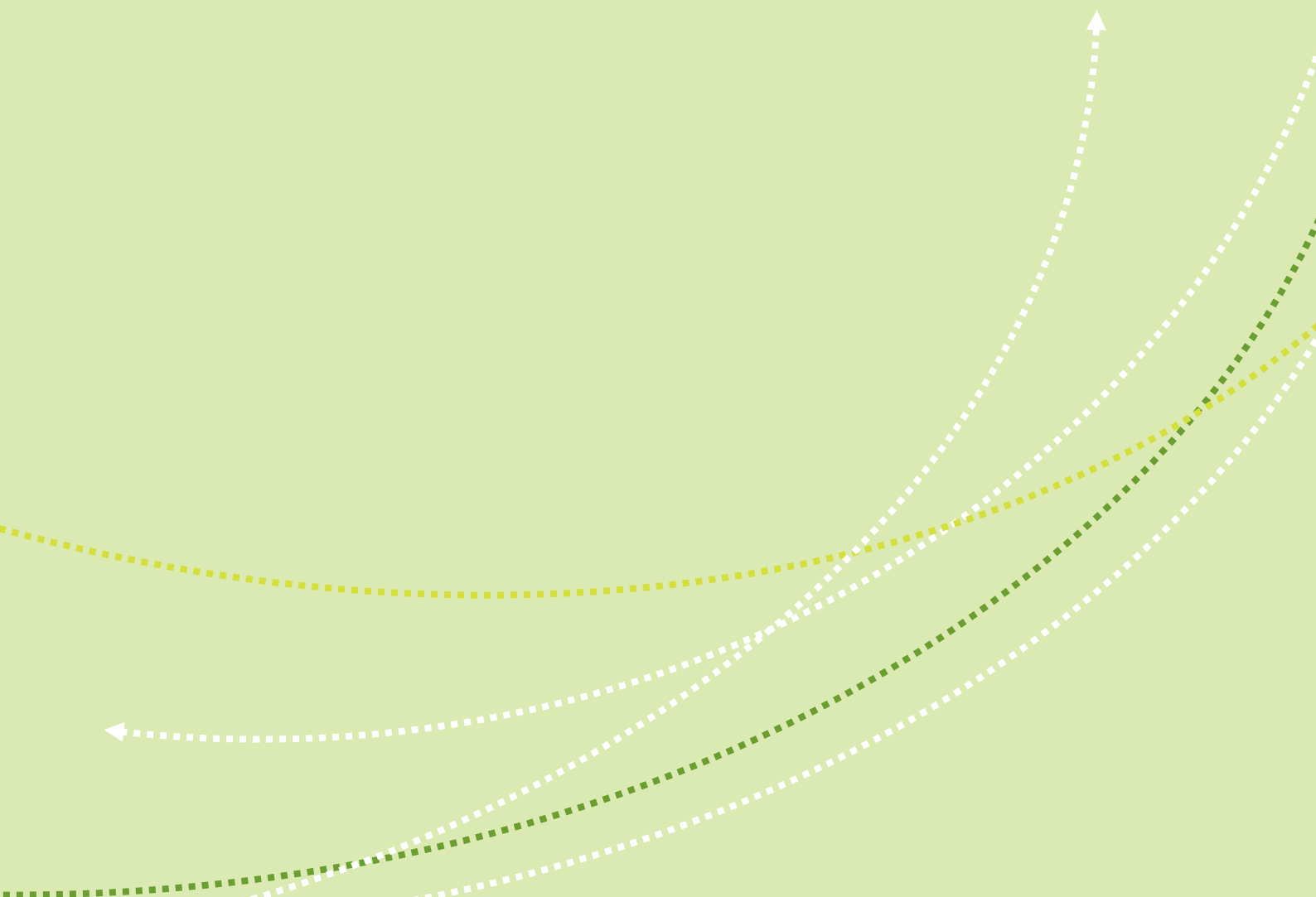
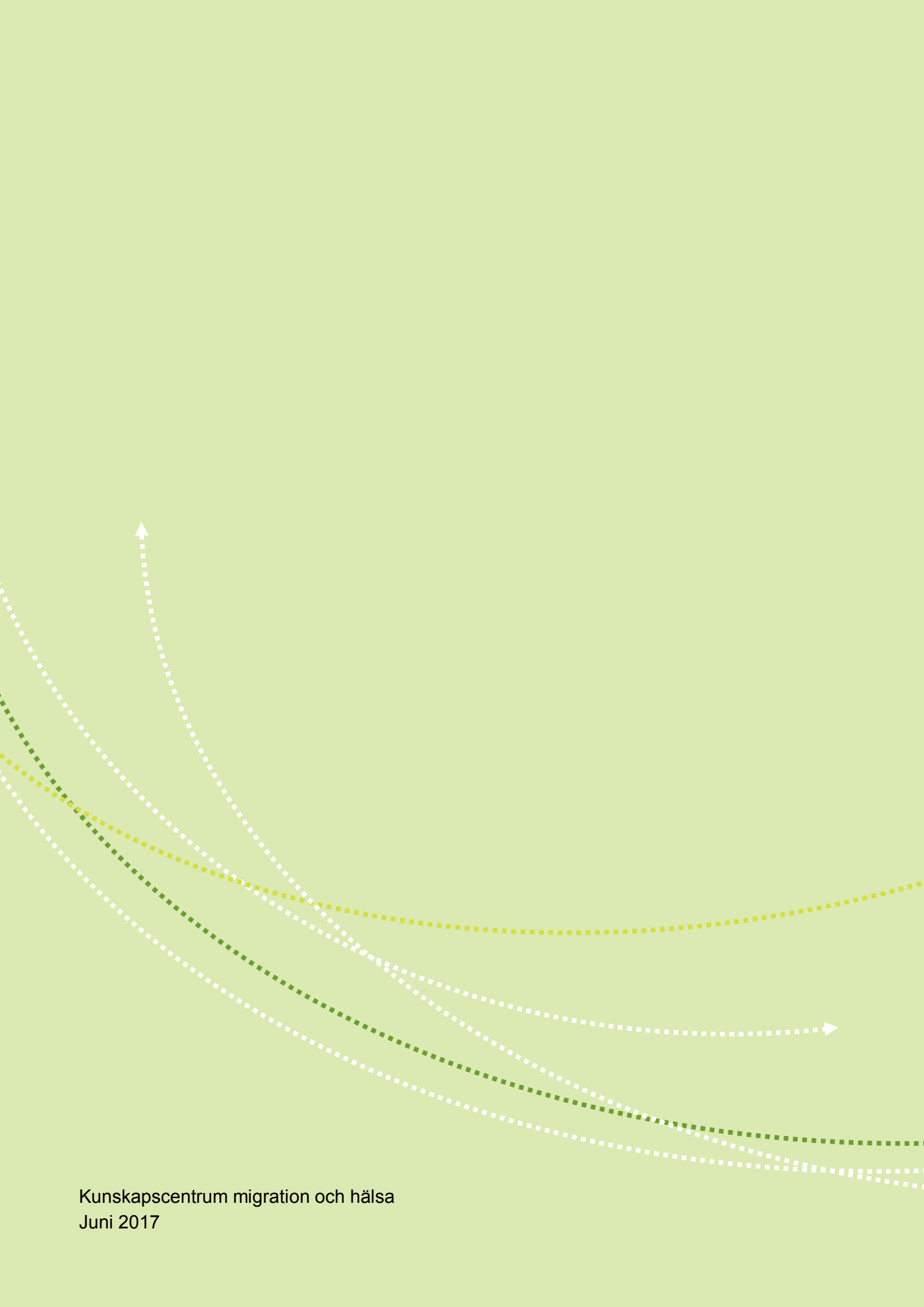


# Migration och hälsa

En omvärldsanalys utifrån Kunskapscentrum migration  
och hälsas uppdrag





## Förord

För lite mer än ett år sedan, i februari 2016, startade Kunskapscentrum migration och hälsa efter ett beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden. Enheten har ett regionövergripande uppdrag med fokus på att genom utbildning, samordning och metodutveckling stödja hälso- och sjukvården i frågor som berör migration och hälsa. Som enhetschef har det varit min uppgift att under det första verksamhetsåret bygga upp enheten från grunden, rekrytera personal, påbörja arbetet med starta utbildningsinsatser och bygga upp en struktur för att fördjupa kunskapen om hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv.

Under våren började arbetet ta form och när sommaren närmade sig var rekryteringsprocessen i full gång. Vid årsskiftet 2016/2017 bestod personalstyrkan av tio personer som jobbar hel- eller deltid på Kunskapscentrum migration och hälsa. Personalen består både av hälso- och sjukvårdspersonal med erfarenhet av kliniskt arbete i migrationsmiljöer men också av samhällsvetare med olika inriktning: mänskliga rättigheter, folkhälsovetenskap och internationell migration och etniska relationer. Efter årsskiftet anslöt en socionom. Den varierade personalstyrkan med olika kompetensområden är en förutsättning för att arbeta med ett flervetenskapligt område som migration och hälsa.

Med lite mer än ett år bakom oss har ett antal utbildningssatsningar kommit igång (för mer info om aktuella utbildningar se [www.skane.se/kcmigrationhalsa](http://www.skane.se/kcmigrationhalsa)), nätverksträffar med olika personalgrupper har initierats liksom samverkan med olika verksamheter inom Region Skåne och med externa aktörer. Arbetet på enheten har börjat hitta sina former. En viktig del i detta är att söka och sammanställa kunskap inom migrationsområdet. Omvärldsanalysen, som baseras på forskning, är ett första steg i att bygga upp en kunskapsbas för Kunskapscentrum migration och hälsa. Samtliga medarbetare har bidragit till arbetet som kommer att fortsätta framöver och även fördjupas utifrån särskilda fokusområden.

Migration är en perspektivfråga inom hälso- och sjukvård. Med detta menar jag att alla verksamheter berörs av migration och på olika sätt behöver förhålla sig till detta. Vad ett migrationsperspektiv innebär i just din verksamhet har personalen på plats bäst uppfattning om. På Kunskapscentrum migration och hälsa kan vi inte vara insatta i hur varje enskild verksamhet i Region Skåne arbetar och vi kan inte heller ha sakkunskap om alla kliniska frågor med migrationskoppling. Det vi kan göra är att belysa *varför det är viktigt att beakta ett migrationsperspektiv* inom hälso- och sjukvård och ge stöd i *vilka migrationsaspekter som är relevanta* för just din verksamhet. Denna omvärldsanalys ger inspel på hur migrationsprocesser påverkar hälsan hos migranter och kan förhoppningsvis fungera som en motivation till att arbeta vidare med migrationsfrågor på olika verksamhetsnivåer i Region Skåne. Vill du resonera om hur din verksamhet kan utvecklas med ett migrationsperspektiv är du välkommen att kontakta oss på Kunskapscentrum migration och hälsa.

Malmö 170531

Jenny Malmsten

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

# Innehållsförteckning

Förord.....	3
Sammanfattning .....	6
1 Inledning.....	8
1.1 Kunskapscentrum migration och hälsa .....	11
1.2 Syfte, frågeställningar och avgränsningar.....	11
2 Hälsa- och sjukvård med ett migrationsperspektiv.....	15
2.1 Rätten till vård för personer från andra länder .....	15
2.2 Nödvändig vård, omedelbar vård och vård som inte kan anstå .....	17
2.3 Hälsoundersökning .....	18
2.4 Tolk – rättighet eller skyldighet?.....	19
3 Hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv .....	21
3.1 Generella hälsokonsekvenser vid migration .....	21
3.2 Psykisk ohälsa .....	22
3.3 Kvinnohälsa.....	26
3.4 Levnadsvanor och sjukdom .....	27
3.5 Smittspridning – exemplen tuberkulos och HIV .....	28
3.6 Tandhälsa .....	29
4 Vad görs i Sverige och Region Skåne inom migration och hälsa?.....	30
4.1 Hälsa i Sverige.....	30
4.2 Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting .....	31
4.3 Regionalt lärandecentrum för migration och hälsa i Västra Götalandsregionen .....	31
4.4 Partnerskap Skåne och MILSA.....	31
4.5 Samhälls- och hälsokommunikatörer .....	32
4.6 Flyktinghälsan .....	32

4.7 MEDIM-studien .....	33
4.8 EU-projekt och Vera Asyl.....	33
4.9 Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.....	33
4.10 Tandhälsa .....	34
4.11 Migrationsskolan .....	34
4.12 Mobila team.....	34
4.13 Migrationssamordnare .....	35
4.14 Migrationens utmaningar inom hälsa, omsorg och vård.....	35
4.15 Noaks Ark .....	35
4.16 Kulturdoulor .....	35
5 Kunskapscentrum migration och hälsa – Fokusområden 2017-2018 .....	37
5.1 Proportionell universalism och hälsolitteracitet.....	37
5.2 Jämlik vård och rättigheter i ett migrationsperspektiv .....	38
5.3 Generell kunskapshöjning om migration och hälsa.....	39
5.4 Psykisk ohälsa .....	40
5.5 Särskilt utsatta grupper .....	43
6 Avslutande diskussion.....	46
Referenser.....	49
Lagar, råd och föreskrifter .....	55
Bilaga 1. ....	56

## Sammanfattning

År 2015 fattades ett politiskt beslut i Region Skåne om att bilda *Kunskapscentrum migration och hälsa* med uppdrag att genom utbildning, samordning och metodutveckling stödja hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne i att erbjuda en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder. Uppdraget är regionövergripande och innefattar migranter i bred bemärkelse, vilket innebär att det spänner över grupper som nyligen anlänt och söker asyl i Sverige till redan etablerade migrantgrupper som befunnit sig lång tid i landet.

Det huvudsakliga syftet med denna omvärldsanalys är att göra en första inventering av kunskapsläget inom området migration och hälsa för att identifiera fokusområden för det fortsatta arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa. Ett ytterligare syfte är att tillhandahålla grundläggande information om hur migrationsprocesser påverkar människor, eftersom forskning visar att migration påverkar hälsan både före, under och efter flytten. Migranter är inte en homogen grupp. Hälsostatus och vårdbehov varierar i stor utsträckning, vilket i sin tur påverkar behovet av insatser från hälso- och sjukvård samt tandvård. Materialet i denna omvärldsanalys är hämtat från befintlig forskning och omvärldsanalysen svarar på följande frågor:

- Vad säger de lagar och regler som styr hälso- och sjukvård när det gäller vård av migranter?
- Vad säger befintlig forskning om hur människors fysiska och psykiska hälsa påverkas av migrationsprocessen (med fokus på migration av flyktingskäl)?
- Vad visar befintlig forskning om hälsoläget för personer med migrationsbakgrund?
- Vilka projekt/aktiviteter bedrivs lokalt, nationellt och inom Region Skåne med fokus på migration och hälsa?
- Utifrån ovanstående – vilka fokusområden kan identifieras för Kunskapscentrum migration och hälsas fortsatta arbete?

Omvärldsanalysen är indelad i fem avsnitt. Inledningsvis presenteras begrepp som är viktiga för att diskutera hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv. Ett centralt begrepp i rapporten är *jämlik vård* som handlar om att Region Skåne ska säkerställa att vård ges på lika villkor och med respekt för alla människors lika värde. Det innebär att hälso- och sjukvårdens insatser behöver anpassas utifrån den enskildes förutsättningar. I Region Skånes riktlinjer för vård av asylsökande och papperslösa framkommer att all hälso- och sjukvård så långt som möjligt ska erbjudas på lika villkor som för andra som är bosatta i Skåne.

I nästa avsnitt presenteras hälso- och sjukvård utifrån ett migrationsperspektiv med fokus på de regelverk som styr hälso- och sjukvård, det vill säga rätten till vård. I Sverige erbjuds alla asylsökande och anhöriginvandrare hälsoundersökningar i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, detta för att uppmärksamma ohälsa och behov av vård hos migranter. Enligt gällande ackrediteringsvillkor ska samtliga vårdcentraler i Region Skåne erbjuda hälsoundersökningar och år 2016 genomgick cirka 65 % av asylsökande i Skåne detta. I avsnittet diskuteras även tolkning som är en central fråga för att bedriva hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv. Utöver en allmän brist på tolkar råder det en särskild brist på auktoriserade sjukvårdstolkare, vilket medför stora svårigheter för hälso- och sjukvården att erbjuda en jämlik vård. Avslutningsvis problematiseras begrepp som har särskild bäring på hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv: *nödvändig vård*, *omedelbar vård* och *vård som inte kan anstå*. Begreppen medför tolkningssvårigheter som i sin tur resulterar i att vårdetiska principer riskerar att frångås.

I ett tredje avsnitt diskuteras hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv i relation till psykisk ohälsa, kvinnohälsa, levnadsvanor och tandhälsa. Hälsa i ett migrationsperspektiv är komplext och för att erbjuda en jämlik vård behövs en förståelse för hur migrationsaspekter påverkar hälsan. Tillgänglig forskning är dock motstridig där vissa studier visar att flyktingar som precis fått uppehållstillstånd i flera avseenden mår bättre än svenskar utifrån självrapporterad hälsa, livskvalitet och funktion. Annan forskning visar att hälsan snarare tenderar att försämrats över tid bland migranter om asyl- och etableringsprocessen blir utdragen. Psykisk ohälsa är en särskilt stort utmaning och mellan 20-30 % av asylsökande och nyanlända beräknas lida av psykisk ohälsa. Vissa studier visar på betydligt högre ohälsotal. Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) är framträdande hos migranter, speciellt hos de som fått fly sina hemländer och bland ensamkommande barn. Även den somatiska hälsan kan påverkas av såväl flykten som av situationen i mottagarlandet. Vad gäller levnadsvanor och sjukdom visar studier att exempelvis irakiska migranter har dubbelt så hög förekomst av diabetes än personer födda i Sverige. Även tandhälsa berörs i omvärldsanalysen då studier visar att nyanlända har sämre tandhälsa än svenskfödda.

I det fjärde avsnittet diskuteras migrationsperspektiv i vården genom exempel på insatser som genomförs på nationell, regional eller lokal nivå. SKL:s kunskapslyft *Hälsa i Sverige* syftar till att stärka den positiva hälsoutvecklingen hos asylsökande och nyanlända. I Skåne finns flera satsningar för att möta psykisk ohälsa bland migranter, bland annat inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) där Teamet för krig- och tortyrskadade (TKT) finns, samt genom Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. En satsning från TKT är uppsökande verksamhet med mobila team, bestående av en psykolog och en kurator, som arbetar med psykologisk första hjälp på HVB (hem för vård eller boende) för ensamkommande barn och ungdomar.

Utifrån vad som framkommit i ovanstående avsnitt mynnar omvärldsanalysen avslutningsvis ut i ett antal fokusområden för Kunskapscentrum migration och hälsa 2017-2018. Identifierade fokusområden är (1) jämlik vård och rättigheter i ett migrationsperspektiv, (2) generell kunskapshöjning om migration och hälsa, (3) psykisk ohälsa, och (4) särskilt utsatta grupper. Inom dessa områden föreslås ett antal insatser på olika nivåer. En del insatser är på strukturell nivå och avser förändringar kopplade till organisatoriska processer så som verksamhetsplanering och framtagande av budget. Det kan också handla om att synliggöra lagstiftning eller rättigheter för migranter inom hälso- och sjukvård eller vara delaktiga i att ta fram vårdprogram och riktlinjer. Andra insatser handlar om samverkan med parter som agerar inom området migration och hälsa. Flera insatser inom migrationsområdet berör parter över förvaltnings- och organisationsgränser varför samverkan är viktig. Insatser planeras också genom kunskapshöjning inom Region Skåne, till exempel i form av riktade utbildningar gentemot olika personalgrupper inom hälso- och sjukvård, eller framtagande av metodmaterial.

