ett migrationsperspektiv. En konkret väg framåt kan vara att, liksom pilotprojekten om jämlik vård, pröva en indikator inom ett befintligt område och/eller pröva en ny indikator med ett tydligt migrationsperspektiv. Om dessa projekt faller väl ut kan vidare utveckling av indikatorer i indikatorbiblioteket ske. Det finns redan goda exempel att lära av inom Region Skåne, så som Migrationsskolan på Kunskapscentrum demenssjukdomar som arbetar med demensfrågor ur ett migrationsperspektiv, samt den årsrapport som Kunskapscentrum kvinnohälsa publicerar 2018 där data från Graviditetsregistret analyseras också utifrån bakgrundsvariabeln födelseland.

## **5.2 UTMANINGAR MED MIGRATIONSRELATERADE DATA**

Det finns redan idag gedigen forskning om kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvård, och likaså forskning om så kallade jämlikhetsdata. Det sistnämnda är en bra utgångspunkt för att ta fram variabler med ett migrationsperspektiv. Det som saknas är kopplingen däremellan, och det krävs därför att kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvård kopplas till jämlikhetsdata för att möjliggöra analyser utifrån ett migrationsperspektiv. För att följa upp jämlik vård ur ett migrationsperspektiv på en övergripande och strategisk nivå i Region Skåne behöver de interna systemen för uppföljning ses över, till exempel de indikatorer som redan finns i indikatorbiblioteket. Extern statistik behöver också sättas i en tydligare kontext för att möjliggöra meningsfulla resultat. Det finns en rad problem med att få ut tillförlitliga migrationsrelaterade data ur Region Skånes egna register (gällande folkbokföringsstatus, tolkanvändning och nationalitet). För att kompensera för dessa problem är det önskvärt att organisationen förhåller sig till möjligheten att samla in migrationsrelaterade data till exempel vid upphandling av tolktjänster, i utvecklingen av den nya sammanhållna digitala vårdmiljön samt i

utvecklingen av de nationella system för uppföljning som Region Skåne deltar i. Regionens jurister bör dessutom konsulteras i det vidare arbetet, inte minst med anledning av Dataskyddsförordningen (GDPR) som träder ikraft under 2018.

Flera avgörande migrationsrelaterade variabler finns idag inte i Region Skånes administrativa system. Dessa utmaningar är inte unika för Region Skåne. De migrationsvariabler som idag används i nationell statistik och inom hälso- och sjukvård är framför allt födelseland eller variabler som fångar specifika grupper, till exempel asylsökande. Att delta i ett forskningsprojekt och därmed genomföra en etisk prövning kan möjliggöra att regionens system samkörs med folkbokföringsuppgifter för att få bättre tillförlitlighet i data om till exempel födelseland. Detta är inte en långsiktig lösning men kan vara ett upplägg för att testa ett arbetssätt eller få en ögonblicksbild. Det finns dock en rad begränsningar med att använda endast födelseland som variabel om intentionen är att följa upp rätten till jämlik vård ur ett migrationsperspektiv. DO lyfter att födelseland inte fångar de begrepp som finns i diskrimineringslagstiftningen, vilket gör att statistik inte synliggör huruvida verksamheter lever upp till lagstiftningen eller inte. Utöver det används ofta kategoriseringar av födelseland, så som personer födda i Sverige, i övriga Norden, i övriga Europa och utanför Europa. Kategorier av detta slag innebär dilemman utifrån att de inte utgör homogena grupper. Särskilt kategorin ”utanför Europa” bär på en inbyggd problematik då denna innefattar människor från vitt skilda socioekonomiska och kulturella sammanhang.

Ytterligare en utmaning med kvalitetsuppföljning är att om detta görs på en strategisk nivå utan tydlig förankring hos medarbetare och i den kliniska praktiken kan användandet av olika indikatorer få oönskade konsekvenser. Till exempel visar forskning att användningen av indikatorer kan göra att personal genomför administrativa förändringar som leder till förbättrade indikatorresultat, men inte någon förändring i själva utförandet av vården. Att förankra arbetet med indikatorer ur ett migrationsperspektiv i berörda verksamheter är därför en del av arbetsprocessen i ett långsiktigt kvalitetsarbete.

Trots en rad begränsningar finns flera möjliga vägar för kvalitetsuppföljning ur ett migrationsperspektiv i Region Skåne idag. En del variabler kan hämtas ur exempelvis PASiS. Det finns också en rad nationella kvalitetsregister där migrationsrelaterade variabler ingår och det är möjligt att göra regionala analyser. Nationella undersökningar som Hälso- och sjukvårdsbarometern inkluderar födelseland och Region Skåne kan vara i framkant och förorda att andra nationella system och projekt inkluderar variabler som möjliggör jämlikhetsstatistik. I de undersökningar som Region Skåne står för själv kan kategorier som ligger till grund för jämlikhetsstatistik inkluderas i likhet med hur några kommuner arbetar idag.