# 1 Inledning

Varför behövs Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne? Denna fråga är utgångspunkt för att påbörja en diskussion om vad som menas med migration och hälsa och vad det i praktiken innebär att arbeta med jämlik hälsa. Hälsa är inte bara en grundläggande rättighet utan även en förutsättning för att kunna bli fullt delaktig i samhället. En god hälsa kan ses som avgörande för migranternas integration och etablering i det nya hemlandet. Av bland annat den anledningen anser Världshälsoorganisationen WHO att migranternas hälsa och hälsofrågor relaterade till migration numer utgör avgörande folkhälsoutmaningar för regeringar och samhällen.<sup>1</sup>

Personer som migrerar till Sverige gör det av olika anledningar. Det kan vara för att undfly förföljelse eller militär konflikt, för att söka arbete eller för att återförenas med sin familj. Det förekommer också att människor lämnar sitt ursprungsland på grund av klimatförändringar, fattigdom och svåra sociala omständigheter. Migrationserfarenheten kan delas upp i tre faser; *premigration*, *migration* och *postmigration*. *Premigration* omfattar det liv som personen levit i sitt ursprungsland och rör allt från socioekonomiska förutsättningar, familjesystem, kultur och psykosocialt välbefinnande, till erfarenheter som lett fram till migrationen, så som ekonomisk utsatthet, krigsupplevelser med mera. Dessa förutsättningar är viktiga, eftersom de påverkar individens hälsa under hela migrationsprocessen.<sup>2</sup> *Migration* innebär själva förflyttningen och den kan se olika ut beroende på olika förutsättningar. Hos människor som är på flykt innebär det ofta farliga flyktvägar, ytterligare svåra upplevelser i form av osäkra transporter och eventuell vistelse i flyktingläger. För andra innefattar migrationen en flygresa där resan som sådan är odramatisk. *Postmigration* handlar om de livsförutsättningar som migranter upplever i sitt nya land och rör allt från etablering i det nya samhället, språk, möjlighet till arbete och nya sociala band. Denna senare del av migrationsprocessen kan försvåras ytterligare om den innefattar upplevelser av diskriminering, rasism eller andra allvarliga hinder för en god hälsa i det nya landet. I postmigrationsfasen samspekar ett antal riskfaktorer som sammantaget kan få som effekt att hälsan successivt försämrans. Forskning visar att all migration innebär någon form av stress. Att bryta upp från det som varit känt och utgjort en del av ens liv, såsom familj och familjära omgivningar, är för många en omvälvande process även om flytten är frivillig och till största del positiv. Om flytten istället är en flykt som tvingas fram av hot, förföljelse och våld kan migrationen vara ytterst påfrestande för den enskilda individen och dennes familj.

FN:s flyktingorgan UNHCR uppskattar att mer än 65 miljoner människor i nuläget befinner sig på flykt runt om i världen, inklusive internflyktingar, alltså de som flyr inom det egna landet. Ungefär hälften av dessa är barn.<sup>3</sup> Den största delen av migration sker snarare inom länder och olika landregioner än mellan länder.<sup>4</sup> Även om de flesta flyr till närområden kom över en miljon migranter till Europa under 2015,<sup>5</sup> vilket är en ökning med 45 % från året innan.<sup>6</sup> Antalet asylsökande var därmed det högsta på över tjugo år. Även Sveriges mottagande av asylsökande ökade stadigt fram till årsskiftet 2015/2016 då en förändrad lagstiftning och ID-kontroller på gränsen mellan Danmark och Sverige ledde till en minskning

---

<sup>1</sup> WHO, 2008.

<sup>2</sup> Gushulak & MacPherson, 2011.

<sup>3</sup> Gustafsson & Lindberg, 2016.

<sup>4</sup> UNHCR, 2015.

<sup>5</sup> IOM, 2016.

<sup>6</sup> UNHCR, 2014.



av antalet asylsökande. Den förändrade lagstiftningen var en konsekvens av att cirka 163 000 personer sökte asyl i Sverige 2015, vilket var en dubbling jämfört med föregående år.<sup>7</sup> Flest asylansökningar lämnades in i Skåne län (54 000 ansökningar).<sup>8</sup> Ungefär 70 000 av de asylsökande 2015 var under 18 år, och hälften av dessa var ensamkommande barn.<sup>9</sup> Sammantaget väntas ungefär hälften av dem som kom 2015 få positivt besked på asylansökan.<sup>10</sup> Under 2016 kom totalt cirka 29 000 asylsökande varav 2 200 var ensamkommande barn. Det innebär att trots att fler människor än någonsin befinner sig på flykt i världen är antalet personer som asyl i Sverige lägre än på fem år. Fortsatta gränskontroller i Europa och en mer restriktiv migrationspolitik i enskilda länder avgör hur utvecklingen kommer att se ut framöver.<sup>11</sup>

Från och med 20 juli 2016 gäller en ny (tillfällig) lagstiftning som begränsar asylsökandes möjligheter att få uppehållstillstånd och möjligheten för den sökandes familj att få komma till Sverige.<sup>12</sup> Denna lag är planerad att gälla till och med 19 juli 2019. Den största förändringen i den tillfälliga lagen är att de allra flesta uppehållstillstånd nu blir tidsbegränsade, till skillnad från permanenta uppehållstillstånd som sedan 1 januari 1985 varit huvudregeln för den som söker asyl i Sverige. Med de nya reglerna beror längden på uppehållstillstånden istället på vilken skyddsstatus personen har fått. Om en person har fått flyktingstatus gäller uppehållstillståndet i tre år. Om en person däremot har fått alternativ skyddsstatus gäller uppehållstillståndet i 13 månader. När tiden för det tidsbegränsade uppehållstillståndet har gått ut kan personen ansöka om tidsbegränsat uppehållstillstånd igen, då skyddsbehovet återigen prövas. Det är ännu för tidigt att veta vad den nya lagstiftningen får för hälsokonsekvenser i Sverige, men mycket tyder på att den psykiska hälsan påverkas negativt av tillfälliga uppehållstillstånd.

Ökningen av antalet asylsökande under 2015 innebar flera utmaningar för att upprätthålla rätten till hälso- och sjukvård, både på nationell och regional nivå. Utmaningar gällande tillgänglighet fanns enligt Socialstyrelsen inom primärvård, mödravård, förlossningsvård, barnhälsovård, barnpsykiatri, infektionssjukvård och tandvård.<sup>13</sup> Kommunikationssvårigheter, tolkbrist, ökad administration och brist på samverkan mellan olika verksamheter förstärkte ytterligare denna problematik. Ibland talas det i detta sammanhang om att flyktingsituationen ledde till en undanträngningseffekt inom hälso- och sjukvård. Detta ger en bild av att någon trängs undan till förmån för någon annan. I 3 kap, 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) framgår att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Skulle någon ”trängas undan” betyder det att hälso- och sjukvården missköter sitt uppdrag. Hälso- och sjukvård ska ges till den som av medicinska skäl bäst behöver vård. Skulle hälso- och sjukvården inte klara av att möta behoven handlar det snarare om kapacitetsbrist, inte om undanträngningseffekter.

Varför är det viktigt att belysa hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv? Forskning visar att migration påverkar hälsan både före, under och efter flytt.<sup>14</sup> Migranter är heterogena grupper, hälsostatus och vårdbehov varierar, vilket i sin tur påverkar behovet av insatser från hälso-

---

<sup>7</sup> Migrationsverket, 2017a.

<sup>8</sup> SOU, 2017.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Eurostat, 2016.

<sup>11</sup> Migrationsverket, 2017b.

<sup>12</sup> Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige.

<sup>13</sup> Socialstyrelsen, 2016a.

<sup>14</sup> Se till exempel Rostila & Hjern, 2012; Ekblad, Asplund & Burström, 2012; Socialstyrelsen, 2015a; 2016a.

och sjukvård samt tandvård. Ytterligare en anledning är att det råder ojämlikhet i hälsa mellan migranter och svenskfödda personer,<sup>15</sup> bland annat gällande otillfredsställda vårdbehov<sup>16</sup> och lägre utnyttjande av förebyggande hälsovård<sup>17</sup> och specialistvård, till exempel psykiatrisk vård.<sup>18</sup> Särskilt flyktingar har sämre fysisk<sup>19</sup> och psykisk hälsa<sup>20</sup> jämfört med inrikes födda. I förlängningen innebär det att ohälsa kan bli ett hinder för att integreras i det nya samhället. För att kunna erbjuda en jämlik vård behövs en förståelse inom hälso- och sjukvården för hur migrationsaspekter kan påverka hälsan.

Som offentlig verksamhet har Region Skåne ett ansvar för att beakta ett migrationsperspektiv och säkerställa att den hälso- och sjukvård som erbjuds är jämlik och tillgänglig för alla som bor och vistas i Skåne. I Skåne finns människor med rötter i sammanlagt 193 länder vilket skapar en global kontext.<sup>21</sup> Av Sveriges befolkning hade cirka 23 % utländsk bakgrund år 2016. Med utländsk bakgrund menas att personen är född i ett annat land än Sverige eller har två utlandsfödda föräldrar. I Skåne är motsvarande siffra 27 % och i Malmö hade 44 % utländsk bakgrund.<sup>22</sup> Därtill kommer asylsökande och de som saknar uppehållstillstånd och därför inte finns med i befolkningsstatistiken. Malmö och andra skånska kommuner har i och med sitt läge i södra Sverige varit mottagningskommuner för många asylsökande, vilket gör att ovan nämnda utmaningar synliggörs i Skåne.

Med nya migrationsmönster, ny lagstiftning och nya migrantgrupper behöver det finnas en medvetenhet hos personal inom hälso- och sjukvård i Region Skåne om migrationsrelaterad ohälsa. Vad detta innebär diskuteras framöver i omvärldsanalysen, men kortfattat handlar det om ohälsa som kan uppstå under migrationsprocessen (före, under eller efter migration). Det kan också handla om oskäliga hälsoskillnader mellan utlandsfödda personer och svenskfödda personer. Hälsoaspekter relaterade till migration förändras över tid. För asylsökande och nyanlända kan vissa behov vara prioriterade medan migranter som befunnit sig en längre tid i sitt nya hemland har helt andra behov. För att kunna erbjuda en jämlik vård behöver hälso- och sjukvården ta hänsyn till den enskildes förutsättningar. Ibland spelar det roll att mottagaren av vården har migrationsbakgrund. Ibland spelar det ingen roll alls. Migrationsperspektivet berör på något sätt alla hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det är inte något som det går att välja – eller välja bort - att förhålla sig till. Att beakta ett migrationsperspektiv är att förhålla sig till hela Skånes befolkning. Att skapa förståelse för migrationsprocesser och sprida och utveckla metoder kring migration och hälsa är ett långsiktigt arbete som kräver samordning och kunskap. Det krävs ett strategiskt förhållningssätt och stödfunktioner för personal inom hälso- och sjukvård. Därför behöver Region Skåne Kunskapscentrum migration och hälsa.

---

<sup>15</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>16</sup> Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008.

<sup>17</sup> Norredam, Nielsen & Krasnik, 2010.

<sup>18</sup> Ingvarsdotter, 2011; Ivert, A.-K, 2013.

<sup>19</sup> Jervelund, Malik, Ahlmark, Villadsen, Nielsen, & Vitus, 2017.

<sup>20</sup> Fazel, Wheeler & Danesh, 2005.

<sup>21</sup> Region Skåne, 2014a.

<sup>22</sup> SCB, 2017.

## 1.1 KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA

År 2015 fattades ett politiskt beslut i Region Skåne om att bilda Kunskapscentrum migration och hälsa (Diarienummer 1300977). Enheten, som är organisatoriskt förlagd till förvaltningen Skånevård Sund, har som uppdrag att stärka organisationens kunskaper inom området migration och hälsa och arbeta långsiktigt med ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvård. Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag är att genom utbildning, samordning och metodutveckling stödja hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne att erbjuda en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder och därmed främja en mer jämlik hälsa för hela Skånes befolkning.<sup>23</sup> Vidare är uppdraget att främja migranters hälsa genom att identifiera områden där vården inte når ut och att belysa eventuella hälsoskillnader. Arbetet ska vara förankrat i forskning och beprövad erfarenhet. Uppdraget innefattar alla migrantgrupper, det vill säga att det omfattar asylsökande, nyanlända och papperslösa men även etablerade migrantgrupper som sedan lång tid befinner sig i Sverige.

Kunskapscentrum migration och hälsa har en tvärprofessionell personalstyrka för att arbeta med migrationsfrågor ur flera perspektiv. Dels finns personal med klinisk erfarenhet, så som läkare, psykolog och sjuksköterskor, som bidrar med konkret erfarenhet från kliniska verksamheter i migrationsmiljöer. Dels finns personal med samhällsvetenskapliga erfarenheter så som folkhälsovetenskap, internationell migration och etniska relationer, mänskliga rättigheter och en socionom, samtliga med erfarenheter av migrationsarbete från antingen kommunala verksamheter eller frivilligsektorn. Kunskapscentrum migration och hälsa är samlokaliserat med Kunskapscentrum barnhälsovård och Kunskapscentrum kvinnohälsa och kan på så sätt dra nytta av de kompetenser och den expertis som finns inom dessa kunskapscentrum. Några i personalen delar sina tjänster mellan olika kunskapscentrum vilket ökar möjligheten till synergieffekter mellan de olika verksamhetsområdena.

Under 2016 har Kunskapscentrum migration och hälsa varit i en uppbyggnadsfas. En enhetschef samt personal har rekryterats och arbetet med att initiera utbildningar, skapa nätverk och verka för metodutveckling har påbörjats (se även Kunskapscentrum migration och hälsa - Verksamhetsberättelse 2016). En utmaning i arbetet är att Kunskapscentrum migration och hälsa har en bred målgrupp. Dels riktas insatser mot samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården i Region Skåne, inklusive privata vårdgivare som är offentligt finansierade av Region Skåne.<sup>24</sup> Dels spänner målgruppen från asylsökande och nyanlända till grupper som befinner sig i Sverige sedan lång tid tillbaka. Det rör sig således om kliniska verksamheter med olika kunskapsbehov och om en heterogen grupp migranter med olika förutsättningar och behov. Ett första steg i uppbyggnadsfasen för Kunskapscentrum migration och hälsa är därför att söka och sammanställa kunskap om hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv för att därefter utforma enhetens fortsatta arbete.

## 1.2 SYFTE, FRÅGESTÄLLNINGAR OCH AVGRÄNSNINGAR

Det huvudsakliga syftet med denna rapport är att göra en inventering av kunskapsläget inom migration och hälsa för att därefter identifiera fokusområden för det fortsatta arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa. Ytterligare ett syfte är att utforska hur migrationsprocesser påverkar människor. För att göra detta presenteras forskning som visar hur migration inverkar på människors fysiska och psykiska hälsa, samt forskning som visar på

---

<sup>23</sup> Se även Regions Skånes *Strategi för jämlik vård 2016-2018*.

<sup>24</sup> Utöver de som är ackrediterade finns det vårdgivare med vårdavtal och de som är verksamma enligt *Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning* och *Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi*.

hälsoskillnader mellan utlandsfödda och svenskfödda personer. Utöver det görs en omvärldsspaning på vad som pågår nationellt inom migration och hälsa samt på vad Region Skåne och andra lokala aktörer gör inom området. Omvärldsanalysen svarar på följande frågor:

- Vad säger de lagar och regler som styr hälso- och sjukvård när det gäller vård av migranter?
- Vad säger befintlig forskning om hur människors fysiska och psykiska hälsa påverkas av migrationsprocessen (med fokus på migration av flyktingskäl)?
- Vad visar befintlig forskning om hälsoläget för personer med migrationsbakgrund?
- Vilka projekt/aktiviteter bedrivs lokalt, nationellt och inom Region Skåne med fokus på migration och hälsa?
- Utifrån ovanstående – vilka fokusområden kan identifieras för Kunskapscentrum migration och hälsas fortsatta arbete?

Omvärldsanalysen ska ses som ett första steg i att bygga upp en kunskapsbas för Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne. Arbetet med omvärldsanalysen sker huvudsakligen genom litteraturstudier av forskning och rapporter från offentliga myndigheter och frivilligsektorn. Omvärldsanalysen har vissa begränsningar. Det görs nedslag i den forskning som finns inom området, men omvärldsanalysen ska inte ses som en forskningsöversikt då det hade varit alltför tidskrävande. Region Skåne är en stor organisation och det pågår säkerligen arbete som inte kommit till rapportförfattarnas kännedom. Kunskapscentrum migration och hälsa tar därför tacksamt emot kompletteringar som kommer att tillföras framtida omvärldsanalysen ([kunskapscentrum.mh.py@skane.se](mailto:kunskapscentrum.mh.py@skane.se)). När det gäller inhämtning av kunskap på nationell nivå görs endast nedslag bland andra landsting, ambitionen är inte att vara heltäckande utan att visa på liknande arbete som bedrivs i Sverige.

### *Centrala begrepp*

Ett antal begrepp är återkommande i föreliggande text och i nedanstående avsnitt tydliggörs vad som avses med dessa. Ett begrepp som redan introducerats är *jämlig vård*. Region Skånes verksamheter ska arbeta för en jämlig hälso- och sjukvård i enlighet med *Strategi för jämlig vård 2016-2018*.<sup>25</sup> Enligt strategin är ett hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete, tillsammans med en jämlig vård, hälso- och sjukvårdens viktigaste bidrag för att minska skillnader i hälsa. Utgångspunkten för en jämlig vård är att vården anpassas efter individens förutsättningar och behov. Vården ska ges på lika villkor och med respekt för alla människors lika värde och den som har störst behov ska ges företräde till vården. Att erbjuda jämlig vård innebär inte att göra lika för alla utan att resultatet av vården ska vara lika (jämlig). För att uppnå det krävs det ibland, men inte alltid, olika angreppssätt gentemot olika patientgrupper. En jämlig vård förutsätter därmed att vården ser olikheterna mellan individer, samt deras olika behov, förväntningar och förmågor och bemöter dem på ett respektfullt sätt. Det är därför viktigt att omotiverade skillnader i vården identifieras och motverkas.

Generellt används i denna omvärldsanalys ordet *migranter* som ett samlingsbegrepp för människor som migrerat eller flyttat över nationsgränser. Migranter kan vara *flyktingar*, det vill säga att personer som flyr från väpnade konflikter eller förföljelse och omfattas av FN:s flyktingkonvention (Genèvekonventionen),<sup>26</sup> men de kan också vara *anhöriginvandrare*,

---

<sup>25</sup> Region Skåne, 2015.

<sup>26</sup> United Nations, 1948.

*arbetskraftsinvandrare* med mera. En annan migrantgrupp som omtalas i rapporten är *kvotflyktingar*. Detta 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.<sup>27</sup>

Mot bakgrund av att många människor befinner sig på flykt och sökt asyl i Sverige de senaste åren är ett annat centralt begrepp *asylsökande*, vilket innebär 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*.<sup>28</sup> Ytterligare ett begrepp är *papperslös* som används för att beteckna människor som befinner sig i Sverige utan tillstånd.<sup>29</sup> *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 flyktingskäl.<sup>30</sup> Även anhöriga till dessa personer anses vara nyanlända.<sup>31</sup> Flera satsningar inom området migration och hälsa riktar sig till asylsökande och nyanlända. Det kan vara bra att ha i åtanke att asylsökande inte fått besked om huruvida de får stanna i Sverige medan nyanlända har fått ett permanent eller tillfälligt uppehållstillstånd, då detta påverkar vilka regelverk som gäller för vårdsökande och sannolikt även hälsoläget.

Då rätten till vård diskuteras används tre begrepp: *omedelbar vård*, *nödvändig vård* och *vård som inte kan anstå*. Med omedelbar vård menas oftast akut vård och behandling, det vill säga vård som inte kan vänta. Nödvändig vård kan till exempel vara akut vård eller sådan vård som inte kan vänta tills den enskilde kan återvända till sitt ursprungsland. Begreppet vård som inte kan anstå, är tänkt som ett vidare begrepp än omedelbar vård och gäller del av den vård som ges till vuxna asylsökande och papperslösa. Dessa begrepp diskuteras mer utförligt längre fram.

Slutligen några ord om begreppet *kultur*. Inte sällan används *kulturella faktorer* som en delförklaring till varför utrikesfödda som grupp har sämre hälsa än exempelvis svenskfödda. En felaktig förståelse av begreppet kan dock bidra till en stereotypisering som snarare försvårar än underlättar förutsättningarna att ge bästa möjliga vård.<sup>32</sup> Det finns många olika definitioner av kultur, och fokus ligger på olika aspekter beroende på vetenskaplig tradition eller yrkestillhörighet. En utgångspunkt för arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa är att kulturer är föränderliga och att det därför inte är en framkomlig väg att utgå från att det sker så kallade "kulturkrockar". Inte heller är det en framkomlig väg att hälso- och sjukvårdspersonal "lär" sig olika kulturer. Istället handlar det om att förstå att kultur både är en sammanhållande kraft men också föränderlig och variationsrik. Samtidigt finns det ett behov av att beröra frågor som handlar om kultur för att ge en förståelse för om och på vilket sätt kultur kan spela roll. Personal inom hälso- och sjukvård behöver kunna se individen bakom kulturen och göra bedömningar som inte är färgade av egna förutfattade meningar. I omvärldsanalysen diskuteras detta i termer av att utgå från individens *hälsolitteracitet*, det vill

---

<sup>27</sup> Migrationsverket, 2017c.

<sup>28</sup> United Nations, 1948.

<sup>29</sup> 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>30</sup> Dessa personer omfattas av etableringsförordningen (SFS 2010:409) och har rätt till ekonomisk ersättning och etableringsinsatser från Arbetsförmedlingen under 24 månader.

<sup>31</sup> Enligt Migrationsverkets definitioner.

<sup>32</sup> Esscher, Binder-Finnema, Bødker, Högberg, Mulic-Lutvica & Essén, 2014.

säga individens förmåga att förstå och tolka hälsa, sjukdom och instruktioner från vårdgivare. Kunskapscentrum migration och hälsa utgår från detta begrepp som ett verktyg för att förklara aspekter som berör kultur men också tar hänsyn till andra individuella faktorer så som socioekonomisk status och utbildning. Begreppet hälsolitteracitet diskuteras mer ingående då fokusområden för Kunskapscentrum migration och hälsa presenteras.

## 2 Hälsa- och sjukvård med ett migrationsperspektiv

I nedanstående kapitel ligger fokus på de regelverk som styr hälso- och sjukvård då det gäller aspekter som rör migration och hälsa, alltså rätten till vård. Kunskapscentrum migration och hälsa ansvarar för de hemsidor på Vårdgivare Skåne som tillhandahåller information om regelverk. För ytterligare information om vad som till exempel gäller för vårdsökande från olika länder se [Skane.se/kcmigrationhalsa](http://Skane.se/kcmigrationhalsa). Avsikten med kapitlet är att beskriva de förutsättningar som finns för att arbeta med migration och hälsa genom att ge en kortfattad bakgrundsbeskrivning av rätten till vård med tyngdpunkten på asylsökande och papperslösa. Att fokus ligger på just dessa grupper beror på att särskilda regelverk gäller för dem. Asylsökande, liksom anhöriginvandrare och kvotflyktingar, är exempelvis berättigade till en hälsoundersökning. Vad det innebär beskrivs i nedanstående kapitel. Vidare diskuteras tillgången till tolk, en viktig aspekt som påverkar hälso- och sjukvårdens förutsättningar att utföra sitt arbete i migrationsmiljöer. Avslutningsvis problematiseras tre begrepp som har särskild bäring på hälso- och sjukvård i ett migrationsperspektiv: *omedelbar vård*, *nödvändig vård*, och *vård som inte kan anstå*.

### 2.1 RÄTTEN TILL VÅRD FÖR PERSONER FRÅN ANDRA LÄNDER

Rätten till vård för personer från andra länder regleras i olika lagar och regelverk. Fokus i nedanstående avsnitt ligger på personer som ännu inte folkbokförts i Sverige. Individens okränkbara rättighet till högsta uppnåbara nivå av hälsa är stadgad i FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna.<sup>33</sup> I paragrafen förtydligas också att rättigheten innefattar tillgänglighet till hälso- och sjukvård samt till hälsoinformation och såväl geografisk och språklig som kulturell tillgänglighet. Förutsättningarna för att ge vård till personer från andra länder styrs av olika regelverk som reglerar vilken typ av vård individer i olika grupper har rätt till och hur betalningsansvaret ser ut. I 3 kap 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) definieras vad som är målet för all hälso- och sjukvård i Sverige:

*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.*

Bestämmelserna om landstingens skyldigheter att erbjuda vård till asylsökande och papperslösa finns i *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* och *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. I Region Skåne har regionfullmäktige beslutat om en policy gällande vård för personer från andra länder<sup>34</sup> samt riktlinjer för vård av asylsökande och papperslösa.<sup>35</sup> Utöver det finns olika tillämpningar kring bland annat varaktig vård, asylsökande, papperslösa och hälsoundersökningar. Grundsynen i Region Skånes riktlinjer för vård av asylsökande och papperslösa är att all hälso- och sjukvård så långt som möjligt ska erbjudas på lika villkor som för andra bosatta i Skåne. Av policyn framgår att Region Skåne följer lagstiftning och nationella riktlinjer och att den medicinska vården liksom för övriga patientgrupper ska komma i första hand och betalningsförmåga i andra hand.

---

<sup>33</sup> United Nations, 1948.

<sup>34</sup> Region Skåne, 2011a.

<sup>35</sup> Region Skåne, 2011b; Region Skåne, 2016a.

Vård av asylsökande regleras i *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* I denna framkommer att asylsökande vuxna ska erbjudas hälsoundersökning, *omedelbar vård, vård som inte kan anstå* (vad dessa begrepp innebär diskuteras i nästkommande avsnitt), tandvård (akut), mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning samt läkemedel. Hälsoundersökningen är kostnadsfri, men övrig vård är subventionerad och sker enligt fastställda avgifter (se faktaruta nedan). Asylsökande har ett så kallat LMA-kort som utfärdas av Migrationsverket. Kortet intygar att personen är inskriven i Migrationsverkets mottagningssystem och ska visas upp vid kontakter med sjukvården. Migrationsverket ersätter landsting och regioner för asylsökandes vårdkostnader utifrån förbestämda schablonbelopp<sup>36</sup>. För asylsökande barn gäller att även de ska erbjudas hälsoundersökning och fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård. Detta är kostnadsfritt, precis som för alla barn som är bosatta i Sverige. Barn som söker asyl i Sverige omfattas även av de rättigheter och bestämmelser som finns i *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Denna har på olika sätt införlivats i svenska lagar<sup>37</sup> och ska användas inom hälso- och sjukvården för att garantera insatser utifrån ett barncentrerat perspektiv.<sup>38</sup>

För asylsökande som får uppehållstillstånd, alltså nyanlända, gäller inte längre LMA-kortet då de inte längre är asylsökande. Nyanlända har inte automatiskt rätt till subventionerad hälso- och sjukvård. Antingen måste de som får uppehållstillstånd själva ta en försäkring som gäller för vårdkostnader eller så får de kontakta Skatteverket och ansöka om att bli folkbokförda i Sverige. När folkbokföringen är klar har nyanlända samma rätt till vård som övriga bosatta i landet. Vad gäller situationen för personer som får tillfälliga uppehållstillstånd är det i nuläget oklart hur landstingen ska hantera lagstiftningen. Dessa personer har inte automatiskt rätt till subventionerad hälso- och sjukvård och det förefaller som om landsting runt om i Sverige hanterar patienter från denna grupp olika. Nationellt förs en dialog om hur lagstiftningen bör tolkas eller ändras och landstingen har lyft frågan till SKL för åtgärd.

I *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd* framkommer att från och med den 1 juli 2013 är landstingen skyldiga att erbjuda vuxna personer som vistas i landet utan tillstånd (papperslösa) subventionerad hälso- och sjukvård samt tandvård *som inte kan anstå*. För att finansiera kostnaden för detta får regioner och landsting en statlig ersättning. Exempel på vård som inte kan anstå för personer som är papperslösa enligt Socialstyrelsens definition är mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, hälsoundersökning samt subventionerade läkemedel enligt Socialstyrelsens definition<sup>39</sup>. 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. Reformen innebär i princip att papperslösa ska erbjudas vård på samma villkor som asylsökande.

Ovanstående regelverk gäller personer som söker asyl i Sverige eller befinner sig i landet utan tillstånd (papperslösa). Men även personer som är bosatta i andra länder kan vid tillfälliga besök bli sjuka och behöva vård i Sverige. Besökare från andra länder har alltid rätt till så kallad *omedelbar vård* enligt 8 kap, 2 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Bosatta i EU/EES-land har rätt till *nödvändig vård* (det vill säga ingen ska behöva avbryta ett besök i

---

<sup>36</sup> För mer info om schablonersättning se Migrationsverkets hemsida där även ersättning vid varaktig vård beskrivs. Migrationsverket, 2015, 2016a, 2016b.

<sup>37</sup> UNICEF Sverige, 2008. Sverige ratificerade konventionen redan 1990 och den är nu föreslagen att bli lag från 2018.

<sup>38</sup> Blair, Stewart-Brown, Hjern & Bremberg, 2013.

<sup>39</sup> Socialstyrelsen, 2014.



Sverige p.g.a. sjukdom) enligt förordningen EEG 883/2004 vid tillfällig vistelse i Sverige. Personer som är försäkrade enligt dessa regler ska kunna intyga sin rätt till vård genom att visa upp ett Europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kortet), ett provisoriskt intyg om innehav av EU-kort eller annat intyg som ger rätt till nödvändig vård i Sverige. Då är de berättigade till vård till vanliga patientavgifter. Bosatta inom EU/EES och som arbetar i Sverige kan i vissa fall få även planerad vård om de uppvisar intyg om rätt till vårdförmåner.<sup>40</sup>

**Faktaruta: Asylsökande och papperslösa över 18 år betalar följande avgifter för hälso- och sjukvård**

- För besök på vårdcentral eller med remiss från vårdcentral är besöksavgiften 25 kr för sjukvårdande behandling och 50 kr för läkarbesök.
  - För läkarbesök utan remiss hos specialist är avgiften 300 kr och 200 kr hos övrig personal.
  - Asylsökande och papperslösa betalar en egenavgift med 40 kr för sjukresa.
  - För planerad vård gäller utomlänsavgift (betalar själv hela kostnaden).
- Övriga avgifter är samma som för bosatta i Skåne. Högkostnadsskydd finns inte för asylsökande eller papperslösa. I de fall som den asylsökande inte kan betala avgiften ska de själva kontakta Migrationsverket.

(Källa: Vårdgivare Skåne, 2017)

## 2.2 NÖDVÄNDIG VÅRD, OMEDELBAR VÅRD OCH VÅRD SOM INTE KAN ANSTÅ

Då hälso- och sjukvård för migranter diskuteras är det som redan nämnts framförallt tre begrepp relaterat till rätten till vård som är återkommande och till viss del överlappande: *nödvändig vård*, *omedelbar vård* och *vård som inte kan anstå*.<sup>41</sup> Begreppen används för att definiera rätten till vård av olika grupper med olika status i lagstiftning och regelverk. Statusen påverkar i sin tur hur hälso- och sjukvården reglerar kostnaderna för patientbesök för de olika patientgrupperna.

*Nödvändig vård* är ett begrepp som gäller inom EU/EES-länder och innebär att försäkrade i andra EES-länder eller Schweiz vid tillfällig vistelse i Sverige har rätt till att under trygga medicinska omständigheter vistas här den tid de har planerat.<sup>42</sup> I vardagen kan sägas att det är sådan vård som personen behöver under vistelsen i Sverige och som inte kan vänta till personen är åter i bosättningslandet. Med *nödvändig vård* avses vård som orsakas av kronisk sjukdom. Det inkluderar provtagningar, medicinska kontroller, förebyggande mödra- och barnavård samt förlossning. Om vården kan vänta tills patienten kommer tillbaka till sitt hemland betraktas den inte som *nödvändig*. En besökare som tänker vistas i Sverige i exempelvis fem månader kan ha rätt till mer vård än en person som planerar att bara stanna några dagar. Det är behandlande läkare eller motsvarande som i det enskilda fallet avgör vad som ska anses vara *nödvändig*. Som nämnts ovan sker *nödvändig vård* till vanliga patientavgifter förutsatt att patienten uppvisar ett europeiskt sjukförsäkringskort (EU-kort).

Med *omedelbar vård* menas oftast akut vård och behandling. Alla som befinner sig i Sverige, oavsett nationalitet eller vistelsestatus, har rätt till *omedelbar vård* enligt hälso- och

<sup>40</sup> SKL, 2016a.

<sup>41</sup> Utöver dessa begrepp används även *planerad vård*, vilket innebär vård som redan i förväg har planerats in vid resa till Sverige. Då krävs ett särskilt intyg från hemlandets motsvarighet till Försäkringskassan.

<sup>42</sup> SKL, 2016a.

sjukvårdslagen. Exempel på detta kan vara vård efter en olycka eller ett plötsligt sjukdomstillstånd. Hur vården betalas är en senare fråga som regleras beroende på patientens rättsliga status och utifrån de avtal som finns med nationen som patienten är hemmahörande i.

*Vård som inte kan anstå* är ett vidare begrepp än omedelbar vård och gäller del av den vård som ges till vuxna asylsökande och vuxna papperslösa enligt *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* och *Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlännningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*.<sup>43</sup> Begreppet är kritiserat och hälso- och sjukvårdspersonal upplever att det är svårt att förhålla sig till begreppet – vad är egentligen vård som inte kan anstå? I praktiken är det upp till behandlande läkare eller tandläkare att bedöma i det enskilda fallet om vården kan anstå eller ej. Många upplever att detta står i konflikt med vårdetiska principer, som till exempel behovs- och solidaritetsprincipen. Denna syftar till att prioritera resurser till där behoven är som störst och särskilt beakta svaga grupper.<sup>44</sup> Att begreppet är svårt att tolka för hälso- och sjukvårdspersonal har lett till att vårdprofessionen utrett begreppet och kommit fram till att det inte är anpassat för att användas inom hälso- och sjukvård.<sup>45</sup> En liknande bedömning gör Socialstyrelsen i en utredning från 2014. I denna konstateras att begreppet vård som inte kan anstå är oförenligt med vårdprofessionernas yrkesetik som innebär att vård ska ges efter behov. Socialstyrelsen konstaterar dessutom att begreppet inte är medicinskt tillämpligt och riskerar att äventyra patientsäkerheten.<sup>46</sup> Trots att lagen funnits sedan 2013 är det fortfarande svårt för hälso- och sjukvårdspersonal att avgöra vad som ingår i vård som inte kan anstå. Olika tolkningar riskerar att leda till ojämlig vård. I sex län erbjuder hälso- och sjukvården nu utökad vård till asylsökande och papperslösa på grund av de etiska och moraliska dilemman begreppet för med sig.<sup>47</sup>

### 2.3 HÄLSOUNDERSÖKNING

I Sverige ska alla asylsökande och anhöriginvandrare erbjudas en hälsoundersökning enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.* Utifrån alla individers rätt att ”såväl i fysiskt som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa” som fastställs i artikel 12 i *FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter*, kan erbjudande om en hälsoundersökning utgöra en första möjlighet att uppmärksamma ohälsa och behov av vård hos migranter. Hälsoundersökningen utformas av varje enskilt landsting, men ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter omfatta ett individuellt samtal med fokus på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd, vaccinationsstatus, information om svensk hälso- och sjukvård och tandvård, samt provtagning och kroppsundersökning vid behov. En del av hälsosamtalet ska avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation eller av traumatiska upplevelser. Hälsoundersökningen är frivillig och tolk ska användas vid behov.

---

<sup>43</sup> Begreppet fanns dock redan med i *Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* I migrationsområdet 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>44</sup> Se Regeringens proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* som ligger till grund för detta beslut.

<sup>45</sup> Se bl.a. Agerberg 2013 samt SLS, 2013.

<sup>46</sup> Socialstyrelsen, 2014.

<sup>47</sup> Socialstyrelsen, 2016a. Länen är Västmanland, Västerbotten, Sörmland, Gävleborg, Östergötland och Västernorrland.

Enligt en förstudie av Sveriges kommuner och landsting (SKL)<sup>48</sup> är genomförandegraden av hälsoundersökningar låg. Denna beräknas baserat på antalet genomförda hälsoundersökningar i relation till antalet asylsökande. Den låga genomförandegraden beror bland annat på brist på information om hälsoundersökningarnas syfte samt att många kallelser inte når fram till asylsökande och anhöriginvandrare. Det framkommer också att samverkan mellan asylboenden, barnhälsovård och elevhälsa behöver förbättras. Trots en kraftig ökning av antalet hälsoundersökningar fick under hälften av de asylsökande en hälsoundersökning 2014. Med medel från Socialdepartementet initierades därför en utbildningssatsning från SKL som innebär att drygt 80 000 asylsökande och nyanlända fick en hälsoundersökning 2016, vilket är en ökning med 29 % jämfört med föregående år.<sup>49</sup> Vid årsskiftet 2016/2017 var landstingen/regionerna enligt egen bedömning i fas med behovet av hälsoundersökningar.<sup>50</sup> Totalt uppskattas cirka 8 000 individer vänta på en hälsoundersökning. Högst rapporterat antal återfinns i Region Skåne (cirka 3 500) medan det i tio landsting/regioner är färre än 100 väntande. Viss osäkerhet finns i uppgifterna om antalet väntande. Vid samtal med landsting och regioner uppges detta bero på frånvaro av tillräckliga sök- och filtreringsfunktioner i nuvarande tekniska system, variation i registreringsrutiner bland vårdgivare samt en begränsad förmåga att spåra hälsoundersökningar som genomförts i andra landsting eller regioner.

Enligt gällande ackrediteringsvillkor ska samtliga vårdcentraler i Region Skåne erbjuda hälsoundersökningar. En del vårdcentraler har valt att samordna hanteringen av dessa.<sup>51</sup> Genomförda hälsoundersökningar har ökat kraftigt i antal under de senaste åren som en konsekvens av det ökade antalet asylsökande. Genomförandegraden har dock gått ner. År 2014 hade Region Skåne en genomförandegrad av hälsoundersökningar på cirka 75 % bland asylsökande i Skåne. Under 2015 var omsättningen av asylsökande i Skåne så stor att det inte varit möjligt att få fram ett procenttal som är realistiskt. År 2016 låg genomförandegraden på ungefär 65 %.<sup>52</sup> En påtaglig svårighet är att Region Skåne har i uppdrag att erbjuda hälsoundersökningar även till kvotflyktingar och anhöriginvandrare, men får i nuläget inte vetskap om när migranter från dessa grupper kommer till Skåne. På grund av sekretess kan varken kommuner eller Migrationsverket lämna ut uppgifter av detta slag. Region Skåne har försökt att lösa detta i dialog med Migrationsverket och berörda kommuner. I nuläget agerar Region Skåne tillsammans med fler landsting och regioner genom SKL som har tillskrivit Socialdepartementet i frågan.