### 5.3 JÄMLIK VÅRD – OJÄMLIKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag gäller alla migranter och som diskuterats tidigare används detta som ett samlingsbegrepp för människor som flyttat över nationsgränser. I uppdraget ingår att *stödja hälso- och sjukvårdspersonalen att kunna erbjuda en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder*. I kapitel 1, *Migration och jämlik vård* diskuteras att det finns en rad begränsningar i lagstiftningen för rätten till vård för delar av den målgrupp som omfattas av Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag, såsom asylsökande och personer utan tillstånd (så kallade papperslösa). Dessa fastställs bland annat i *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* som reglerar rätten till vård för asylsökande och *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag och målgruppsformulering är frågan om jämlik vård är möjlig? Hur kan jämlik vård diskuteras i relation till de grupper vars rättigheter är begränsade gällande hälso- och sjukvård?

Lagstiftningen kring rätten till vård för asylsökande och personer utan tillstånd har tillkommit i omgångar och det är rimligt att beskriva den som oöverskådlig för hälso- och sjukvårdspersonal generellt. Samtidigt kräver lagstiftningen att enskilda läkare, tandläkare eller annan ansvarig vårdpersonal ska tolka och avgöra vilken vård som ryms inom de lagstadgade rättigheterna utifrån begreppet *vård som inte kan anstå*. Detta kan leda till olika tolkningar av lagstiftningen och risken för ojämlig vård är därför stor mellan olika landsting och regioner i Sverige, och kan även vara det mellan olika verksamheter i Region Skåne. Jämlikhet kan i detta sammanhang diskuteras på två sätt: dels asylsökandes förutsättningar för jämlik vård relativt övriga bosatta i Sverige och dels asylsökandes rätt till jämlik vård oavsett var i Sverige de söker vård, alltså relativt övriga asylsökande. Förutsättningarna för jämlik vård behöver därför kontextualiseras utifrån vissa gruppers begränsade rätt till hälso- och sjukvård. Det är också viktigt att diskutera begränsningarna i rätten till vård i relation till indikatorer eller data för att mäta jämlik vård – i vilka sammanhang är det rimligt att diskutera om jämlik vård ens är möjlig att uppnå utifrån rådande förutsättningar?

I det fortsatta arbetet med indikatorer och kvalitetsuppföljning bör beaktas att diskussioner om jämlikhet inom hälso- och sjukvård ofta utgår ifrån antagandet att jämlikhet rent teoretisk är möjligt. De lagstadgade begränsningarna utmanar det antagandet. Det gör att i alla diskussioner om jämlik vård blir det viktigt att ta hänsyn till att en jämförelse mellan vård som ges till vissa migrantgrupper inte alltid går att göra relativt den övriga befolkningen. I de fall då vården är jämförbar kan det dock vara av stor betydelse att synliggöra om det finns medicinskt omotiverade skillnader i vården. Att använda kvalitativa indikatorer för att följa hur begreppet *vård som inte kan anstå* tolkas och används inom hälso- och sjukvård vore också intressant ur ett jämlikhetsperspektiv då begreppet i sig uppfattas som problematiskt av hälso- och sjukvårdspersonal.

## 5.4 NÄSTA STEG FÖR KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA

Trots att det existerar en rad utmaningar och begränsningar i att utveckla indikatorer för jämlik vård ur ett migrationsperspektiv i Region Skåne och Sverige idag, identifieras i denna rapport flera vägar framåt för hur regionen kan genomföra kvalitetsuppföljningar ur ett migrationsperspektiv. Ovan presenteras förslag på hur Region Skåne som organisation kan arbeta vidare med detta, men hur arbetar Kunskapscentrum migration och hälsa vidare?

### **Med utgångspunkt i lärdomar från denna rapport kommer Kunskapscentrum migration och hälsa att:**

- Inför 2019 ta fram en rapport med fokus på ett område där data från olika befintliga indikatorer och annan statistik sammanställs för att belysa området från olika perspektiv. På idéstadiet ligger fokus i nästa rapport på tolkning då det är en organisationsövergripande fråga med stor bäring på migration och hälsa.
- Fortsätta dialogen internt i Region Skåne om hur Kunskapscentrum migration och hälsa kan vara behjälpliga i att bidra till ett migrationsperspektiv vid kvalitetsuppföljning med fokus på jämlik hälsa. Detta handlar om att skapa medvetenhet kring vad migrationsperspektivet innebär på strategisk nivå.
- Fortsätta samarbetet med en rad andra kunskapscentrum och verksamheter för att inkludera ett migrationsperspektiv i de uppföljningar som görs regelbundet.