## 2.4 TOLK – RÄTTIGHET ELLER SKYLDIGHET?

Tillgång till tolk kan ha avgörande betydelse för att ge förutsättningar för en jämlik vård. Hälso- och sjukvården är skyldig att ge patienten information om hälsotillstånd och behandling anpassad till individens förutsättningar utifrån ålder, mognad, erfarenhet och språklig bakgrund.<sup>53</sup> Hälso- och sjukvården har också en skyldighet att se till att den

---

<sup>48</sup> SKL, 2016b.

<sup>49</sup> SKL, 2017.

<sup>50</sup> SKL, 2017.

<sup>51</sup> I Malmö finns det till exempel en särskild vårdcentral, Flyktinghälsan, som har hand om hälsoundersökningar av asylsökande.

<sup>52</sup> Det råder viss osäkerhet vad gäller antalet genomförda hälsoundersökningar och genomförandegrad i Region Skåne då det är flera faktorer som kan ge upphov till felaktigheter, så som felregistreringar i det patientadministrativa systemet eller asylsökande som flyttar inom Sverige. Uppgifterna ovan är hämtade från Region Skånes koncernkontor. Det pågår ett arbete med att ta fram säkrare statistik på årlig basis gällande hälsoundersökningar.

<sup>53</sup> Socialstyrelsen, 2016b.

information som ges är förståelig för mottagaren. Av detta följer att tolk behövs när patienter och vårdgivare inte kan förstå varandra, vilket även har stöd i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), tandvårdslagen (SFS 1985:125) och patientlagen (SFS 2014:821). Eftersom hälso- och sjukvården har en skyldighet att se till att informationen är möjlig att förstå för mottagaren, måste berörd vårdpersonal ha redskap som gör det möjligt för dem att leva upp till denna skyldighet. Att använda tolk är därför viktigt både i ett patientperspektiv och i ett personalperspektiv. Tolk ingår i besöksavgiften och beställs av vårdpersonalen.

Bristen på tolkar medför dock stora svårigheter för hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen poängterar i sin kartläggning av tolkar för hälso- och sjukvård och tandvård att endast några få procent av alla tolkuppdrag inom hälso- och sjukvården genomförs av auktoriserade sjukvårdstolkare, då det råder brist på det sistnämnda. Denna brist kan få allvarliga konsekvenser för såväl patientsäkerhet och patienters integritet som för hälso- och sjukvårdsverksamhetens effektivitet och arbetsbelastning. Det saknas en samlande aktör som har insikt i hur behoven ser ut i landsting och regioner. Varje landsting och region har sin egen modell för upphandling av tolktjänster, enligt *Lag om offentlig upphandling (2007:1091)*. Region Skåne beställde under 2015 närmare 174 000 tolktjänster inom sitt ramavtal med en tolkförmedling. Huvuddelen av tolkningen utfördes på plats (65 %) och resterande per telefon (35 %).<sup>54</sup>

Enligt en kartläggning av nyanländas hälsa i Skåne uppger över 40 % av de nyanlända att de har inget eller inte särskilt stort förtroende för tolkar.<sup>55</sup> Vad detta beror på framgår dock inte av studien. Det är bekymmersamt då ett gott bemötande i hälso- och sjukvården är en viktig faktor för att utveckla en mer jämlik hälsa, vård och omsorg.

---

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra, 2016.

### 3 Hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv

I föreliggande kapitel diskuteras hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv med särskilt fokus på jämlik hälsa i relation till psykisk ohälsa, kvinnohälsa, levnadsvanor och tandhälsa. Genom nedslag i dessa områden är tanken att lyfta fram olika infallsvinklar på hälsa och ohälsa där migrationsaspekter spelar roll. Det kan handla om både fysisk och psykisk hälsa, men det kan också handla om hälsoaspekter relaterade till själva migrationsprocessen och hälsoaspekter knutna till livet i det nya landet. Ibland exemplifieras detta med fokus på specifika migrantgrupper. Dessa områden utgör exempel på hur migrationsaspekter kan spela roll för att förstå hälsa och ohälsa. Det finns dock fler områden att fördjupa i kommande omvärldsanalyser och nedanstående avsnitt kan ses som en början på kunskapsinsamling om hälsa och ohälsa i ett migrationsperspektiv.

#### 3.1 GENERELLA HÄLSOKONSEKVENSER VID MIGRATION

Vad menas egentligen med begreppet hälsa? Något förenklat går det att tala om två olika förståelser av hälsa: en mer reduktionistisk (hälsa som frånvaro av sjukdom) och en mer holistisk (hälsa som välbefinnande, balans eller förmåga). Det mest kända holistiska hälsobegreppet är antagligen WHO:s från 1946:

*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*<sup>56</sup>

För att diskutera migration och hälsa är det viktigt att ha med sig den senare förståelsen av hälsa, eftersom den betonar vikten av faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården och som finns med under hela migrationsprocessen. Som redan nämnts kan det röra sig om stressande förhållanden före och under flykt, men även den oro som kan prägla individen i det nya landet. En rad studier visar på ojämlikhet i hälsa mellan svensk- och utlandsfödda, särskilt de som är födda utanför Europa. Bland annat har en ökad risk för att dö i förtid påvisats bland utlandsfödda jämfört med svenskfödda.<sup>57</sup> Migration är i sig är en riskfaktor för sämre hälsa, särskilt för flyktingar.<sup>58</sup> Före flykt finns aspekter som påverkar hälsan som migranten tar med sig, till exempel sociodemografiska faktorer såsom uppväxtvillkor, utbildningsbakgrund, arbetslivserfarenhet, familjesituation och sociala nätverk.<sup>59</sup> Under flykten kan det handla om att vara utsatt för undernäring, infektionssjukdomar, samt försämring av kroniska sjukdomar som kanske inte går att behandla under resan. Efter ankomst till det nya landet kan det röra sig om socialt utanförskap som ett resultat av att inte kunna språket, arbetslöshet eller upplevelser av diskriminering. En känsla av utanförskap innebär en ökad risk för psykisk ohälsa<sup>60</sup> och enbart själva upplevelsen av att vara utsatt för diskriminering kan ha negativa hälsoeffekter.<sup>61</sup>

Även om studier visar på ojämlikhet i hälsa beträffande utlandsfödda personer finns det också forskning som visar på det motsatta. Ett begrepp som ofta diskuteras i samband med migration och hälsa är den så kallade *healthy migrant effect*. Denna beror på att det ofta är relativt unga och friska personer som migrerar till ett nytt land, vilket avspeglas i hälsan i det nya landet. Exempelvis visar dansk forskning att migrantgrupper har en lägre dödlighet

---

<sup>56</sup> WHO, 1946.

<sup>57</sup> Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKL, 2014; Folkhälsomyndigheten, 2014a.

<sup>58</sup> Statens folkhälsoinstitut, 2010.

<sup>59</sup> Davies, Basten & Frattini, 2009.

<sup>60</sup> Socialstyrelsen, 2015a.

<sup>61</sup> Ivert & Malmsten, 2014.

överlag än danskfödda personer.<sup>62</sup> Detta gäller särskilt under det första året efter migrationen. Healthy migrant effect visar därmed att det finns migrantgrupper som mår relativt bra i det nya landet. Denna tolkning bör dock göras med försiktighet, eftersom det även finns forskning som visar att hälsan tenderar att försämrans efter cirka fem år i det nya landet.<sup>63</sup> Vad gäller vårdkonsumtion visar forskning att nyligen migrerade har mindre kontakt med vården, vilket skulle kunna kopplas till healthy migrant effect. Efter en tid jämnas dock vårdkonsumtionen ut med landets population för att senare ytterligare öka i jämförelse. Denna effekt påvisas inte hos migranter som flytt sina ursprungsländer. Flyktingar tenderar att ha större vårdbehov än de som är födda i landet.<sup>64</sup> Det finns således forskning som visar att det finns migrantgrupper som har bättre hälsa än mottagarlandets befolkning, åtminstone under en period, men det finns också forskning som visar på det motsatta. Särskilt flyktingar som tvingats lämna sitt ursprungsland på grund av till exempel krig eller katastrofer har en utsatt hälsosituation.

### 3.2 PSYKISK OHÄLSA

Ett centralt område när det gäller migration och hälsa handlar om psykisk hälsa. Enligt Socialstyrelsens kunskapsunderlag om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända beräknas mellan 20-30 % lida av psykisk ohälsa.<sup>65</sup> Forskning visar att förekomsten av depression kan variera med så mycket som mellan 2-80 % och PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) mellan 4-86 %. PTSD är en psykiatrisk störning som kännetecknas av återupplevande av den traumatiska upplevelsen, undvikande av sådant som påminner om upplevelsen och en generell känslighet som leder till irritabilitet, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar. PTSD kan vara svårt begränsande då det kan leda till en social funktionsnedsättning, med arbetsförmåga och psykiskt lidande som påverkar inte bara individen utan även dennes familj och omgivning.<sup>66</sup> Det är även en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom<sup>67</sup> och det finns ett samspel mellan PTSD och diabetes.<sup>68</sup>

Förekomsten av psykisk ohälsa kan variera stort bland olika migrantgrupper, inte minst beroende på migrationsorsak. Vissa faktorer är särskilt relaterade till hög förekomst av psykisk ohälsa, så som tortyrupplevelser, många år på flykt, en långvarig asylprocess, tidsbegränsade uppehållstillstånd, bristande socialt stöd och separation från nära familjemedlemmar. Den psykiska ohälsan kan dessutom vara ihållande och för vissa innebära ett insjuknande senare i livet. Sammantaget medför detta att förekomsten av psykisk ohälsa kan vara hög oavsett om migrantgruppen anlant nyligen eller vistats flera år i mottagarlandet.<sup>69</sup> En undersökning från Röda Korset visar att den psykiska ohälsan bland nyanlända och asylsökande är utbredd.<sup>70</sup> Exempelvis lider var tredje person från Syrien av depression eller ångest, och en lika stor andel uppger att de har symptom som stämmer överens med PTSD. Detta resultat bekräftas av en hälsoenkät till nyanlända som genomfördes inom projektet MILSA vid Malmö högskola och Länsstyrelsen Skåne.<sup>71</sup> Ungefär tre fjärdedelar av de

---

<sup>62</sup> Exempelvis Norredam, Olsbjerg, Petersen, Juel & Krasnik, 2012; Norredam, Agyemang, Hoejbjerg Hansen, Petersen, Byberg, Krasnik & Kunst, 2014.

<sup>63</sup> Norredam, Agyemang, Hoejbjerg Hansen, Petersen, Byberg, Krasnik & Kunst, 2014.

<sup>64</sup> Norredam, Agyemang, Hoejbjerg Hansen, Petersen, Byberg, Krasnik & Kunst, 2014; Moullan & Jusot, 2014.

<sup>65</sup> Socialstyrelsen, 2015a.

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> Edmondson & von Känel, 2017.

<sup>68</sup> Agyemang, Goosen, Anujuo & Ogedegbe, 2012.

<sup>69</sup> Roth & Ekblad, 2006; Roth, Ekblad & Agren, 2006.

<sup>70</sup> Röda Korset, 2016.

<sup>71</sup> Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra. 2016.

nyanlända i studien var födda i Syrien. Nästan alla svarade att de upplevt någon typ av traumatisk händelse i sitt tidigare hemland eller under flykten. I gruppen asylsökande från Eritrea och Somalia är andelen som uppger att de har symptom på psykisk ohälsa ännu högre. Även forskning om nyanlända irakiernas hälsa i Sverige påvisar psykisk ohälsa bland 37 % i denna grupp.<sup>72</sup>

För den som har utsatts för ett trauma ökar risken för psykisk ohälsa. I Röda Korsets studie uppger drygt 30 % av de syriska respondenterna att de blivit utsatta för tortyr.<sup>73</sup> Det finns därför anledning att uppmärksamma hälso- och sjukvården på att en stor grupp asylsökande har erfarenheter av tortyr. Förutom att erbjuda behandling är det också viktigt att tortyrskador dokumenteras. Om en asylsökande person inkommer med ett läkarintyg som fastslår att personens skador *kan* ha uppkommit genom tortyr inträder Migrationsverkets utredningsansvar. Intyget måste inte ha utfärdats av en specialist i rättsmedicin eller tortyrskador, men av en läkare. I och med ett sådant intyg ska Migrationsverket hänvisa den asylsökande till att genomgå en tortyrskadeutredning enligt det så 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.<sup>74</sup> I Skåne genomförs tortyrskadeutredningar av Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. I samtal med representant från behandlingscentret framkommer att det generellt genomförs få tortyrskadeutredningar i Sverige. Kunskapen om detta behöver öka inom hälso- och sjukvården. Utöver detta är det i Region Skåne oproportionerligt få remiser som inkommer till centret gällande behandling av PTSD från sydöstra och nordvästra Skåne.<sup>75</sup>

Trots stor förekomst av psykisk ohälsa visar forskning att flyktingar och nyanlända nyttjar färre vårdinsatser än personer födda i landet.<sup>76</sup> Svensk forskning visar på dessa skillnader i användandet av psykotropiska läkemedel (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 att det finns hinder för denna grupp att erhålla behandling.<sup>77</sup> Förhållandet tenderar att förbättras något över tid i det nya landet. Liknande tendenser finns vad gäller förskrivning av psykofarmaka bland barn födda i Sverige men vars mamma är född i ett låginkomstland.<sup>78</sup>

### *Psykiska ohälsa i ett barnperspektiv*

Barn är en särskilt utsatt grupp i en migrationsprocess. Asylsökande barn och nyanlända barn är exempelvis kraftigt överrepresenterade bland barn som vårdas i öppen och slutna barn- och ungdomspsykiatrisk vård.<sup>79</sup> Förekomst av psykisk ohälsa hos barn som flytt är också förhöjd i jämförelse med barn som inte har flykterfarenhet.<sup>80</sup> Undersökningar från olika delar av världen visar att 20-50 % lider av PTSD och mellan 3 % och 30 % av depression.<sup>81</sup> Barn på

---

<sup>72</sup> Sundell Lecerof, 2010.

<sup>73</sup> Röda Korset, 2016

<sup>74</sup> Migrationsverket, 2012.

<sup>75</sup> Denna information framkom vid föreläsningen "Utsatta för tortyr – att möta traumatiserade flyktingar" som genomfördes av Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade på Kunskapscentrum migration och hälsa den 12 april 2017.

<sup>76</sup> Lindert, Schouler-Ocak, Heinz & Priebe, 2008.

<sup>77</sup> Brendler-Lindqvist, Norredam & Hjern, 2014.

<sup>78</sup> Van Leeuwen, Nilsson & Merlo, 2012.

<sup>79</sup> Blair, Stewart-Brown, Hjern & Bremberg, 2013.

<sup>80</sup> Fazel & Stein, 2003.

<sup>81</sup> Se till exempel Fazel, 2012; Fazel & Stein, 2003.

flykt har dessutom ofta varit utsatta för eller bevittnat våld eller sexuella övergrepp. Traumatiserande upplevelser, svaga ekonomiska och sociala resurser och bristande välbefinnande hos föräldrarna påverkar i sin tur barnens hälsa. De barn som har högre förekomst av PTSD har i högre grad upplevt egna traumatiska händelser, separationer från närstående, samt bevittnat gripande eller misshandel och tortyr av föräldrar. Ökad oro för framtiden kan få allvarliga följder för barnens vardag, utveckling och tillit till vuxenvärlden. Fortsatt osäkerhet och otrygghet i den miljö som skulle vara skyddande förhindrar läkning av traumatiska skador och riskerar att leda till förlängd svår stress.<sup>82</sup>

I en rapport från Rädda Barnen, där 450 syriska barn och deras föräldrar djupintervjuats om sitt liv i Syrien, framkommer att hälften av barnen känner sig otrygga när de vistas utomhus, och att fyra av fem barn ofta är sorgsna eller oroliga.<sup>83</sup> Rädda Barnen konstaterar att det finns mycket små möjligheter i dagens Syrien att möta barnens behov av vård och att stressen därmed riskerar att leda till psykisk ohälsa. Detta kräver en förberedd hälso- och sjukvård i det nya landet efter flykt. Denna aspekt tydliggörs ytterligare i en rapport från Barnombudsmannen (BO) där 70 % av de cirka 400 skolsköterskor som besvarat en enkät om nyanlända barns hälsa, uppger att det största hälsoproblemet utgörs av psykiska besvär, inkluderat sömnproblem, oro, stress, ångest och ovisshet inför framtiden.<sup>84</sup> Barnens tillstånd förvärras dessutom ofta under vistelsen i Sverige. Majoriteten (84 %) av skolsköterskorna pekar ut psykisk ohälsa som det största problemet hos barn som är inne i asylprocessen. Det förefaller vara så, att fysiska besvär relativt snabbt avhjälpas, medan psykisk ohälsa förblir obehandlad. Utöver detta påverkas den psykiska hälsan av praktiska saker under asylprocessen, som att plötsligt behöva flytta och därmed bryta upp från skola och vänner. Situationen förvärras av en ovisshet inför framtiden och en rädsla för att få avslag på asylansökan. Frivilligorganisationer varnar därför att tillfälliga uppehållstillstånd kommer att leda till negativa hälsoeffekter<sup>85</sup> och studier från andra länder pekar på samma problematik, en ökad risk för bland annat psykisk ohälsa vid tillfälliga uppehållstillstånd.<sup>86</sup> Signaler har även kommit om en ökad suicidrisk bland unga asylsökande och särskilt bland ensamkommande barn;<sup>87</sup> en oro som Socialstyrelsen anser är befogad efter en rundringning till drygt 50 slumpvis utvalda kommuner och stadsdelar som visar att det finns kännedom om tre självmord och minst 68 försök till självmord under 2016 och 2017.<sup>88</sup> Dessutom hade över hälften av de tillfrågade kommunerna och stadsdelarna kännedom om självmordsplaner bland ensamkommande. Även om skälen till den akuta situationen kan vara flera visar undersökningen på en koppling till asylprocessen genom att många barn är rädda för att utvisas, men också för vad som ska hända när de fyller 18 år och riskerar att förlora rätten både till plats på HVB-hem och god man. För hälso- och sjukvårdens del innebär lagändringen att möjligheten att erbjuda en likvärdig hälso- och sjukvård kan försvåras, till exempel genom mindre möjlighet till långsiktiga behandlingsinsatser.

---

<sup>82</sup> Fazel, 2012.

<sup>83</sup> Save the Children, 2017.

<sup>84</sup> Barnombudsmannen, 2017.

<sup>85</sup> Exempelvis Läkare i världen, se Vahlne & Wieslander, 2016 samt Röda Korset, se Svenska Dagbladet, 2017

<sup>86</sup> Bragg & Wong, 2015; Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004; Momartin, Steel, Coello, Aroche, Silove & Brooks, 2006.

<sup>87</sup> Ramel & Assel, 2017.

<sup>88</sup> Socialstyrelsen, 2017. Det är dock viktigt att nämna att det inte förs statistik på ett samlat sätt över självmord för ensamkommande som saknar personnummer.



Barn på flykt definieras av FN som de mest utsatta barnen i världen eftersom de löper stor risk att utsättas för trafficking, att rekryteras till väpnade styrkor och till kriminalitet.<sup>89</sup> Flyktingbarn som inte bor med sina föräldrar har en hög förekomst av psykisk ohälsa.<sup>90</sup> Ensamkommande barn är särskilt utsatta och uppvisar i vissa undersökningar en förekomst av PTSD på 76 %. Detta kan jämföras med den övriga befolkningen som ligger på cirka 6 %.<sup>91</sup> Ensamkommande barn är utsatta för långvarig och extrem stress. Denna stress börjar inte sällan långt före resan och kan sedan fortsätta långt efter ankomsten – inte minst under tiden för asylprövning och fram till beslut om densamma.<sup>92</sup> Erfarenheter av att fly från krig och väpnade konflikter gör att många ungdomar lider av PTSD, sömnsvårigheter, depression och ångest. De senaste årens utveckling har gjort att EU-kommissionen numer betraktar migration av ensamkommande som en långsiktig del av migrationen in till EU och inte längre som en tillfällig händelse.<sup>93</sup>

I Sverige har alla ensamkommande rätt till en hälsoundersökning enligt Barnens behov i centrum (BBIC) där en läkare på ett strukturerat sätt undersöker barnet för att uppmärksamma och tillgodose eventuella vårdbehov. Socialtjänstens ansvarar för att barn och ungdomar erbjuds ett tryggt och säkert boende av god kvalitet samt att de får lämplig utbildning och tillgång till hälso- och sjukvård.<sup>94</sup> Barn och unga kommunplaceras i familjehem eller HVB-hem (hem för vård eller boende) beroende på ålder och behov. Alla ensamkommande barn och unga förordnas en god man av överförmyndarmyndigheten. Gode manns uppdrag är att vara i vårdnadshavares och förmyndares ställe. När hälso- och sjukvården möter ensamkommande barn är det en organisatorisk utmaning att barnen inte har en vårdnadshavare som kan hjälpa till med exempelvis egenvård. God man bor inte tillsammans med barnen på HVB-hemmet och det finns risk för att det saknas vuxna med tydligt ansvar för eventuella vårdbehov. En annan hälsofråga för gruppen ensamkommande barn handlar om åldersbedömningar. Migrationsverket kan skriva upp åldern, det vill säga göra bedömningen att barnet är äldre än vad det tror sig vara. Inom hälso- och sjukvård finns signaler om att detta leder till svårigheter i att fullfölja pågående behandling inom bland annat barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I sammanhanget är det värt att notera att en åldersuppskrivning av Migrationsverket inte har vunnit laga kraft förrän individen har fått ett beslut på asylansökan.

---

<sup>89</sup> SKL, 2016c.

<sup>90</sup> Socialstyrelsen, 2013a.

<sup>91</sup> Personlig kommunikation med Anna Sarkadi, professor och specialistläkare i socialmedicin, Uppsala universitet. Manuskript inskickat till tidskrift. Finns även återgivet på

<http://samordnarepsykiskhalsa.se/nyheter/hellre-en-egen-grav-i-sverige-an-skickas-levande-till-afghanistan/>

<sup>92</sup> Socialstyrelsen, 2013b.

<sup>93</sup> European Commission, 2012.

<sup>94</sup> Socialstyrelsen, 2013a.

### **Faktaruta: Medicinsk åldersbedömning**

När det är osäkert om en ensamkommande ung person fyllt 18 år kan Migrationsverket erbjuda en så kallad medicinsk åldersbedömning. Med medicinsk åldersbedömning åsyftas åldersbedömning med hjälp av olika medicinska metoder. Det finns för närvarande inga metoder som med exakthet kan fastställa en persons ålder, men det finns flera metoder som används för att bedöma en uppskattad ålder. De medicinska åldersbedömningar som Rättsmedicinalverket ska genomföra som underlag för bedömning av huruvida en person är under eller över 18 år kommer att genomföras med hjälp av tandmognadsbedömning och skelettmognadsbedömning. Bevisbördan ligger på den som söker och asylsökande måste själva skriftligen godkänna en medicinsk åldersbedömning, som består av röntgenbilder av två visdomständer och magnetröntgen av en knäled. Dessa bilder analyseras av två av varandra oberoende röntgenläkare respektive tandläkare. Utifrån dessa gör sedan en rättsläkare en medicinsk åldersbedömning innan Rättsmedicinalverket slutligen utfärdar ett rättsmedicinskt utlåtande om ålder.

Källa: Rättsmedicinalverket

### **3.3 KVINNOHÄLSA**

Ett exempel där migrationsaspekter kan spela roll är kvinnohälsa och särskilt inom sexuell och reproduktiv hälsa. Sverige har en god förlossningsvård och bland den lägsta mödradödligheten och barnadödlighet i världen. Det råder dock stora skillnader mellan olika grupper. Risken att dö i samband med en förlossning är till exempel fyra gånger högre om barnet eller mamman är utlandsfödd.<sup>95</sup> Bland kvinnor från låginkomstländer som Somalia eller Afghanistan är risken för mödradödlighet sju gånger större än för svenskfödda. Barn födda i Sverige av asylsökande kvinnor har visat sig ha en signifikant ökad risk att födas för tidigt och att avlida i samband med födseln.<sup>96</sup> Språkförbistring och bristande tolkning anses vara en bidragande orsak till detta.<sup>97</sup> I Skåne var 23,7 % av alla kvinnor förlösta under 2011–2012 födda utanför EU,<sup>98</sup> vilket innebär att det rör sig om en stor grupp med risk för ohälsa. Prevalensen av förlossningsrädsla är dessutom högre hos utlandsfödda kvinnor, som på grund av bland annat språkbarriärer har svårare att få hjälp.<sup>99</sup> Forskning visar att förlossningsrädsla är mer än dubbelt så vanligt bland utlandsfödda kvinnor än bland kvinnor födda i Sverige.<sup>100</sup> Andelen som erhållit förlossningsstöd har de senaste tre åren minskat generellt. Skillnaden mellan utlandsfödda kvinnor och kvinnor födda i Sverige har dock bestått. Här finns det således statistik (både nationell och regional) som visar på att jämlik hälsa inte uppnås mellan utlandsfödda kvinnor och svenskfödda kvinnor.<sup>101</sup>

Statistik från Graviditetsregistret visar att det föreligger skillnader avseende andelen gravida utifrån födelse-land, som får behandling för psykisk ohälsa som upptäcks i samband med

---

<sup>95</sup> Esscher, Binder-Finnema, Bødker, Höberg, Mulic-Lutvica & Essén, 2014.

<sup>96</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>97</sup> Essén, Bødker, Sjöberg, Langhoff-Roos, Greisen, Gudmundsson & Östergren, 2002.

<sup>98</sup> Sveus, 2015.

<sup>99</sup> Svenska Barnmorskeförbundet, 2016; Ternström et al, 2015.

<sup>100</sup> Ternström et al, 2015.

<sup>101</sup> Ternström et al, 2015; Region Skåne, 2017a.

graviditet. Kvinnor födda i Sverige behandlas i högre utsträckning för psykisk ohälsa än kvinnor med annat födelseland.<sup>102</sup> Inga tillgängliga studier tyder på att detta beror på lägre grad av psykisk ohälsa hos kvinnor födda utomlands, utan skillnaden tros snarare spegla en omotiverad skillnad i tillgång till eller utnyttjande av vård. Andelen kvinnor med migrationserfarenheter som kommer i kontakt med barnmorskemottagningar förväntas öka utifrån de senaste årens ökade migration. Detta tros innebära att en större andel av dem som barnmorskorna träffar kommer ha tidigare trauma, som potentiellt kan påverka måendet under graviditet och inför förlossning. Prevalensen av PTSD och andra komplexa psykiatriska tillstånd kommer därför sannolikt att vara högre i barnmorskemottagningarnas patientgrupp de kommande åren.

Deltagande i bland annat cervixcancerscreening har visat sig ha en stark socioekonomisk gradient.<sup>103</sup> Forskning visar att utrikesfödda deltar i cervixcancerscreening i lägre grad än svenskfödda.<sup>104</sup> Enligt Malmökommissionen är icke-deltagande i mammografiscreening kopplat till kvinnans socioekonomiska status. Kvinnor med utländsk bakgrund har till exempel 1,7 gånger högre risk än svenskfödda kvinnor att utebli.<sup>105</sup> Screening med regelbundna cellprovskontroller i åldrarna 23-60 år visar att cervixcancer kan förebyggas.<sup>106</sup> Bland kvinnor som utvecklar cervixcancer har en övervägande del inte kommit regelbundet till den gynekologiska cellprovskontrollen. En förklaring är språksvårigheter och brist på förståelig information.<sup>107</sup>

Ett annat område relaterat till kvinnohälsa är könsstympning. Nationellt beräknar Socialstyrelsen att ungefär 38 000 kvinnor i Sverige kan vara könsstympade.<sup>108</sup> Kvinnor som har utsatts för könsstympning fångas dock sällan upp av den svenska hälso- och sjukvården då det ofta saknas frågor om könsstympning i hälsoundersökningen.<sup>109</sup> Det gör att många aldrig får hjälp med hälsoproblem som har orsakats av könsstympning. Vissa landsting, som exempelvis Stockholm, rekommenderar att kvinnorna ska få frågor om könsstympning. Region Skåne har i nuläget inte någon fråga om könsstympning vid hälsoundersökningar.

### 3.4 LEVNADSVANOR OCH SJUKDOM

Som redan nämnts påverkar premigrationsförhållanden hela migrationsprocessen och migrationsaspekter verkar spela en roll för hälsoläget relaterat till bland annat fetma, typ 2 diabetes och hjärtkärlsjukdom. Migration innebär ofta stress och ändrade levnadsvanor, till exempel gällande kost och fysisk aktivitet. Det är känt sedan tidigare att livs- och levnadsvillkor, såsom just boendemiljö och psykosocial miljö, kan påverka hälsan negativt.<sup>110</sup> Forskning visar på samband mellan bostadsområde och förekomst av diabetes där flyktingar som bor i socioekonomiskt utsatta områden i Sverige har en ökad risk att utveckla typ 2 diabetes.<sup>111</sup> Den Malmöbaserade MEDIM-studien visar att migranter från Irak har dubbelt så

---

<sup>102</sup> Graviditetsregistret, 2015; 2016; Region Skåne, 2017a.

<sup>103</sup> von Wagner, Good, Whitaker & Wardle, 2011.

<sup>104</sup> Azerkan, Sparen, Sandin, Tillgren, Faxelid & Zendeudel, 2012.

<sup>105</sup> Zackrisson, 2012.

<sup>106</sup> Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention, 2015.

<sup>107</sup> Olsson & Lau, 2012.

<sup>108</sup> Socialstyrelsen, 2015b.

<sup>109</sup> Sveriges Radio, 2016.

<sup>110</sup> Folkhälsomyndigheten, 2016b; Lakshman, McConville, How, Flowers, Wareham & Cosford, 2011; Rostila & Hjern, 2012.

<sup>111</sup> White, Hamad, Li, Basu, Ohlsson, Sundquist & Sundquist, 2016.

hög förekomst av diabetes jämfört med svenskfödda, särskilt i de äldre åldersgrupperna.<sup>112</sup> Anledningen är bland annat en högre ärftlighet för diabetes men även en högre fetma-förekomst,<sup>113</sup> ett högt intag av socker samt fysisk inaktivitet.<sup>114</sup> Insatser behöver anpassas för att kunna nå resultat som tar hänsyn till riskfaktorer i hela migrationsprocessen.<sup>115</sup> Ovanstående exempel visar att det finns en koppling mellan migration, levnadsvanor och sjukdom.

### 3.5 SMITTSPRIDNING – EXEMPLEN TUBERKULOS OCH HIV

Att vara på flykt kan innebära en ökad risk för smittspridning för de som flyr, då många personer periodvis befinner sig i trånga miljöer med bristande hygienförhållanden. En av de sjukdomar som brukar screenas hos asylsökande som kommer från högendemiska områden är tuberkulos (TBC).<sup>116</sup> Antalet fall som rapporteras 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 och denna tendens förstärks under 2016. Sannolikt är detta en effekt av det stora antalet migranter i dessa åldersgrupper som invandrat de senaste två åren.<sup>117</sup> Majoriteten av de med TBC (90 %) har smittats utomlands och de flesta som insjuknat har kommit till Sverige under de senaste fem åren. Även om antalet fall av TBC i Sverige har ökat sedan 2003 finns det inget i nuläget som talar för en ökad smittspridning i landet. Sverige är fortfarande ett av de länder i världen med lägst incidens av sjukdomen. Långt ifrån alla som har TBC är smittsamma och hos dem som är smittsamma försvinner smittsamheten snabbt när de får behandling. Den allra viktigaste åtgärden för att minska smittspridning är därför tidig diagnos och rätt behandling. Detta understryker vikten av att migranter erbjuds hälsoundersökning tidigt efter ankomst till Sverige.<sup>118</sup> Folkhälsomyndigheten gör bedömningen att nuvarande migration utgör en låg risk för smittspridning av allmänfarliga infektionssjukdomar i Sverige, förutsatt att rekommenderade preventiva åtgärder följs.

En annan smittsam sjukdom som till viss del avspeglar förändring i migrationsmönster är HIV. Även om det totala antalet fall av HIV som rapporteras i Sverige har legat på en jämn nivå de senaste tio åren har variationer mellan åren i viss mån avspeglat förändrade migrationsmönster.<sup>119</sup> Enligt Folkhälsomyndigheten påträffades 450 nya fall av HIV i Sverige under 2015. Idag lever drygt 7 000 personer med en diagnostiserad HIV-infektion i Sverige. Det innebär en HIV-prevalens på 0,07, vilket är bland de lägsta i Europa.<sup>120</sup> Under 2015 rapporterades färre antal fall med smittland annat än Sverige, vilket kan vara en följd av att människor kom till Sverige framförallt från länder med relativt låg förekomst av HIV (Syrien, Afghanistan och Irak). Under 2016 anmäldes 64 nya fall (38 män och 26 kvinnor) av HIV i Skåne, vilket är en ökning från 41 fall året innan och det är det högsta på ett par decennier.<sup>121</sup> Trenden är dessutom ökande. Bland smittade i Sverige är fortfarande smitta mellan män som har sex med män den vanligaste smittvägen. Denna grupp står dessutom för den största ökningen och ökar även bland gruppen som smittas utomlands. De senaste åren har Skåne fått

---

<sup>112</sup> Bennet, Lindblad & Franks, 2015.

<sup>113</sup> Se bl.a. Sundell Lecerof, 2014.

<sup>114</sup> Arvidsson, Leijon, Sundquist, Sundquist, Lindblad & Bennet, 2014.

<sup>115</sup> Siddiqui, Kurbasic, Lindblad, Nilsson & Bennet, 2016.

<sup>116</sup> Särskilt Afghanistan, Eritrea och Somalia.

<sup>117</sup> Smittskydd Skåne.

<sup>118</sup> Folkhälsomyndigheten, 2016a.

<sup>119</sup> Folkhälsomyndigheten 2016c.

<sup>120</sup> Ibid.

<sup>121</sup> Smittskydd Skåne, 2017.

fler nya fall som enligt anmälan har okänd smittväg. Dessa utgörs till största del av migranter som nyligen kommit till Sverige.

### 3.6 TANDHÄLSA

Flyktingar är en särskilt utsatt grupp vad gäller tandhälsa då till exempel tortyrskador i form av trauma mot munregionen kan förekomma. Dålig kosthållning och försämrad munhygien under tiden på flykt är andra tandhälsoproblem<sup>122</sup> Att komma ensam som barn eller ung vuxen innebär en ökad risk för karies på grund av bristande munhygien.<sup>123</sup> Överlag råder det brist på nationella uppgifter gällande tandvård och tandhälsa för asylsökande barn och ungdomar, men enligt en rapport från Barnombudsmannen (BO) uppvisar många nyanlända barn dålig tandstatus<sup>124</sup> och generellt löper barn och unga med utrikesfödda föräldrar utanför Norden och Västeuropa större risk att drabbas av karies.<sup>125</sup> Enligt en undersökning i Uppsala har asylsökande barn generellt fyra gånger fler lagningar i jämförelse med övriga barn.<sup>126</sup> Dessa uppgifter har bekräftats i andra rapporter och i studier för olika migrantgrupper.<sup>127</sup>

Enligt regionala data utifrån en kartläggning av nyanländas hälsa i Skåne 2015-2016<sup>128</sup> råder det en stor skillnad mellan nyanlända och svenskföddas tandhälsa. Nästan hälften av de nyanlända uppger dålig eller mycket dålig tandhälsa och mer än hälften har ofta eller någon gång under det senaste året skämts eller mått dåligt över detta. Nästan 78 % av respondenterna uppger att de under de senaste tre månaderna varit i behov av tandläkarvård men inte sökt för att de bland annat inte ansett sig ha råd.

---

<sup>122</sup> Klefbom, 2007; Davidson, Skull, Calache, Murray & Chalmers, 2006.

<sup>123</sup> Klefbom, 2007

<sup>124</sup> Barnombudsmannen, 2017.

<sup>125</sup> Region Skåne, 2014b.

<sup>126</sup> Socialstyrelsen, 2016a.

<sup>127</sup> Folkhälsomyndigheten, 2015; Mattila, Ghaderi, Tervonen, Niskanen, Pesonen, Anttonen & Laitala, 2016.

<sup>128</sup> Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra, 2016.

## 4 Vad görs i Sverige och Region Skåne inom migration och hälsa?

I detta kapitel av omvärldsanalysen identifieras nationella, regionala och lokala satsningar inom området migration och hälsa. Det är ibland svårt att avgränsa regionala satsningar från kommunala sådana, och ibland även från aktiviteter inom frivilligsektorn. Arbetet inom migration och hälsa kräver många gånger att flera aktörer går ihop för att samverka kring en viss målgrupp, till exempel ensamkommande barn, med komplexa behov som sträcker sig över organisationsgränser. Avsikten med detta kapitel är att ge en bild av olika aktiviteter för att visa på pågående insatser inom området migration och hälsa.

### 4.1 HÄLSA I SVERIGE

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har beviljats medel från regeringen för att genomföra *Hälsa i Sverige* ett kunskapslyft för att stärka den positiva hälsoutvecklingen hos asylsökande och nyanlända.<sup>129</sup> Utgångspunkten är att tillhandahålla utbildningar och verktyg för all personal som möter asylsökande och nyanlända i sitt arbete. Detta görs från en grundläggande nivå med insatser för alla, till insatser inom den specialiserade psykiatrin.<sup>130</sup> Mål för kunskapslyftet är att:

- Öka genomförandegraden av och inkludera psykisk hälsa i hälsoundersökningar för att identifiera de som behöver somatisk och psykiatrisk vård.
- Öka omfattningen av och förstärka kvaliteten i samhälls- och hälsoinformation samt hälsofrämjande och förebyggande insatser.
- Öka tillgängligheten till förstalinje-insatser och kulturanpassad psykiatrisk vård, samt traumabehandling.
- Ge tillgång till system för att sprida insatser och följa upp vilka insatser som ges.

Insatserna som riktas till alla asylsökande och nyanlända är fokuserade kring kultur- och språkanpassad information om hälso- och sjukvård, förstärkta arbetssätt för hälsoundersökningar samt grundläggande transkulturell kompetens hos all personal som möter asylsökande och nyanlända. Projektet har tre faser som utgörs av en behovsanalys, en planeringsfas samt spridning av kunskap och material. Baserat på målen har olika metoder och utbildningspaket skapats med syfte att få en nationell spridning till regioner och landsting och andra berörda verksamheter. Satsningen anses bland annat ha lett till att fler asylsökande och nyanlända fått en hälsoundersökning 2016 jämfört med föregående år.<sup>131</sup>

Samtliga landsting och regioner är på något sätt med i denna satsning men formerna för deltagandet varierar. Eftersom de produkter och utbildningsinsatser som erbjuds ligger i linje med det arbete som redan görs eller planeras på Kunskapscentrum migration och hälsa kompletterar satsningen redan befintligt arbete. Av denna anledning medverkar Region Skåne i satsningen enbart utifrån de förutsättningar och behov som finns i regionen. Detta innebär i praktiken att ta del av utbildningsinsatser för att sedan koppla ihop dessa med befintlig och planerad verksamhet på Kunskapscentrum migration och hälsa.

---

<sup>129</sup> Socialdepartementet, 2016.

<sup>130</sup> SKL, 2016b.

<sup>131</sup> SKL, 2017.