Slutligen kan Kunskapscentrum migration och hälsa fortsatt dra lärdom av hur andra kunskapscentrum arbetar med kvalitetsuppföljningar. Det kan handla om att använda ett nationellt kvalitetsregister för att producera en regionalt förankrad rapport, som till exempel Kunskapscentrum kvinnohälsa och Kunskapscentrum demenssjukdomar har gjort. Det kan också handla om att samla in relevanta data från enheter och verksamheter genom medarbetarenkäter, som till exempel Kunskapscentrum levnadsvanor och prevention har gjort. Kunskapscentrum migration och hälsa kan, liksom till exempel Kunskapscentrum barnhälsovård, ansvara för att samla in, analysera och rapportera en rad egna indikatorer ur ett migrationsperspektiv. Diskussioner om detta fortsätter med berörda aktörer, det bör dock tydliggöras att arbetet med att ta fram kvalitetsindikatorer ur ett migrationsperspektiv är långsiktigt och kräver stort förarbete. Utifrån litteraturen som diskuterats i denna rapport är en framgångsfaktor i det fortsatta arbetet en gedigen förankring i teoribygget kring mätbara indikatorer samt en organisatorisk förankring på alla verksamhetsnivåer. Region Skåne har – både utifrån sin demografiska sammansättning och genom Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag att verka för ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård – unika förutsättningar för att bygga upp ett kvalitetsarbete inom detta område.

## 6. REFERENSER

- Agerberg, M. (2013). Vårdprofessioner eniga: Stoppa diskriminering av papperslösa. *Läkartidningen*, 110, CL9F.
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., ... & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554.
- Azerkan, F., Sparen, P., Sandin, S., Tillgren, P., Faxelid, E., Zendejdel, K. (2012). Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *International Journal of Cancer* 130, 4, 937-947.
- Barnombudsmannen, BO. (2017). *Nyanlända barns hälsa. Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017 Barn på flykt*. Hämtat från <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>
- Bennet, L., Lindblad, U., Franks, PW. (2015). A family history of diabetes determines poorer glycaemic control and younger age of diabetes onset in immigrants from the Middle East compared with native Swedes. *Diabetes and Metabolism* 41(1), 45-54.
- Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 10, 248–254.
- Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7), 2838-2844.
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Hjern, A., Bremberg, S. (2013). *Barnhälsokunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PloS one*, 6(6), e20476.
- Bradby, H. (2012). Race, ethnicity and health: The costs and benefits of conceptualising racism and ethnicity. *Social science & medicine*, 75(6), 955.
- Brendler-Lindqvist, M., Norredam, M., Hjern, A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden – a register-based study. *International Journal for Equity in Health* 13, 22.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ Quality & Safety*, 11(4), 358-364.
- Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Shaw, R., Doran, T., & Goldblatt, P. (2018). Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Social Science & Medicine*.
- Datainspektionen (2018). *Dataskyddsreformen*. Hämtat från <https://www.datainspektionen.se/dataskyddsreformen/>
- Davidson, N., Skull, S., Calache, H., Murray, SS., Chalmers, J. (2006). Holes a plenty: oral health status a major issue for newly arrived refugees in Australia. *Australian Dental Journal*, 51(4), 306-311.
- Davies, AA., Basten, A., Frattini, C. (2009). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Bryssel: IOM International Organization for Migration. Hämtat från <http://www.migrant-healthurope.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>
- Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Statistikens roll i arbetet mot diskriminering*. Hämtat från <https://www.do.se/globalassets/publikationer/rapport-statistikens-roll-arbetet-mot-diskriminering2.pdf>

- Division Psykiatri, Region Skåne (2016). *Asylsökande patienter i division Psykiatri*. Rapport från Arbetsgruppen "Asylsökande i division Psykiatri", Region Skåne.
- Easton, P., Entwistle, V. A., & Williams, B. (2013). How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC health services research*, 13(1), 319.
- Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bødker, B., Högberg, U., Mulic-Lutvica, A., Essén, B. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, 1, 1.
- Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S., & Grol, R. (2009). Public reporting in health care: How do consumers use quality-of-care information?: A systematic review. *Medical care*, 47(1), 1–8.
- Fatahi N., Hellström M., Skott C. & Mattsson B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situations with complex issues. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 40–45.
- Fazel, M. (2012). Mental health of displaced and refugee children settled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet* 379, 266–282.
- Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *BMJ* 327, 134.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 365, 1309–1314.
- Fioretos, I. (2009). *Möten med motstånd: Kultur, klass och kropp på vårdcentralen*. Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet.
- Fioretos, I., Gustafsson, K. & Norström, E. (2014). *Tolkade möten: tolkningens betydelse för rättsäkerhet och integration..* Lund: Studentlitteratur.
- Flores G. (2005). The Impact of medical Interpreter Services on the Quality of healthCare: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62 (3), 255–299.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Människor på flykt: en riskbedömning av smittspridning*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/flyktingsituationen/manniskor-flykt-riskbedomning-smittspridning.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Nationella folkhälsoundersökningen*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/>
- Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15(2), 126–137.
- Fridh, M., Modén, B., Lindström, M., Grahn, M., & Rosvall, M. (2013). *Folkhälsorapport Skåne 2013*. Hämtat från [https://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer\\_dokument/folkhalsorapport\\_skane\\_2013.pdf](https://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/folkhalsorapport_skane_2013.pdf)
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M. & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe — a systematic literature review. *British Medical Bulletin*, 121(1), 5–18.
- Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56(4), 461–469.
- Hagström, A., Hollander, A-C., & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). *Kartläggning av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga*. Institutionen för

- folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet. Hämtat från [https://ki.se/sites/default/files/2018/02/19/projekt\\_fm\\_suicid\\_ensamkommande.pdf](https://ki.se/sites/default/files/2018/02/19/projekt_fm_suicid_ensamkommande.pdf)
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BJM*, 352, i1030.
- Hübinette, T. (2015). *Vad är jämlikhetsdata? Råd och tips för att arbeta med jämlikhetsindikatorer*. Hämtat från [http://www.tobiashubinette.se/jamlikhetsdata\\_0.pdf](http://www.tobiashubinette.se/jamlikhetsdata_0.pdf)
- Ivert, AK., & Malmsten J. (2014). *Diskrimineringens betydelse för hälsa. Tillägsrapport till Kommission för ett socialt hållbart Malmö*. Malmö stad. Hämtat från <http://malmo.se/download/18.4bef0e6a14c5b4a1bc95ac2c/1429614003292/rapport+Diskrimineringens+betydelse+f%C3%B6r+h%C3%A4lsan.pdf>
- Kammarkollegiet (2017). *Tolkavvändningen i Staten: Så skapar bristande kvalitetskrav brist på auktoriserade tolkar*. Hämtat från <https://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/Tolkav%C3%A4ndning%20i%20staten%20-%20S%C3%A5%20skapar%20bristande%20kvalitetskrav%20brist%20p%C3%A5%20auktoriserade%20tolkar.pdf>
- Kaplan, J. B., & Bennett, T. (2003). Use of race and ethnicity in biomedical publication. *Jama*, 289(20), 2709-2716.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967.
- Klefbom, C. (2007). *Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008*. Stockholm: Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting.
- Kunskapscentrum barnhälsovård (2018a). *Barnhälsovården i Skåne – årsrapport 2017*. Region Skåne.
- Kunskapscentrum barnhälsovård (2018b). *Regionalt Uppdrag: Hälsoundersökning enligt BBIC – Barns behov i centrum. Årsredovisning 2017*. Region Skåne.
- Kunskapscentrum demens, Migrationsskolan (2017). *Region Skånes arbete med jämlik hälsa i ett migrationsperspektiv – exempel demenssjukdom*. Presentation på inspirationsdagen om migration och hälsa 9 november 2017, Region Skåne.
- Kunskapscentrum kvinnohälsa (2017). *Sexuell och reproduktiv hälsa i Skåne - En nulägesanalys utifrån Kunskapscentrum kvinnohälsas uppdrag, 2017*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunni-grupper/kvinnohalsa/rapporter/nulagesanalys-kunskapscentrum-kvinnohalsa.pdf>
- Kunskapscentrum kvinnohälsa (2018). *Sexuell och reproduktiv hälsa i Skåne – årsrapport 2017*. Region Skåne.
- Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention (2017). *Hälsofrämjande arbete med levnadsvanor – en kartläggning av levnadsvanearbetet inom Region Skånes vårdcentraler 2017*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunni-grupper/kunskapscentrum-levnadsvanor/rapport-levnadsvanor-region-skanes-primarvard-2017.pdf>
- Kunskapscentrum migration och hälsa (2017). *Migration och hälsa: En omvärldsanalys utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunni-grupper/kc-migration-o-halsa/omvarldsanalys-migration-och-halsa-i-region-skane.pdf>
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Journal of Psychiatry* 23(Suppl 1), 14–20.

- Länsstyrelsen Stockholm (2018). *Sveriges nationella minoriteter*. Hämtat från <http://www.lansstyrelsen.se/Stockholm/Sv/manniska-och-samhalle/nationella-minoriteter/Pages/default.aspx>
- Länsstyrelsen Skåne (2018). *MILSA – Utvecklingsplattform för migration och hälsa*. Hämtat från <http://www.lansstyrelsen.se/skane/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/plattform-for-migration-och-halsa/Pages/plattform-for-migration-och-halsa.aspx>
- Mattila, A., Ghaderi, P., Tervonen, L., Niskanen, L., Pesonen, P., Anttonen, Laitala. (2016). Self-reported oral health and use of dental services among asylum seekers and immigrants in Finland—a pilot study. *European Journal of Public Health* 26(6):1006-1010.
- Migrationsverket. (2012). *Rättsligt ställningstagande angående medicinska utredningar av åberopade skador. RCI 20/2012*. Hämtat från <http://lifos.migrationsverket.se/dokument?documentSummaryId=27933>
- Migrationsverket (2015). *Ersättning för kostnadskrävande vård till asylsökande*. Hämtat från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Sok-ersattning-for-asylsokande/Ersattning/Kostnadskravande-varld.html>
- Migrationsverket (2016a). *Statlig ersättning för asylsökande som betalas ut till landsting utan ansökan*. Hämtat från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Ersattning-for-asylsokande-utan-ansokan.html>
- Migrationsverket (2016b). *Ersättning för hälsoundersökning av asylsökande*. Hämtat från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Sok-ersattning-for-asylsokande/Ersattning/Halsundersokning.html>
- Migrationsverket (2017). *Vem kan bli uttagen som kvotflykting?* Hämtat från <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Flyktingkvoten/Vem-kan-bli-uttagen-som-kvotflykting.html>
- Migrationsverket (2018a). *Ansöka om ersättning för asylsökande*. Hämtat från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Sok-ersattning-for-asylsokande.html>
- Migrationsverket (2018b). *Ersättning för hälso- och sjukvård för nyanlända*. Hämtat från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Sok-ersattning-for-personer-med-uppehallstillstand/Ersattning/Halso--och-sjukvard-for-nyanlanda.html>
- Mukadam N, Cooper C, & Livingston G. (2011). A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 26 (1), 12-20.
- Myndigheten för kulturanalys (2012). *Att utveckla indikatorer för utvärdering av kulturpolitik: Redovisning av ett regeringsuppdrag*. Hämtat från <http://www.kulturanalys.se/wp-content/uploads/2012/08/Att-utveckla-indikatorer-for-utvardering-av-kulturpolitik.pdf>
- Myndigheten för vårdanalys (2012). *Patient-centeredness in Sweden's health system – an external assessment and six steps for progress*. Rapport 2012:7. Hämtat från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/11/2012-7-Patientcenteredness-v7-0-web.pdf>
- Myndigheten för vårdanalys (2013). *Hur kan man identifiera omotiverade väsentliga skillnader i vården?* PM 2013:3. Hämtat från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/PM-2013-3-Hur-kan-man-identifiera-omotiverade-vasentliga-skillnader-i-varden.pdf>
- Myndigheten för vårdanalys (2014). *En mer jämlik vård är möjlig: Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Hämtat från [https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2014-7-En-mer-jamlik-vard-ar-mojlig\\_webb.pdf](https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/2014-7-En-mer-jamlik-vard-ar-mojlig_webb.pdf)