## 4.2 TRANSKULTURELLT CENTRUM, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

*Transkulturellt Centrum* inom Stockholms läns landsting bildades 1999 och är ett kunskapscentrum för transkulturell psykiatri, asyl- och flyktingsjukvård samt hälsokommunikation. Centret erbjuder hälso- och sjukvårdspersonal fortbildning, handledning, konsultation och nätverk kring olika grupper av migranter, men bedriver ingen klinisk patientverksamhet.<sup>132</sup> Ett mål med verksamheten är att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper i transkulturella frågor genom utbildning och handledning samt samordning och metodutveckling. Ytterligare ett mål är att främja hälsa och förebygga ohälsa bland nyanlända och personer med bristande kunskaper i svenska språket, som riskerar att utveckla ohälsa.

## 4.3 REGIONALT LÄRANDECENTRUM FÖR MIGRATION OCH HÄLSA I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Från och med andra kvartalet 2017 kommer Regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen inrätta ett regionalt lärandecentrum för migration och hälsa med syftet att skapa ett bättre stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i migrantfrågor samt främja målgruppens hälsa.<sup>133</sup> Sedan tidigare har Västra Götalandsregionen ett Kunskapscentrum för jämlik vård som bland annat har utvecklat en samtalsmetod, "Förstå mig rätt". Syftet med denna är att minska missförstånd mellan patient och personal inom hälso- och sjukvården genom att både patienten och personalen återberättar varandras utsagor. På så sätt säkerställs att patient och personal har förstått varandra.

## 4.4 PARTNERSKAP SKÅNE OCH MILSA

MILSA (stödplattform för migration och hälsa) är ett projekt vars första del pågick 2013-2015 som en del av Partnerskap Skåne, en samverkansbaserad regional utvecklingsplattform med syfte att bidra till en inkluderande och sammanhållen etablering i Skåne län. Det operativa arbetet i Partnerskap Skåne är organiserat i ett antal delprojekt, varav MILSA var och fortfarande är ett. Samtliga delprojekt utgår från plattformens tre huvudprinciper om att förhålla sig till faktiska behov, vara kunskapsbaserat och att skapa möjligheter till delaktighet. Det övergripande målet är att bidra till att nyanlända i länet så snabbt som möjligt blir en del av Skånes samhällsliv och tillväxt samt bereds förutsättningar för delaktighet, hälsa och egenansvar. Utgångspunkten för arbetet inom MILSA är att hälsa är en förutsättning för nyanländas möjlighet till delaktighet och etablering i Skåne.<sup>134</sup> MILSA har tagit fram rekommendationer bland annat för förebyggande hälsokommunikation som en del av programmet för etablering i Sverige. Inom ramen för MILSA har också en omfattande hälsoenkät genomförts bland nyanlända som omfattas av etableringslagstiftningen i Skåne.<sup>135</sup> I ytterligare ett delprojekt har fokus legat på att främja samverkan mellan Arbetsförmedlingens etableringskontor och enskilda vårdcentraler i Skåne. Syftet har varit att minimera väntetiden på medicinska underlag för att påskynda nyanländas möjlighet till etablering.<sup>136</sup> Den hälsofrämjande etableringen ska nu utvecklas vidare i fem sammanlänkade studier inom ramen för *MILSA - utvecklingsplattform för migration och hälsa 2016-2018*. Region Skåne finns med som samverkanspart och samarbetsformer diskuteras med Kunskapscentrum migration och hälsa.

---

<sup>132</sup> Stockholm läns landsting, 2016.

<sup>133</sup> Västra Götalandsregionen, 2016.

<sup>134</sup> Carlzén & Björngren Cuadra, 2015.

<sup>135</sup> Zdravkovic, Grahn & Björngren Cuadra, 2016.

<sup>136</sup> Vilhelmsson, Östergren & Björngren Cuadra, 2015.

#### 4.5 SAMHÄLLS- OCH HÄLSOKOMMUNIKATÖRER

Flera landsting, regioner och kommuner har så kallade hälsokommunikatörer, alternativt samhälls- och hälsokommunikatörer, vars syfte är att genom information, kunskapsförmedling och dialog på modersmålet främja god hälsa hos nyanlända och flyktingar. Samhälls- och hälsokommunikatörerna har ofta, men inte alltid, hälso- och sjukvårdsbakgrund och talar svenska och språk som är vanliga bland nyanlända. I Skåne är hälsokommunikationen inordnad i samhällsorienteringen för nyanlända inom etableringen. Sedan 2008 driver Länsstyrelsen Skåne (projektägare), Region Skåne och ett antal kommuner i Skåne gemensamt en verksamhet med samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK). SHK skapades inom plattformen Partnerskap Skåne. Genom dessa får nyanlända i 26 kommuner kunskap och information på sitt modersmål om hälsa och samhälle.<sup>137</sup> Exempel på hälsoteman är stress, alkohol, kvinnors respektive mäns hälsa, sexuella överförbara sjukdomar (STI) och HIV, kost och motion, tobak, narkotika, allergi, tandhälsa, hälso- och sjukvårdens organisation samt egenvård. I dagsläget arbetar 25 samhälls- och hälsokommunikatörer med att informera på framför allt arabiska, pashto och dari om det svenska samhället och hälso- och sjukvård. I Skåne informerar SHK även asylsökande och andra migrantgrupper. Hälsokommunikationen anses ge ökade kunskaper som i sin tur ger individen möjligheter att få större kontroll över livet i det nya landet, förhindra ohälsa och över- eller underanvändning av hälso- och sjukvård samt öka förutsättningarna för en god etableringsprocess.<sup>138</sup> SHK har funnits med som ett delprojekt inom *MILSA* och kommer att utvecklas vidare inom plattformen. Utvärderingar visar att hälsokommunikation kan bidra till en högre grad *hälso-litteracitet*, det vill säga individers förmåga att förstå, tolka och använda hälsoinformation. Inom SHK har exempelvis information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter visat sig vara särskilt efterfrågad.<sup>139</sup> Enligt Länsstyrelsen ökade behovet av SHK på modersmål kraftigt under 2015, framförallt på arabiska, och under året hade cirka 22 000 nyanlända personer informerats på modersmål.<sup>140</sup>

#### 4.6 FLYKTINGHÄLSAN

Under 2006 fick Malmö landets första vårdcentral för asylsökande när vårdcentralen *Flyktinghälsan* öppnade. Från att tidigare ha varit en sjuksköterskeledd mottagning för hälsoundersökningar för asylsökande och BVC för asylsökande barn, öppnades en verksamhet med inriktning på hälso- och sjukvård för asylsökande i sydvästra Skåne. Verksamheten hade BVC, psykolog och kuratorsverksamhet, sjukvård samt gjorde hälsoundersökningar. Idén till denna verksamhet uppkom utifrån ett behov av kontinuerlig sjukvård för den asylsökande. Som verksamheten ser ut idag erbjuder Flyktinghälsan hälsoundersökningar för alla asylsökande i Malmö stad samt till anhöriginvandrare, kvotflyktingar och skolbarn, men även BBIC-utredningar för asylsökande barn samt hälsoundersökningar för adoptivbarn. Utöver det erbjuder de även sjukvård till nya asylsökande i Malmö och har en dagligen öppen mottagning.<sup>141</sup>

---

<sup>137</sup> Se Länsstyrelsen Skånes information om samhälls- och hälsokommunikatörer i Skåne.

<http://www.lansstyrelsen.se/skane/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/samhallskommunikatorer/Pages/index.aspx>

<sup>138</sup> Al-Adhami, 2015.

<sup>139</sup> Svensson, Carlzen & Agardh, 2016.

<sup>140</sup> Länsstyrelsen Skåne, 2016.

<sup>141</sup> Personlig kommunikation med Flyktinghälsans enhetschef Rebecka Berglund 16 mars, 2017.



#### 4.7 MEDIM-STUDIEN

I tidigare nämnda MEDIM-studie, som fortfarande pågår i Skåne, undersöks skillnader i förekomst av diabetes mellan invandrare från Irak och svenskfödda. I projektet har även olika interventioner utförts. Exempelvis konstruerades ett instrument för självrapportering av fysisk aktivitet och utifrån insamlade data skapades en kulturellt anpassad interventionsstudie med fokus på ökad fysisk aktivitet, kostomläggning med minskad fettkonsumtion samt ökad fiberkonsumtion. Syftet var att förbättra glukosbalans och minska risken för diabetes.<sup>142</sup> Interventionen bestod av bland annat föreläsningar, en matlagningskurs, könsspecifika grupper, samt motiverande samtal. Insatsen visade sig ha positiva effekter på insulin- och kolesterolnivåer och kroppsvikt och är tänkt att användas inom hälso- och sjukvårdens preventiva arbete.

#### 4.8 EU-PROJEKT OCH VERA ASYL

Region Skåne deltog i EU-projektet *Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar av asylsökande* som leddes av Folkhälsomyndigheten (då Smittskydds-institutet) tillsammans med tre andra landsting och flera andra myndigheter.<sup>143</sup> Projektet pågick mellan januari 2012 till och med juni 2014 och resulterade i att antalet hälsoundersökningar ökade från ca 40 % till 75 %.

MELKER är Migrationsverkets e-tjänst för Landsting och Kommuner från vilken Region Skåne får adressuppgifter till asylsökande. Inledningsvis tog Region Skåne fram en digital hantering av adressuppgifterna i PASiS (PatientAdministrativt Stöd i Skåne). Detta system har haft vissa problem och från och med våren 2017 har därför Vera Asyl implementerats. Vera Asyl är ett nytt system inom Region Skåne för att vårdcentraler ska kunna erbjuda hälsoundersökning till asylsökande. Utifrån Migrationsverkets MELKER-lista har Vera Asyl ett system för att underlätta administration kring kallelse av asylsökande till hälsoundersökningar och tandvårdskontroller. Systemet vänder sig till hälso- och sjukvårdspersonal, men kan även användas av centrala funktioner inom regionen. En förbättring är att information om genomförd hälsoundersökning på MELKER-listan eller på vårdenhets inom den egna sjukvårdsregionen sparas i systemet vilket gör att dubbla kallelser kan undvikas.<sup>144</sup>

#### 4.9 RÖDA KORSETS BEHANDLINGSCENTER FÖR KRIGSSKADADE OCH TORTERADE

På Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö arbetar ett team med psykologer, psykoterapeuter, fysioterapeuter, kurator, läkare och tolkar för att hjälpa människor som lider av trauman från krig, tortyr eller svåra flyktupplevelser. Centret har även mottagning i Hässleholm och i Kristianstad. Behandling bedrivs individuellt och i grupp och centret har också anpassad verksamhet för flyktingfamiljer och barn. Patienter behandlas utifrån ett helhetsperspektiv, där psykologiska, fysiska och sociala aspekter vägs samman. På behandlingscentret genomförs även tortyrskadeutredningar enligt det så kallade Istanbul-protokollet. Röda Korsets center i Malmö samverkar med bland andra Region Skåne, kommuner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan genom att bland annat genomföra utbildningar för personal som i sitt arbete möter flyktingar och de erbjuder även handledning och konsultation. Region Skåne har sedan 2010 en överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap med Röda Korset, vilket innebär att regionen ekonomiskt delfinansierar

---

<sup>142</sup> Siddiqui, Kurbasic, Lindblad, Nilsson & Bennet, 2016.

<sup>143</sup> Folkhälsomyndigheten, 2014b.

<sup>144</sup> Region Skåne, 2017b.

verksamheten och bidrar med kostnader för tolk om denne beställs via Region Skånes tolkförmedling.<sup>145</sup>

#### 4.10 TANDHÄLSA

I strategin för tandvård i Region Skåne<sup>146</sup> framhävs vikten av att arbeta både hälsofrämjande och förebyggande. Även om den skånska munhälsan generellt är god är den ojämnt fördelad, vilket föranlett en satsning inom Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2017.<sup>147</sup> Satsningen innebär att ett särskilt fokus ska läggas på att minska den ojämlika tandhälsan hos barn, ungdomar, personer med fysiska och/eller psykiska funktionsnedsättningar och äldre. I uppdraget betonas också att ett bättre samarbete mellan tandvården, kommunerna och hälso- och sjukvården krävs för att arbeta med riktade insatser i geografiska områden där det finns ökad risk för ohälsa. Exempel på projekt som genomförs i Skåne är studenter från tandhygienistprogrammet på Högskolan Kristianstad som initierat en insats där de åker ut till asylboende och HVB-hem och informerar om munhälsa. Region Skåne arbetar med att ta fram förslag på hur barn i asylprocessen ska kunna ta del av tandhälsoprogrammet som finns för barn och unga. I detta förslag är planen att barnen kallas till besök inom sex månader från att de erhållit de sista fyra siffrorna i personnumret och finns tillgängliga på listor för kallelser. Det pågår dessutom ett arbete med att upplysa och påminna om att tandvård ska ingå i hälsoundersökningar enligt BBIC.

#### 4.11 MIGRATIONSSKOLAN

Inom Region Skåne arbetar Kunskapscentrum demenssjukdomar med *Migrations-skolan* som sedan 2011 verkar för att förbättra demensvården för personer födda utomlands och skapa förutsättningar för god demensvård för alla oavsett bakgrund. Bland annat arbetar Migrations-skolan med utveckling av diagnostiska metoder med migrationsperspektiv, en forskningsstudie om tolkade möten i demensvården, kunskaps-spridning om kulturmöten och demensvård samt webbutbildningar på olika modersmål.

#### 4.12 MOBILA TEAM

Inom Region Skåne har det ökade antalet ensamkommande barn inneburit flera satsningar inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i allmänhet och Teamet för krig- och tortyrskadade barn (TKT) i synnerhet. Personalen på TKT har utökats vid flera tillfällen för att möta de ökade behoven av psykiatriskt omhändertagande. Sedan 2010 genomför TKT cirka fyra heldagsutbildningar om året som riktar sig till boende för ensamkommande med fokus på omhändertagande av psykisk ohälsa samt två heldagar per år riktat till behandlare på BUP. Vidare har psykoedukativa grupper riktade till ensamkommande barn- och ungdomar arrangerats varje år sedan 2010, med fokus på självomhändertagande. För att stärka insatser där hälso- och sjukvården har svårt att nå ut, arbetar Region Skåne sedan en tid tillbaka med mobila team för att kunna erbjuda och genomföra hälsoundersökningar på boenden. BUP Skåne har sedan årsskiftet ett mobilt team som utgår från BUP:s Team för krigs- och tortyrskadade barn (TKT). Det mobila teamet startade i full skala i januari 2017 och arbetar med att söka upp alla flyktingboenden i Skåne (både de för ensamkommande barn och boenden för familjer med barn). Teamet utbildar såväl personal som barn och ungdomar med familjer i psykoedukation som innefattar olika delar - sömnhygien, basal utbildning om ångest och ångesthantering samt utbildning om krisreaktioner och reaktioner på svåra upplevelser.

---

<sup>145</sup>Region Skåne, 2017c.

<sup>146</sup>Region Skåne, 2014c.

<sup>147</sup>Region Skåne, 2016b.

#### 4.13 MIGRATIONSSAMORDNARE

Barnkliniken på Skånes universitetssjukhus SUS har anställt en migrationssamordnare som har till uppgift att underlätta det administrativa arbetet för vårdpersonalen gällande barn med migrationsbakgrund. Migrationssamordnaren är en länk mellan Migrationsverket, socialtjänsten, hemkommunerna och andra sjukhus genom att samordna sjukhusbesök och se till att alla förberedelser rörande patienter är färdiga när de kommer till SUS. Målet är att möjliggöra för hälso- och sjukvårdspersonal att ge barn med migrationsbakgrund en säker och jämlik vård.

#### 4.14 MIGRATIONENS UTMANINGAR INOM HÄLSA, OMSORG OCH VÅRD

Mellan 2007–2016 har Region Skåne i samverkan med Malmö stad och Malmö högskola bedrivit forskningssamarbetet *Migrationens utmaningar inom hälsa, omsorg och vård*. Bakgrunden är att det skånska samhället blivit alltmer mångkulturellt och att det krävs nya metoder i arbetet med hälsa, omsorg och vård, både ur ett landstings och kommunalt perspektiv. Fokus har varit att hitta metoder som bidrar till en likvärdig vård för en heterogen grupp vårdtagare och patienter. Inom Migrationens Utmaningar genomfördes såväl forskning på Malmö högskola som FoU-projekt i Malmö stad och Region Skåne. Det sistnämnda hade fokus på att hitta nya arbetssätt inom till exempel hemtjänst, socialtjänst eller sjukvård. Sammantaget genomfördes 26 forskningsprojekt och 30 FoU-projekt. Dessa erfarenheter togs sedan vidare i bildandet av Kunskapscentrum migration och hälsa.<sup>148</sup>

#### 4.15 NOAKS ARK

I Malmö bedriver föreningen Noaks Ark Syd ett antal projekt för olika målgrupper som berörs av HIV. Flera av projekten har tillkommit mot bakgrund av den kunskapsöversikt om risktagande och riskutsatthet kopplat till migration, som gjordes av Smittskyddsinstitutet 2012.<sup>149</sup> Översikten belyste riskutsatthet utifrån olika beroendesituationer som papperslösa migranter och tredjelandsmedborgare kan finna sig i. Sedan 1998 bedriver Noaks Ark *Att möta invandrare ur ett hälso- och HIV-perspektiv* med syftet att öka kunskapen om HIV och minska stigma, öka HIV-testning och tillgång till behandling samt erbjuda bättre stöd för smittade och närstående. Vidare sker samarbete med Migrationsverket och SFI i Skåne med information om sexuell hälsa och sexuell utsatthet. Föreningen bedriver även *Diaspora* som är ett tvåårigt projekt med syfte att förmedla information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) till anhöriginvandrare i Skåne och Blekinge. I ett annat projekt som också är riktat till migranter på SFI ges information om våld i nära relationer och om hedersrelaterat våld. *Nadhir* är ett projekt som riktar sig till utlandsfödda personer som identifierar sig som män och har sex med andra män. Projektet erbjuder temaforum för män där det diskuteras kring sex och samlevnad och sexuella rättigheter. *Nadhir* samarbetar med *RFSL Newcomers*, *Asylgruppen*, *Svenska HBTQ Initiativ Syd* och *Kontrapunkt*. Utöver dessa projekt erbjuder föreningen snabbtest för HIV genom drop-in en dag i veckan och tidsbokade besök. Testningen riktar sig i första hand till nyanlända i Sverige.

#### 4.16 KULTURDOULOR

I Malmö tas de första stegen för att införa en ny aktör i förlossningsvården som kallas *kulturdoula* när Yallatrappan under våren 2017 utbildar 24 stycken kulturdoulor i en första omgång och ytterligare tolv under våren 2018. Kulturdoulan är en vidareutveckling av

---

<sup>148</sup> Malmö stad, 2016.

<sup>149</sup> Smittskyddsinstitutet, 2012.

konceptet *doula* och har förutom egen förlossningserfarenhet även egen erfarenhet av migration. Kulturdoulan fungerar som ett stöd på modersmålet för den gravida och födande kvinnan. Idén kommer från Födelsehuset i Göteborg som sedan 2008 har drivit projektet *Doula och kulturtolk* i samarbete med sjukvården i Göteborg. Som tidigare nämnts har utlandsfödda kvinnor en hög risk för sämre hälsa under graviditet och förlossning<sup>150</sup> och en ökad risk att dö i samband med förlossning.<sup>151</sup> Utvärderingar visar att kulturdoulor bidragit till positiva upplevelser kring graviditet och förlossning bland såväl gravida och födande kvinnor som bland barnmorskor.<sup>152</sup> Kulturdoulorna bidrar till en bättre kommunikation mellan barnmorska och den gravida kvinnan både före och under förlossning. Forskning visar även att kvinnor som har tillgång till kontinuerligt socialt och känslomässigt stöd under graviditet och förlossning, exempelvis i form av doula, känner sig tryggare, behöver mindre smärtlindring, har färre komplikationer under förlossningen och behöver i lägre grad förlösas med kejsarsnitt, tång eller vacuumextraktor.<sup>153</sup>

---

<sup>150</sup> Socialstyrelsen, 2016c.

<sup>151</sup> Esscher, Binder-Finnema, Bødker, Högberg, Mulic-Lutvica & Essén, 2014.

<sup>152</sup> Näsfeldt, 2016; Jagudina, 2012.

<sup>153</sup> Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013.

## 5 Kunskapscentrum migration och hälsa – Fokusområden 2017-2018

I föregående kapitel har hälso- och sjukvård behandlats i ett migrationsperspektiv och aspekter av migration som berör hälsa och ohälsa har diskuterats. Efter att ha fått en bild av hur migrationsaspekter kan påverka hälsan och grupper som är särskilt utsatta har ett antal insatser inom hälsoområdet presenterats. Dessa har varit såväl nationella som regionala och lokala. I detta avsnitt är avsikten att diskutera fokusområdena att arbeta vidare med 2017-2018 utifrån Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag. Inledningsvis diskuteras två begrepp som används i diskussionen om fokusområden, proportionell universalism och hälso-litteracitet.

### 5.1 PROPORTIONELL UNIVERSALISM OCH HÄLSOLITTERACITET

Som framgår i inledningskapitlet är Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag att genom utbildning, samordning och metodutveckling stödja hälso- och sjukvårdspersonal i Region Skåne i frågor som gäller migration och hälsa. I förlängningen handlar uppdraget om att erbjuda en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder. Uppdraget blir därmed en del av Region Skånes arbete med att främja jämlik hälsa för hela Skånes befolkning. I omvärldsanalysen påbörjas arbetet med att identifiera områden där vården inte når ut och att belysa eventuella hälsoskillnader mellan svenskfödda personer och personer med migrationsbakgrund. Arbetet på kunskapscentrum ska vara förankrat i forskning och detta är omvärldsanalysen ett exempel på. Uppdraget för Kunskapscentrum migration och hälsa innefattar alla migrantgrupper, det vill säga att det omfattar exempelvis asylsökande, nyanlända och papperslösa men även etablerade migrantgrupper som sedan lång tid befinner sig i Sverige. I denna omvärldsanalys är fokus på asylsökande och nyanlända, då det i nuläget finns stora grupper som väntar på besked om asylansökan eller nyligen fått permanent eller tillfälligt uppehållstillstånd.

Fokusområdena för Kunskapscentrum migration och hälsa går att diskutera bland annat utifrån termen *proportionell universalism*. Med det menas att för att minska skillnader i hälsa behöver åtgärder vara generella men anpassas till prioriterade gruppers behov, utifrån exempelvis socioekonomisk status eller och geografiska förhållanden.<sup>154</sup> Detta är en slutsats från WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer, den så kallade Marmot-kommissionen. Ett bra exempel på proportionell universalism är den skandinaviska mödra- och barnhälsovården som utvecklades under 1930-talet och som anses vara en viktig orsak till den låga svenska mödra- och barndödligheten.<sup>155</sup> Forskning visar dock att denna ansats behöver stärkas. Alla har idag tillgång till mödra- och barnhälsovård men de som behöver den mest, exempelvis socioekonomiskt utsatta grupper, deltar i lägre grad.<sup>156</sup> Effekten riskerar därmed att bli motsatt från intentionen, mödra- och barnhälsovården bidrar till att öka ojämlikheten mellan olika grupper. Det arbete som bedrivs inom området migration och hälsa har därför att ta hänsyn till både intentionen att erbjuda Skånes befolkning en jämlik vård och kompensera för det faktum att generella insatser i praktiken kan öka skillnader mellan olika samhällsgrupper.

---

<sup>154</sup> CSDH, 2008.

<sup>155</sup> Högberg, 2004.

<sup>156</sup> Wallby, Hjern, 2011.

I inledningskapitlet beskrivs att *hälsolitteracitet* kan vara ett verktyg för att närma sig frågor som handlar om kultur i vården. Hälsolitteracitet är ett etablerat begrepp inom folkhälsovetenskap som handlar om förmågan att förvärva, förstå och använda hälsorelaterad information.<sup>157</sup> En individs nivå av hälsolitteracitet spelar roll för dennes hälsa.<sup>158</sup> Hälsolitteracitet kan till exempel hänga samman med utbildningsnivå, kulturella eller sociala aspekter och är viktigt för att förstå alla patienter, oavsett etnisk eller kulturell bakgrund. Begreppet kan dock få särskild bäring inom området migration och hälsa då studier visar att vissa migrantgrupper har lägre genomsnittlig nivå av hälsolitteracitet. Det kan vara av betydelse till exempel i samband med den hälsoundersökning som erbjuds asylsökande. Migranter med låg hälsolitteracitet kan ha svårt att ta till sig hälsorelaterad information eller upplever att de inte får hjälp med sina hälsobehov.<sup>159</sup> Kunskapscentrum migration och hälsa menar att begreppet kan vara ett verktyg för att förstå de mekanismer som styr människors förmåga att förstå och tolka sin egen hälsa och hälsoinformation och använder det därför som en analytisk ram för att diskutera och förstå migration och hälsa. Begreppet återkommer därför i nedanstående fokusområden då till exempel utbildningar beskrivs.

## 5.2 JÄMLIK VÅRD OCH RÄTTIGHETER I ETT MIGRATIONSPERSPEKTIV

I 3 kap 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) tydliggörs att all hälso- och sjukvård ska ges på lika villkor för hela befolkningen och med respekt för alla människors lika värde. Region Skåne strävar efter en jämlik vård vilket bland annat framkommer i den framtagna strategin för jämlik vård. Jämlik vård är ett brett begrepp som omfattar flera aspekter varav en är jämlik vård för personer från andra länder. Kunskapscentrum migration och hälsa har i uppdrag att särskilt synliggöra ett migrationsperspektiv i hälso- och sjukvården som ett led i att uppnå jämlik vård. I *fokusområde jämlik vård och rättigheter i ett migrationsperspektiv* är tanken att belysa jämlik vård utifrån ett migrationsperspektiv och att i detta sammanhang betona vilka rättigheter migranter har utifrån lagar och policys. För att göra det krävs insatser på flera nivåer. Den strukturella nivån handlar om att sträva efter att ett migrationsperspektiv ska beaktas i beslutsprocesser gällande till exempel budget och verksamhetsplanering. Den handlar också om att se till att det är möjligt att följa migrationsfrågor i befintlig statistik. Ytterligare en aspekt av den strukturella nivån är att beakta ett rättighetsperspektiv, det vill säga att se till att riktlinjer, strategier, tillämpningar med mera är i enlighet med gällande lagstiftning. Det finns också flera rättighetsbaserade aspekter rörande migration och hälsa som alla inom hälso- och sjukvård bör känna till, exempelvis riktlinjer kring vård av papperslösa eller hur tolkanvändning genomförs på ett bra sätt.

### Förslag på åtgärder:

#### Strukturell nivå

- Verka för att migrationsperspektivet inom hälso- och sjukvård beaktas i beslutsprocesser så som budget och verksamhetsplanering. Exempel på arbetssätt är att bistå med kunskapsunderlag till beslutsprocesser.<sup>160</sup>

---

<sup>157</sup> Mårtensson & Wängdahl, 2016.

<sup>158</sup> Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013.

<sup>159</sup> Wängdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2015.

<sup>160</sup> Ett exempel på detta är det underlag Kunskapscentrum migration och hälsa tagit fram i samverkan med Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling till budgetprocessen 2018 (Vårdbehov hos asylsökande och nyanlända – Kunskapsunderlag).

- 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.
- Följa eventuella lagändringar som berör hälso- och sjukvård och uppdatera interna regelverk i enlighet med dessa. Säkerställa att Vårdgivare Skåne är uppdaterad med aktuella regelverk och information gällande hälso- sjukvård av olika migrantgrupper.
- Verka för att förstärka hälso- och sjukvårdens tillgänglighet avseende språk, information och bemötande, t.ex. genom ett sammanhållet grepp kring översättningar av informationsmaterial.

### Samverkan

- Kunskapscentrum migration och hälsa ser ett behov av att samverka med aktörer som arbetar för att främja migranternas rättigheter gällande hälso- och sjukvård. Frivilligorganisationer som Läkare i världen och Stadsmissionen möter migranter på andra villkor än offentliga institutioner och får därför tillgång till annan information. Samverkan är av vikt för att få mer kunskap om eventuella brister i hälso- och sjukvårdens bemötande av aktuella målgrupper.

### Kunskapshöjning

- Utbildning för personal inom hälso- och sjukvård gällande rättighetsbaserade aspekter av migration så som lagar, regelverk och regionala riktlinjer inom Region Skåne eller tolkanvändning. Utbildningar inom dessa områden genomförs delvis redan av Migrationsskolan och Patientservice (GSF – Gemensam servicefunktion) varför samverkan med dessa parter är angeläget.

## **5.3 GENERELL KUNSKAPSHÖJNING OM MIGRATION OCH HÄLSA**

I denna omvärldsanalys är syftet att inventera kunskapsläget inom migration och hälsa för att identifiera eventuella behov och utvecklingsmöjligheter. Ansatsen är att lyfta fram områden inom migration och hälsa där vården är ojämlig eller där hälsan skiljer mellan personer med migrationsbakgrund och svenskfödda personer. Som framkommer i omvärldsanalysen finns det flera områden inom vilka hälsan är ojämlig och vården inte når ut. Det finns således grund för att på en generell nivå öka kunskapen i Region Skåne om hur migrationsaspekter kan påverka hälsan. Under det år som Kunskapscentrum migration och hälsa varit verksamt har ett antal utbildningar genomförts med ett allmänt fokus på migrationsaspekter av hälso- och sjukvård och förfrågningar har också inkommit om att genomföra utbildningar kring kulturella möten i vården. Kunskapscentrum migration och hälsa ser därför ett fortsatt behov av att verka för en generell kunskapshöjning kring migrationsaspekter inom hälso- och sjukvård. I detta sammanhang utgår Kunskapscentrum migration och hälsa bland annat från begreppet hälsolitteracitet som används som ett viktigt verktyg för att diskutera kultur i hälso- och sjukvård.

## **Förslag på åtgärder:**

### Strukturell nivå

- Verka för att kunskap om migration och hälsa finns på samtliga nivåer i Region Skåne.
- Vara en aktiv part i det strategiska arbetet inom Region Skåne i syfte att betona betydelsen av migration och hälsa inom relevanta områden.

### Samverkan

- Kunskapscentrum migration och hälsa ser ett behov av att samverka med aktörer med uppdrag gällande mottagning och etablering av asylsökande och nyanlända så som Migrationsverket, Länsstyrelsen och kommuner i Skåne för att möta målgruppernas behov inom hälso- och sjukvård.
- Hälso- och samhällskommunikatörerna verkar idag med organisatorisk bas hos Länsstyrelsen Skåne och med viss finansiering av Region Skåne. Då de har direktkontakt med nyanlända är de en strategisk samarbetspart för Kunskapscentrum migration och hälsa.
- Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag är att verka för ett migrationsperspektiv i hälso- och sjukvården, men enheten har inte resurser till att ha expertkunskap inom alla Region Skånes verksamhetsområden. Därför är det viktigt med intern samverkan och att tydliggöra för såväl Region Skånes verksamheter som ackrediterade aktörer att Kunskapscentrum migration och hälsa kan vara behjälpliga vid verksamhetsutveckling med ett migrationsperspektiv.

### Kunskapshöjning

- Verka för att personal inom hälso- och sjukvården i Region Skåne får tillgång till kunskap om migration och hälsa utifrån respektive verksamhets behov. Exempel på insatser är utbildningar med ett bredare fokus på migration och hälsolitteracitet.
- Prioritera verksamhetsförfrågningar kring kunskapshöjning om migration och hälsa.

## **5.4 PSYKISK OHÄLSA**

Ett angeläget område som framkommer i omvärldsanalysen inom migration och hälsa är psykisk ohälsa. Det föreligger (minst) två övergripande utmaningar inom hälso- och sjukvård vad gäller psykisk ohälsa hos personer med migrationsbakgrund. Den ena är att inte överdiagnostisera psykisk ohälsa som är grundad i psykosocial stress, ekonomisk utsatthet, diskriminering eller rasism. Migrationsrelaterad stress behöver inte innebära psykisk ohälsa utan vara en rimlig reaktion på livsomvälvande förändringar. Den andra utmaningen är att inte underdiagnostisera, det vill säga att inte missa att diagnostisera psykisk ohälsa på grund av att ohälsan manifesterar sig annorlunda än vad den svenska hälso- och sjukvården är van vid. Dessa aspekter kan vara bra att ha i åtanke då psykisk ohälsa med ett migrationsperspektiv diskuteras. Som framkommer i denna omvärldsanalys visar forskning att psykisk ohälsa bland migranter är vanligt förekommande, särskilt för personer som flyr undan krig och förföljelse. Diskussionerna i omvärldsanalysen rör bland annat migrationsrelaterad PTSD (post-traumatiskt stressyndrom), ett område som det redan i nuläget bedrivs arbete inom i Region Skåne. Det finns dock områden inom psykisk ohälsa som det saknas kunskap om eller som det i nuläget bedrivs få insatser inom. Kunskapscentrum migration och hälsa identifierar två



tematiska områden som behöver belysas med fokus på psykisk ohälsa: *Tortyrutredningar* och *utredningar avseende kognitiv funktion*.

### *Tortyrutredningar*

Under arbetet med omvärldsanalysen har arbetet med tortyr identifierats som ett prioriterat område. Risken för allvarlig psykisk ohälsa eller PTSD är särskilt hög efter upplevelser av tortyr, även i jämförelse med andra traumatiska upplevelser. Psykiska konsekvenser av tortyr är väldokumenterade. I en rapport publicerad av Röda Korset år 2016 rapporterade ca 30 % av nyanlända syrier att de utsatts för tortyr.<sup>161</sup> Inom Region Skåne är kunskapen om tortyr förlagd till Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö<sup>162</sup> samt Teamet för krigs- och tortyrskadade (TKT) vid BUP Malmö. Dessa instanser arbetar riktat gentemot tortyrskadade med specialiserade behandlingsinsatser, medan det inom övrig hälso- och sjukvård i Skåne finns signaler om att det saknas kunskap om tortyr och dess effekter på människor. För att förstå symptom och kunna remittera patienter vidare är det centralt att även personal som inte behandlar tortyrskador på specialistnivå har en generell förståelse för hur tortyr påverkar dess offer. Det är också viktigt att öka kunskapen kring skador mot kvinnor och barn, något som generellt förbises i kunskapen om tortyr. Det finns också en problematik i att det görs få tortyrutredningar under asylprocessen trots att den som utsatts för tortyr har rätt till detta. I södra Sverige genomförs sådana specialistutredningar på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Utifrån ovanstående är det viktigt att personal inom hälso- och sjukvård är medveten om att ett läkarintyg bör utfärdas vid tecken på tortyr. Eftersom Sverige är ett av de länder som tar emot flest tortyrskadade flyktingar är detta ett område inom vilket behoven sannolikt kommer att öka. Det är därför angeläget att kunskap om detta finns på såväl primärvårds- som specialistnivå.

### **Förslag på åtgärder:**

#### Strukturell nivå

- Kunskapscentrum migration och hälsa bevakar frågan om tortyr och lyfter problematiken med beslutsfattare inom Region Skåne och om möjligt på nationell nivå.
- Kunskapscentrum migration och hälsa verkar för en kunskapshöjning inom hälso- och sjukvård om vikten av att utfärda läkarintyg vid tecken på tortyr. Detta är angeläget då det berättigar individen till en tortyrskadeutredning enligt Istanbulprotokollet vilket Migrationsverket är skyldig att genomföra vid tecken på tortyr.

#### Samverkan

- Kunskapscentrum migration och hälsa följer frågan om tortyr i samverkan med experter på området så som Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade och Teamet för krigs och tortyrskadade (TKT).

---

<sup>161</sup> Röda Korset, 2016.

<sup>162</sup> Röda Korset har en god genomgång av användningen av tortyrutredningar i den svenska asylprocessen, se Röda Korset, 2014.

## Kunskapshöjning

- Genomföra utbildningsinsats tillsammans med Röda Korset riktad till vårdpersonal inom olika verksamheter i Region Skåne om att möta människor som utsatts för tortyr.
- Webinarium om tortyr för primärvården i samarbete med Allmänläkarkonsulterna (AKO Skåne) med föreläsare från Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.<sup>163</sup>

## *Utredningar avseende kognitiv funktion*

Ett annat område relaterat till psykisk ohälsa som framträder som relevant att arbeta vidare med ur ett migrationsperspektiv är utredningar avseende kognitiv funktion. Syftet med en sådan utredning är att kartlägga de svårigheter patienten eller omgivningen upplever kan diagnosticeras som en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Under utredningen genomförs en noggrann kartläggning av patientens aktuella svårigheter avseende symtom och svårighetsgrad. Under utredningsfasen deltar personal från flera olika professioner som till exempel sjuksköterska, läkare, kurator, arbetsterapeut och psykolog. Det finns flera försvårande omständigheter vid utredningar avseende kognitiv funktion när personer med migrationsbakgrund utreds. Traumatiska upplevelser kan ge kognitiva konsekvenser som kan vara svårtolkade. Även faktorer som socioekonomisk bakgrund, utbildning, språkkunskaper och kommunikationsvanor kan spela roll. Likaså kan hälso- och sjukvårdspersonals bristande kunskap att möta och förstå människor med skilda erfarenheter från det svenska sammanhanget påverka utredningen. Det saknas idag nationella riktlinjer för utredningar avseende kognitiv funktion för personer som nyligen anlänt till Sverige. Det är också oklart om detta anses vara vård som inte kan anstå i de lägen det gäller vuxna asylsökande och papperslösa. Vidare finns det inte likartade rutiner för hur en utredning bör gå till och vilka test och metoder som kan användas, respektive bör undvikas. Differentialdiagnoser som PTSD och dissociativa störningar är också viktiga att ha god kunskap om för att utföra adekvata utredningar. Sammantaget tycks det inte finnas mycket dokumenterat kring utredningar avseende kognitiv funktion av personer som nyligen anlänt till Sverige.

## **Förslag på åtgärder:**

### Strukturell nivå

- Kartlägga hur utredningar avseende kognitiv funktion kan utvecklas i ett migrationsperspektiv och eventuellt ta fram ett vårdprogram.

### Samverkan

- Initiera referensgrupper med berörda parter inom Region Skåne för att gemensamt undersöka hur utredningar avseende kognitiv funktion kan göras i ett migrationsperspektiv (se punkt ovan).

---

<sup>163</sup> Webinariumet finns därefter tillgängligt på <http://rs.wallmedia.se/webinars/?2017/0302-e-learning/> och kan användas av personal i Region Skåne.

## Kunskapshöjning

- Skapa utbildningsinsats riktad mot primärvården och specialistpsykiatrin för att underlätta utredningar avseende kognitiv funktion för personer med migrationsbakgrund.
- Om nytt vårdprogram tas fram – verka för att detta implementeras i berörda verksamheter.

## **5.5 SÄRSKILT UTSATTA GRUPPER**

Kunskapscentrum migration och hälsa ser även ett behov av att lägga fokus på två migrantgrupper som har en utsatt hälsosituation. I det avsnitt av omvärldsanalysen som handlar om psykisk ohälsa i ett barnperspektiv framkommer att barn är en sådan grupp. Det gäller framför allt ensamkommande barn men även barn som flytt tillsammans med sin familj. En annan utsatt grupp, som hittills inte berörts i omvärldsanalysen, är kvotflyktingar. Då Sverige åtagit sig att ta emot fler kvotflyktingar, ser Kunskapscentrum migration och hälsa ett behov av att belysa denna grups hälsoläge.