- Myndigheten för vårdanalys (2016). *Förebygga för att överbrygga?* Rapport 2016:4. Hämtat från [https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/F%C3%B6rebygga-f%C3%B6r-att-%C3%B6verbrygga-rapport-2016\\_4.pdf](https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/F%C3%B6rebygga-f%C3%B6r-att-%C3%B6verbrygga-rapport-2016_4.pdf)
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160.
- Möller, N., Petrini, I. & Gustavsson, U. (2017). *Krig, tortyr och flykt: vad gör det med människan och hur vi kan hjälpa*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Nationell patientenkät (2018). *Vad är Nationell Patientenkät?* Hämtad från <https://patientenkät.se/sv/vad-ar-nationell-patientenkät/>
- Nationella kvalitetsregister (2016). *Guide – Kvalitetsregister som stöd i förbättringsarbete*. Andra upplagan. Hämtat från [http://kvalitetsregister.se/download/18.437053091560c5c80f8cd1bd/1476819743648/guide\\_forbattningsarbete\\_upplaga2.pdf](http://kvalitetsregister.se/download/18.437053091560c5c80f8cd1bd/1476819743648/guide_forbattningsarbete_upplaga2.pdf)
- Nationella Kvalitetsregister (2018). *Om Nationella Kvalitetsregister*. Hämtat från <http://kvalitetsregister.se/tjanster/omnationellakvalitetsregister.1990.html>
- Olsson, E., & Lau, M. (2012). *Ta med en vän - Ett projekt för att öka cellprovtagningen i Nordöstra Göteborg. Västra Götalandsregionen*. Hämtat från [https://www2.sahlgrenska.se/upload/Angereds%20närsjukhus/TaMedEnVän\\_Slutrapport.pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/Angereds%20närsjukhus/TaMedEnVän_Slutrapport.pdf)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2006). *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. Hämtat från <http://www.oecd.org/health/health-systems/36262363.pdf>
- Proctor, A., Krumeich, A., & Meershoek, A. (2011). Making a difference: The construction of ethnicity in HIV and STI epidemiological research by the Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). *Social Science & Medicine*, 72(11), 1838-1845.
- Salari, R., Ssegonja, R., & Sarkadi, A. (2017). Pilot study of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden Anna Sarkadi. *European Journal of Public Health*, 27(suppl\_3).
- Regeringskansliet (2016). *Regeringens strategi för det nationella arbetet med de mänskliga rättigheterna*. Skr. 2016/17:29. Hämtat från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/skrivelse/2016/10/skr.-20161729/>
- Regeringskansliet (1986). *Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning*. ID-nummer: SÖ 1986:1. Hämtat från <http://www.regeringen.se/rattsdokument/sveriges-internationella-overenskommelser/1994/01/so-19861/>
- Region Skåne (2010). *Likabehandlingspolicy för Region Skåne*. Hämtat från [https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/likabehandlingspolicy\\_likastora\\_sidor.pdf](https://www.skane.se/globalassets/styrandedokument/likabehandlingspolicy_likastora_sidor.pdf)
- Region Skåne (2011). *Region Skånes policy för vård för personer från andra länder*. Koncernkontoret. Avdelningen för hälso- och sjukvård. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/2.patientadministration/vard-inomutom-landet/asylosokande-och-flyktingar/policy-riktlinjer-och-tillampningar/policy-var-d-av-personer-fran-andra-lander.pdf> 2011-04-07
- Region Skåne (2014a). *Barn och föräldrar i Skåne 2014 – en undersökning om barns och föräldrars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. Hämtat från [http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer\\_dokument/barn-och-foraldrar-i-skane-2014.pdf](http://utveckling.skane.se/siteassets/publikationer_dokument/barn-och-foraldrar-i-skane-2014.pdf)
- Region Skåne (2014b). *Underlag för strategisk plan – Tandvården i Region Skåne*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag-for-hal-so-och-sjukvard/uppdrag-2017/hs-uppdrag-2017.pdf>

- Region Skåne (2015a). *Strategi för jämlik vård 2016-2018*. Koncernkontoret. Hämtat från <http://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lsa%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Handlingsplan%20f%C3%B6r%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd/Strategi%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd.pdf>
- Region Skåne (2015b). *Vård av personer från annat landsting eller land samt asylsökande och papperslösa*. Hämtat från [https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/vard-andra-landsting-och-utomlands/lathund\\_var-d-for-personer-fran-andra-landsting-lander-samt-asylsokande-och-papperslosa.pdf](https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/vard-andra-landsting-och-utomlands/lathund_var-d-for-personer-fran-andra-landsting-lander-samt-asylsokande-och-papperslosa.pdf)
- Region Skåne (2016a). *Asylsjukvårdsplattformen – underlag för ställningstagande*. Kunskapscentrum migration och hälsa, Region Skåne.
- Region Skåne. (2016b). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2017*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag-for-hal-so--och-sjukvard/uppdrag-2017/hsuppdrag-2017.pdf>
- Region Skåne (2016c). *Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/journalhantering-och-registrering/registreringsanvisningar---fillistning/riktlinjer-for-patientregistrering---fillistning/regionala-riktlinjer-for-registrering-och-kodning-region-skane.pdf>
- Region Skåne (2017a) *Handlingsplan för jämlik demensvård i Region Skåne 2017*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunni-grupper/kunskapscentrum-demens/synaps/handlingsplan-for-jamlik-demensvard-i-region-skane-2017.pdf>
- Region Skåne (2017b). *Statusrapport för utveckling av uppföljning med jämlikhetsperspektiv*. Koncernkontoret, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning.
- Region Skåne (2017c). *Registrering i Vera Asyl och PASIS*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/patientadministration/vard-av-personer-fran-andra-lander/migration-asyl/registrering/>
- Region Skåne (2017d). *Överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap. Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/globalassets/fillistning-globalt/regions-skanes-iop-avtal-i-pdf-format/overenskommelse-svenska-roda-korset.pdf?highlight=R%c3%b6da+Korset>
- Region Skåne (2018a) *Region Skånes verksamhetsplan och budget 2018*. Hämtat från [https://www.skane.se/siteassets/organisation\\_politik/publikationer\\_dokument/budget2018.pdf](https://www.skane.se/siteassets/organisation_politik/publikationer_dokument/budget2018.pdf)
- Region Skåne (2018b). *Sammanhållen Divigral Vårdmiljö SDV*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/sammanhallen-digital-vardinformation-svd/>
- Region Skåne (2018c). *Uppföljning Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2018*. Hämtat från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/2018/uppfoljningsbilaga-2018.pdf>
- Region Skåne, Beredning för primärvård, psykiatri och tandvård (2015). *Kunskapscentrum vård till personer från andra länder*. Region Skåne.
- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of women's mental health*, 17(3), 221-228.
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 97-104.

- Röda Korset. (2016). *Nyanlända och asylsökande i världen. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1. Hämtat från <http://www.rkh.se/PageFiles/5889/Studie%20%20Nyanl%C3%A4nda%20och%20asyls%C3%B6kande%20i%20Sverige.pdf>
- Browne, A. J., Varcoe, C. M., Wong, S. T., Smye, V. L., Lavoie, J., Littlejohn, D., ... & Fridkin, A. (2012). Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 59.
- SCB (2018c) Befolkningsstatistik. Hämtat från <http://www.scb.se/BE0101>
- SCB (2018b). *Statistik om invandring – frågor och svar*. Hämtat från <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/produktrelaterat/Fordjupad-information/statistik-om-invandring---fragor-och-svar/>
- SCB (2018c). *Sverige i siffror*. Hämtat från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/>
- Schubert C.C., & Punamäki, R.L. (2015). Torture and PTSD: Prevalence, Sequelae, Protective Factors, and Therapy. I Martin C., Preedy V., Patel V. (red.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*. Cham: Springer International Publishing.
- Skatteverket (2018). *Flytta utomlands*. Hämtat från <https://www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/flyttautomlands.4.18e1b10334e8bc80001591.html>
- Svenska Läkaresällskapet (2013). *Vårdprofessionernas syn på begreppet "vård som inte kan anstå"*. Hämtat från [http://www.sls.se/Global/Konsensusuttalande131125%20\(2\).pdf](http://www.sls.se/Global/Konsensusuttalande131125%20(2).pdf)
- Smittskydd Skåne (2017). *Tuberkulos i Skåne 2017*. Hämtad från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/smittskydd/helarsstatistik/helarsstatistik-2017/tuberkulos-i-skane-2017.pdf>
- Socialdepartementet och Sveriges kommuner och landsting (2015). *Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård. Insatser inom hälso- och sjukvården*. Hämtat från <http://www.regeringen.se/49c856/contentassets/2a4f912b76cf4382b52929515e97bcb7/overenskommelsen---tillganglighet-och-samordning-for-en-mer-patientcentrerad-varld>
- Socialförsäkringsutskottet (2016). *Socialförsäkringsutskottets betänkande: Ett sammanhållet mottagande med tidsbegränsade uppehållstillstånd. 2016/17:SfU25*. Hämtat från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/ett-sammanhallet-mottagande-med-tidsbegransade\\_H401SFU25](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/ett-sammanhallet-mottagande-med-tidsbegransade_H401SFU25)
- Socialstyrelsen, (2008). *Familjecentraler: Kartläggning och kunskapsöversikt*. Hämtat från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8845/2008-131-16\\_200813116.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8845/2008-131-16_200813116.pdf)
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård: Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17957/2010-3-11.pdf>
- Socialstyrelsen (2011). *Ojämliga villkor för hälsa och vård: Jämlighetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>
- Socialstyrelsen (2012). *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18636/2012-2-37.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Socialtjänstens arbete med ensamkommande barn och ungdomar – en vägledning*.

- Hämtat från <http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/mottagning-och-etablering-av-nyanlanda/Ensamkommande%20flyktningbarn/Socialtj%C3%A4nstens%20arbete%20med%20EKB%202015-2.pdf>
- Socialstyrelsen (2014a). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-2>
- Socialstyrelsen. (2014b). *Vård till papperslösa, vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Stockholm. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-28>
- Socialstyrelsen. (2015a). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19664/2015-1-19.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015b). *Flickor och kvinnor i Sverige som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet*. Stockholm. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19677/2015-1-32.pdf>
- Socialstyrelsen (2016a). *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård - Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner – delrapport*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20115/2016-3-22.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016b). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Stockholm: Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20148/2016-51.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016c). *Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016*. Stockholm. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20184/2016-57.pdf>
- Socialstyrelsen (2016d). *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*. Stockholm. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016-1214.pdf>
- Socialstyrelsen (2017a). *Handbok för utveckling av indikatorer: För god vård och omsorg*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20626/2017-5-19.pdf>
- Socialstyrelsen (2017b). *Öppna jämförelser 2016 - Säker vård: En indikatorbaserad uppföljning*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20464/2017-1-16.pdf>
- Socialstyrelsen (2018a). *Graviditetsregistret*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/register/register-service/nationellakvalitetsregister/graviditetsregistret>
- Socialstyrelsen (2018b). *Indikatorer för att mäta och följa upp*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer>
- SOU (2006). *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. 2006:78. Hämtat från <http://www.regeringen.se/49bb01/contentassets/764bc18a973546cc90ee69255f9f3fca/halsa-var-d-och-strukturell-diskriminering-sou-200678>
- SOU (2016). *Effektiv vård*. 2016:2. Hämtat från [https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-var-d---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden\\_sou-2016-2.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/effektiv-var-d---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf)
- SOU (2017a). *Kunskapsbaserad och jämlik vård: Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. 2017:48. Hämtat från [https://www.regeringen.se/49c8c5/contentassets/c8f0ef5cd4644a3e8d6169e8afdc7a90/sou\\_2017\\_48\\_kunskapsbaserad-och-jamlik-var-d-forutsattningar-for-en-larande-halso--och-sjukvard.pdf](https://www.regeringen.se/49c8c5/contentassets/c8f0ef5cd4644a3e8d6169e8afdc7a90/sou_2017_48_kunskapsbaserad-och-jamlik-var-d-forutsattningar-for-en-larande-halso--och-sjukvard.pdf)

- SOU (2017b). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. 2017:147. Hämtat från [http://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa\\_sou2017\\_47.pdf](http://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf)
- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. R 2010:16. Hämtat från [https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12462/R2010-16-folkhalsopolitisk\\_rapport-2010.pdf](https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12462/R2010-16-folkhalsopolitisk_rapport-2010.pdf)
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., Suslijik I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.
- Stockholms Läns Landsting (2017). Yttrande över Motion 2017:8 av Avuva Barczewska m.fl. (MP) om att använda SCB:s riktlinjer och uttrycket ”person med utländsk bakgrund”. Hämtat från <http://www.sll.se/Global/Politik/Politiska-organ/Halso-och-sjukvardsnamnden/2017/171121/26%20Yttrande%20%C3%B6ver%20motion%20MP%20SCBs%20riktlinjer.pdf>
- Sundvall, M., Tidemalm, D. H., Titelman, D. E., Runeson, B., & Bäärnhielm, S. (2015). Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC psychiatry*, 15(1), 235.
- Svenska Barnmorskeförbundet (2016). *10 punkter för jämlik kvinnovård*. Hämtat från <https://www.sfog.se/media/286038/mdel.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. Hämtat från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-437-4.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015). *Handlingsplan för ett stärkt arbete för mänskliga rättigheter i kommuner, landsting och regioner*. Hämtat från <https://skl.se/download/18.6f6e407314d3e0aee8a3e083/1431351568562/skl-handlingsplan-2015-MR-%C3%B6verenskommelse.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016a). *Vård av personer från andra länder. Sjunde omarbetade upplagan*. Hämtat från <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/var-d-av-personer-fran-andra-lander.html>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2016b). *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Slutrapport förstudie 31 mars 2016. Rapport till Socialdepartementet efter regeringsbeslut S2015/06414/FS*. Hämtat från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/assets/uploads/2016/03/Slutrapport-forstudie-halsoutveckling-asylsokande-mars-2016.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2016c). *Rättigheter för barn som söker asyl. FN:s stöd för regionalt och lokalt barnrättsarbete*. Hämtat från <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-317-8.pdf?issuusl=ignore>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2017a). *Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända. Nationell spridning av insatser från förstudien om positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Slutrapport S2015/06414/FS (SKL DNR 16/03142)*. Hämtat från <https://skl.se/download/18.18efb8dc15a60e54b23a68f9/1488290534341/halsa-i-sverige-for-asylsokandeoch-nyanlanda.pdf>
- Sveriges kommuner och landsting (2017b). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017: Befolkningen attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*. Hämtat från <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvardsbarometern-2017.html>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018a). *Asylsjukvårdsplattform för planering och uppföljning*. Hämtat från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/verktyg/asylsjukvardsplattform-for-planering-och-uppfoljning/>

- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2018b). *Hälso- och sjukvårdsbarometern*. Hämtat från <https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html>
- Sveriges kommuner och landsting (2018c). *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*. Hämtat från <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html>
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-450.
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). Nyanlända och asylsökande i Sverige: en studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Stockholm: Röda Korsets högskola. Hämtat från <http://www.rkh.se/forskning/pagaende-projekt/forskningsstudie-om-halsa-och-levnadsvillkor-bland-flyktingar-och-asylsokande-i-sverige/>
- Toivanen, T., & Toivanen, S. (2014). *Utsatt för tortyr: att möta och rehabilitera traumatiserade flyktingar*. 1. uppl. Stockholm: Gothia Fortbildning
- UN Human Rights Council (2016). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/31/57*. Hämtat från <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement>
- UN Human Rights Council (2017). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/34/54*. Hämtat från [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/HRC/34/54](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/34/54)
- United Nations, UN. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights* - Förenta Nationerna (1948) Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Hämtat från <http://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>
- UN Voluntary Fund for Victims of Torture (2016). *How can children survive torture? Report on the Expert Workshop on redress and rehabilitation of child and adolescent victims of torture and the intergenerational transmission of trauma*. Hämtat från <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Torture/UNVFVT/HowCanChildrenSurviveTorture.pdf>
- Wish Garrett, P., Roberto-Forero, Grant Dickson, H., & Klinken Whelan, A. (2008). Communication and healthcare complexity in people with little or no English: the Communication Complexity Score. *Ethnicity and Health*, 13(3), 203-217.
- White, JS., Hamad, R., Li, X., Basu, S., Ohlsson, H., Sundquist, J., Sundquist, K. (2016). Long-term effects of neighbourhood deprivation on diabetes risk: quasi-experimental evidence from a refugee dispersal policy in Sweden. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 4(6), 517-524.
- Winters, M., Rechel, B., de Jong, L. et al. (2018). Systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Serv Res* 18(30).
- Wong, S. T., Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Fridkin, A., Smye, V., ... & Tu, D. (2014). Development of health equity indicators in primary health care organizations using a modified Delphi. *PloS one*, 9(12), e114563.
- World Health Organization (2010). *Health service delivery*. Hämtat från [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_section1\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf)
- Västra Götalandsregionen. (2017). *Asylsökandes vårdkonsumtion i Västra Götaland*. Fördjupningsrapport Verksamhetsanalys. Göteborg: Västra Götalandsregionen. Hämtat från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/ed04ecb1-c1cd-4752-bf67-34161f205304/Vårdbehov%20i%20VG%20asylsökande%20utkast%202011-2016%20170504%20till%20FINAL-%20170508.pdf?a=false&guest=true>.

Yu-Ting, H & Phillips, C (2009) Telephone interpreters in general practice – Bridging the barriers to their use. *Australian Family Physician*, 38, 443-446.

Zdravkovic, S., Grahn, M., Björngren Cuadra, C. (2016). *Kartläggning av nyanländas hälsa. Delrapport från MILSA*. Malmö Högskola (MIM). Hämtat från <https://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/Publications/161213%20Kartlaggning%20av%20nyaändas%20hälsa.pdf>

## LAGAR, RÅD, PROPOSITIONER OCH FÖRESKRIFTER

Regeringens proposition (1996/97:60) *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

SFS. 1985:125. *Tandvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS. 1996:1357. *Förordning om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS. 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS. 2010:409. *Förordning om etableringssamtal och etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare*.

Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet. SFS. 2013:407. *Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS. 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS. 2016:752. *Lag om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS. 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SOSFS 1988:8. *Socialstyrelsens allmänna råd. Hälsovård för flyktingar och asylsökande*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS. 2011:11. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.* Stockholm: Socialstyrelsen.