### *Asylsökande barn*

Asylsökande och nyanlända barn är överrepresenterade i såväl öppen som sluten barn- och ungdomspsykiatrisk vård. En utsatt grupp är ensamkommande barn och forskning visar att barn som är på flykt utan sina föräldrar löper stor risk för psykisk ohälsa. I vissa studier är förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) så hög som 76 % bland ensamkommande. Under 2015 kom 35 000 ensamkommande barn till Sverige och år 2016 kom 2 200. År 2016 infördes *Lag om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige (2016:752)* som fastslår att alla uppehållstillstånd utom de som beviljas till kvotflyktingar blir tillfälliga. Frivilligorganisationer har varnat för att detta kommer att leda till ökad psykisk ohälsa för asylsökande<sup>164</sup> och det förekommer också larm om ökad risk för suicid<sup>165</sup>, framförallt hos ensamkommande barn. Kunskapscentrum migration och hälsa har uppmärksammat på att svårigheter kan uppstå då ensamkommande barn som bor i HVB-hem ordinerar mediciner eller egenvård. Det förefaller råda ett glapp i myndighetsutövandet gällande vems ansvar det är att bistå i denna situation, hälso- och sjukvårdens eller kommunens? Ett sätt att underlätta för personal är att skriva ut ett så kallat egenvårdsintyg som gör det lättare för personal på HVB-boenden att hantera medicinering. Det är också viktigt att verka för att ensamkommande barn får en hälsoundersökning i enlighet med Barnens behov i centrum (BBIC)<sup>166</sup>. Syftet är att på ett strukturerat sätt uppmärksamma och tillgodose eventuella vårdbehov. Det finns som framgår ovan flera skäl att särskilt uppmärksamma gruppen ensamkommande barn i arbetet med migration och hälsa.

---

<sup>164</sup> Vahlne & Wieslander, 2016; Svenska Dagbladet, 2017.

<sup>165</sup> Ramel & Assel, 2017; Socialstyrelsen, 2017.

<sup>166</sup> Socialstyrelsen, 2015c

## **Förslag på åtgärder:**

### Strukturell nivå

- I samband med att migration och hälsa lyfts i beslutsprocesser och budgetarbete särskilt belysa psykisk ohälsa och ensamkommande barns behov.

### Samverkan

- I samverkan med Kunskapscentrum barnhälsovård verka för att hälsoundersökningar enligt BBIC genomförs i Region Skåne.

### Kunskapshöjning

- Kunskapscentrum migration och hälsa har uppmärksammats på behovet av metodstöd för behandlare gällande ensamkommande barn och avser söka medel för att ta fram en metodhandbok på detta tema. Metodhandboken ska innefatta en sammanställning av klinisk erfarenhet, forskning på området och erfarenheter från ensamkommande barn.
- Vid utbildningar i området migration och hälsa särskilt belysa vikten av att genomföra samordnad vårdplanering (SIP) för ensamkommande barn och vid förskrivning av recept betona vikten av att bifoga ett egenvårdsintyg.
- Anordna utbildning om hur hälso- och sjukvården kan ge stöd åt barn och barnfamiljer som befinner sig i en migrationsprocess.

### *Kvotflyktingar*

En annan grupp med ett utsatt hälsoläge är kvotflyktingar. På Kunskapscentrum migration och hälsa har det inkommit frågor om just denna grupp, sannolikt beroende på att antalet kvotflyktingar ökat. Frågorna har bland annat handlat om hur hälso- och sjukvården kan möta upp när svårt sjuka kvotflyktingar ankommer till Skåne. Sverige har tagit emot kvotflyktingar ända sedan 1950-talet och antalet kvotflyktingar har varierat över tid. De senaste åren har 1 700–1 900 personer kommit till Sverige som kvotflyktingar. Sverige har från och med 2017 för avsikt att öka antalet kvotflyktingar successivt upp till 5 000 personer senast år 2018. Ökningen av kvotflyktingar för 2017 kommer att ske med 1 500 platser.<sup>167</sup> Då antalet kvotflyktingar förväntas öka behöver kunskapen om denna grupp stärkas, dels vad gäller hälsoläget i gruppen men också vad gäller de regelverk som styr mottagandet av denna grupp.

## **Förslag på åtgärder:**

### Strukturell nivå

- Synliggöra regelverk och riktlinjer för kvotflyktingar inom Region Skåne så att kvotflyktingar erhåller en säker och jämlik vård.

---

<sup>167</sup> Regeringskansliet, 2016

### Samverkan

- Etablera samverkan med berörda parter som möter kvotflyktingar för att bevaka att gruppens hälsostatus beaktas.

### Kunskapshöjning

- Följa forskning på området och påtala behovet av kartläggning av kvotflyktingars hälsoläge.
- Skapa en utbildningsinsats riktad mot primärvården för att betona kvotflyktingars hälsoläge samt synliggöra gällande regelverk för gruppen.

## 6 Avslutande diskussion

Syftet med denna omvärldsanalys är att göra en inventering av kunskapsläget inom migration och hälsa för att därefter identifiera fokusområden för det fortsatta arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa. Det genomgående temat är migrationsrelaterad ohälsa. Mot bakgrund av de diskussioner som förts i omvärldsanalysen kan detta beskrivas på följande sätt:

*Med migrationsrelaterad ohälsa avses ohälsa som kan relateras till migrationsprocessen (före, under eller efter migration) eller oskäligen hälsoskillnader mellan utlandsfödda personer och svenskfödda personer. Det förstnämnda handlar om ohälsa som kan uppstå på grund av svåra levnadsvillkor i ursprungslandet, umbäranden under flykt eller utsatthet i mottagarlandet. Det sistnämnda handlar om ojämlik hälsa som är kopplad till levnadsvillkor i mottagarlandet, som exempelvis tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*

Utifrån omvärldsanalysen har fyra fokusområden identifierats: (1) jämlik vård och rättigheter i ett migrationsperspektiv, (2) generell kunskapshöjning om migration och hälsa, (3) psykisk ohälsa, och (4) särskilt utsatta grupper. Pågående utbildningsinsatser som ryms inom ramen för dessa fokusområden återfinns i bilaga 1. Avsikten med bilagan är att ge en bild av hur arbetet på Kunskapscentrum migration och hälsa utvecklas parallellt med framtagandet av omvärldsanalysen. Fokusområdena speglar till viss del de frågeställningar som ställdes i inledningen av omvärldsanalysen.

Omvärldsanalysen är ett första steg för att bygga upp en kunskapsbas inom området migration och hälsa. Framöver kommer enheten fortsatt att samla information kring migration och hälsa, ibland i generell bemärkelse så som i denna omvärldsanalys, ibland mer riktat med specifik ämnesfördjupning. Kunskapscentrum migration och hälsas uppdrag är att sätta migranternas behov i fokus och att implementera ett migrationsperspektiv i Region Skånes hälso- och sjukvård. Inom ramen för detta uppdrag är det därför angeläget att utgå från aktuell lagstiftning, till exempel för att undvika diskussioner om undanträngningseffekter i hälso- och sjukvården. Diskussioner om undanträngning ger en signal om att någon trängs undan till förmån för någon annan och skapar ett ”vi” och ett ”dom”. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är tydlig i att all vård ska ges på lika villkor och utifrån störst behov (se 3 kap 1 § som betonar alla människors lika värde). Det går att föra samma diskussion i termer av kapacitetsbrist inom hälso- och sjukvården. Detta lägger istället fokus på hälso- och sjukvårdens eventuella begränsningar i att hantera sitt uppdrag utan att intentionen i lagstiftningen åsidosätts. En av frågeställningarna i omvärldsanalysen handlar om *vad de lagar och regler som styr hälso- och sjukvården säger om migranternas rätt till vård. I fokusområde jämlik vård och rättigheter i ett migrationsperspektiv tillvaratas kunskaper kring lagar och regler som styr hälso- och sjukvården när det gäller vård av migranter. Här ser Kunskapscentrum migration och hälsa ett behov av att kontinuerligt följa utvecklingen i lagstiftning och säkerställa att denna sprids bland hälso- och sjukvårdspersonal men också att verka för att det på strukturell nivå finns ett migrationsperspektiv i till exempel budgetprocesser och verksamhetsplanering. Detta är ett sätt att beakta proportionell universalism och finna vägar för att arbeta både generellt med kunskapshöjning men också anpassat utifrån behov i olika grupper. Behovet av detta framkommer i den del av omvärldsanalysen som svarar på frågan *vad befintlig forskning visar om hälsoläget för personer med migrationsbakgrund*. Studier visar att det inom flera områden finns hälsoskillnader mellan svenskfödda*

personer och utlandsfödda personer, till exempel inom kvinnohälsa och sjukdomar relaterade till levnadsvanor. *Fokusområde jämlik vård och rättigheter i ett migrationsperspektiv* innefattar också frågor som berör den praktisknära verksamheten så som tolkning. Även denna fråga måste ses i relation till lagstiftning som betonar hälso- och sjukvårdens skyldighet att anpassa information till patienten utifrån bland annat dennes språkliga bakgrund. Tolken är ett redskap för hälso- och sjukvården att fullgöra denna skyldighet, men tolkade patientmöten kräver kunskap och förståelse för hur ett tolkat möte genomförs på bästa sätt.

Hälsoskillnader är också viktigt att beakta i *fokusområde generell kunskapshöjning om migration och hälsa*. Hälsoskillnader mellan svenskfödda personer och utlandsfödda personer behöver uppmärksammas för att hitta strategier för att motverka dessa. En av frågeställningarna i omvärldsanalysen handlar om *hur människors fysiska och psykiska hälsa påverkas av migration*. Detta har uppmärksammats på flera sätt i omvärldsanalysen, bland annat genom en diskussion om att migrationsprocessen som sådan kan vara en stressfaktor även om den är frivillig och upplevs som positiv. Migrationsrelaterad stress måste dock skiljas från allvarligare former av psykisk ohälsa relaterad till migrationserfarenheter. I nuläget har många asylsökande kommit från krigets Syrien till Sverige. Studier visar att var tredje person från Syrien lider av depression eller ångest och lika många har symptom som stämmer överens med PTSD. Det finns också studier som pekar på att så många som 30 % av syriska flyktingar uppger att de utsatts för tortyr i sitt hemland. Generell kunskap om migration och hälsa handlar om att ha en förståelse för de processer som kan påverka migranternas hälsa, både utifrån erfarenheter premigration, under migration och postmigration. I den dagliga verksamheten inom hälso- och sjukvård kan insikter i dessa aspekter ha betydelse i patientmöten. Kunskapscentrum migration och hälsa förespråkar en förståelse för *hälsolitteracitet* som ett sätt att möta alla patienter utifrån deras förståelse av sin egen hälsa och förmåga att ta till sig hälsoinformation. Hälsolitteracitet kan användas som ett verktyg för att diskutera aspekter kring kultur i vården. Kultur kan vara, men behöver inte vara, en aspekt av mötet med migranter i vården. Genom en förståelse för hälsolitteracitet blir kultur en av många aspekter som vägs in i mötet, så som socioekonomisk bakgrund, utbildning, förförståelse för hälso- och sjukvård med mera.

En förståelse för hur människor påverkas av en migrationsprocess är centralt även inom *fokusområde psykisk ohälsa*. Kunskap om psykisk ohälsa i ett migrationsperspektiv behöver finnas både inom primärvård och på specialistnivå. Inom primärvård är en förståelse för att åkommor som magont, ryggont eller huvudvärk kan vara symptom på PTSD eller andra psykiatriska diagnoser viktig för att remittera patienter med psykisk ohälsa till rätt vårdinstans. Specialistkunskap finns inom Region Skåne. Omvärldsanalysens frågeställning *om aktiviteter som bedrivs lokalt, nationellt och inom Region Skåne* visar att frågan om psykisk ohälsa är aktuell även bland andra aktörer. Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade arbetar med migranter med psykisk ohälsa och även SKL:s satsning Hälsa i Sverige har fokus på denna målgrupp. Kunskapscentrum migration och hälsa identifierar liksom SKL ett behov av en kunskapshöjning om psykisk ohälsa i ett migrationsperspektiv inom hälso- och sjukvården generellt, men också ett särskilt behov vad gäller tortyrutredningar och utredningar avseende kognitiv funktion. Det förstnämnda är baserat på att Sverige den senaste tiden tagit emot asylsökande från delar av världen där tortyr förekommer och det sistnämnda är ett exempel på ett område där det är viktigt att separera migrationsrelaterad stress från neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Det kan vara svårt ur diagnostisk synvinkel, särskilt som det i dagsläget saknas riktlinjer i denna fråga och därför behövs en kunskapsutveckling.

Förutom att Kunskapscentrum migration och hälsa framgent jobbar med frågor som berör jämlik hälsa och rättigheter i ett migrationsperspektiv, generell kunskaphöjning om migration och hälsa samt psykisk ohälsa finns också skäl att beakta att det finns migrantgrupper vars hälsoläge är utsatt. I *fokusområde särskilt utsatta grupper* uppmärksammas två sådana. Den förstnämnda är asylsökande barn inom vilken ensamkommande barn också ryms. Den andra är kvotflyktingar, en grupp vars hälsoläge präglas av att kvotflyktingar får uppehållstillstånd i Sverige baserat på att de av olika skäl har en utsatt situation i sitt ursprungsland. Det finns av ovanstående skäl anledning att i det fortsatta arbetet lägga särskild tonvikt vid dessa grupper och lyfta deras behov. Det finns ett önskemål om att ta fram metodstöd för behandlare som möter asylsökande och ensamkommande barn. Det finns också anledning att synliggöra behovet av att genomföra hälsoundersökningar enligt BBIC på ett systematiskt sätt i Region Skåne. Vad gäller kvotflyktingar förefaller kunskapen kring regelverk och hälsoläge vara bristfällig och då antalet kvotflyktingar kommer att öka framöver behöver gruppens behov synliggöras.

Fokusområdena för Kunskapscentrum migration och hälsa gäller 2017-2018 men kan komma att revideras om förändrade omständigheter uppkommer. Exempel på detta kan vara att asyllagstiftning förändras eller att regelverk om rätten till vård görs om. Erfarenheterna från de senaste åren är att inom migrationsområdet kan omvärlden snabbt förändras, både vad gäller vilka migrantgrupper som söker sig till Europa men också vad gäller lagstiftning på nationell och internationell nivå. Fokusområdena utgör dock en riktning för Kunskapscentrum migration och hälsa och har betydelse för de uppdrag enheten prioriterar kommande verksamhetsår. Arbetet med omvärldsanalysen har varit en gemensam process för medarbetarna på Kunskapscentrum migration och hälsa och ett sätt att forma enhetens kunskapsbas. I det fortsatta arbetet kommer fördjupningar att ske utifrån ovanstående fokusområden. I inledningen konstaterades att det i Skåne finns migranter från 193 länder. 27 % av Skånes befolkning har utländsk bakgrund, det vill säga är född i ett annat land än Sverige eller har två utlandsfödda föräldrar. Region Skåne som offentlig verksamhet har ett ansvar för att beakta ett migrationsperspektiv i hälso- och sjukvården för att säkerställa en jämlik vård för hela Skånes befolkning. Omvärldsanalysen inom migration och hälsa visar att det finns många områden att arbeta vidare med för att erbjuda en jämlik och säker vård till personer från andra länder. Kunskapscentrum migration och hälsa är en nystartad enhet som håller på att utveckla sina arbetsformer och att fastställa fokusområden för 2017-2018 är ett första steg för att utveckla ett långsiktigt och strategiskt arbete i Region Skåne inom migration och hälsa.



## Referenser

- Agerberg, M. (2013). Vårdprofessioner eniga: Stoppa diskriminering av papperslösa. *Läkartidningen*, 110, CL9F.
- Agyemang, C., Goosen, S., Anujou, K., Ogedegbe, G. (2012). Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among 105,180 asylum seekers in the Netherlands. *European Journal of Public Health* 22, 658-662.
- Al-Adhami, M. (2015). *Förstudie MILSA – Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige*. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.
- Arvidsson, D., Leijon, M., Sundquist, J., Sundquist, K., Lindblad, U., Bennet, L. (2014). Cross-cultural validation of a simple self-report instrument of physical activity in immigrants from the Middle East and native Swedes. *Scandinavian Journal of Public Health* 42(3), 255-262.
- 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.
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Hjern, A., Bremberg, S. (2013). *Barnhälsokunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Bragg, B., Wong, L.L. (2015). "Cancelled Dreams": Family Reunification and Shifting Canadian Immigration Policy. *Journal of Immigrant & Refugee Studies* 14(1), 1-22.
- 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.
- Carlzén K, Björngren Cuadra C (red.). (2015). *MILSA – stödplattform för migration och hälsa*. Grunden läggs. Malmö högskola (MIM).
- CSDH. (2008). *Closing the gap in one generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genève: World Health Organization. Hämtat från [www.who.int/publications/2008/](http://www.who.int/publications/2008/). Statens folkhälsoinstitut har gjort en sammanfattande översättning av slutrapporten som finns tillgänglig på [www.fhi.se/publikationer/](http://www.fhi.se/publikationer/)
- 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-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>
- Edmondson, D., von Känel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry* 4(4), 320-329.
- Eklblad, SL., Asplund, M., Burström, B. (2012). Existentiell osäkerhet ökar sårbarheten för psykisk ohälsa analys av hälsosamtal bland vuxna asylsökande och kvalitativa intervjuer med flyktingar. *Socialmedicinsk tidskrift* 2, 150-160.
- 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.
- Essén, B., Bødker, B., Sjöberg, NO., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S., Östergren, P-O. (2002). Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109, 6, 677-682.
- European Commission. (2012). *Mid-term report on the implementation of the Action Plan on Unaccompanied Minors. Report from the Commission to the Council and the European Parliament*, Brussels. Hämtat från [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e\\_library/docs/uam/uam\\_report\\_20120928\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/e_library/docs/uam/uam_report_20120928_en.pdf)
- Eurostat. (2016). *Pressrelease, Asylum decisions in the EU, 75/2016 - 20 April 2016*. Hämtat från <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7233417/3-20042016-AP-EN.pdf/34c4f5af-eb93-4ecd-984c-577a5271c8c5>
- 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.

- Folkhälsomyndigheten. (2014a). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2014*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2014b). *Fakta om EU-projektet*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/hiv-och-sti-prevention/preventionsgrupper/migranter/eu-projektet-om-migration-och-prevention/fakta-om-eu-projektet/>
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Folkhälsomyndighetens återrapporering av regeringsuppdrag angående fördjupad studie om romska flickors och kvinnors livssituation och hälsa*. Östersund: Folkhälsomyndigheten. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/avslutade/RU-romska-flickors-kvinnors-halsa.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2016a). *Tuberkulos under 2015*. Hämtat från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/annesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/tuberkulos/>
- Folkhälsomyndigheten. (2016b). *Folkhälsan i Sverige 2016. Årlig rapportering*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/23257/Folkhalsan-i-Sverige-2016-16005.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. (2016c). *Hivinfektion*. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>
- Graviditetsregistret. (2015). *Årsrapport 2014*. Hämtat från [https://www.medscinet.com/gr/app/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR\\_Årsrapport%202014\\_1.3\\_webb.pdf](https://www.medscinet.com/gr/app/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrapport%202014_1.3_webb.pdf)
- Graviditetsregistret. (2016). *Årsrapport 2015*. Hämtat från [https://www.medscinet.com/gr/app/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Årsrapport\\_2015\\_Graviditetsregistret\\_4\\_Webb.pdf](https://www.medscinet.com/gr/app/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Årsrapport_2015_Graviditetsregistret_4_Webb.pdf)
- Gushulak, B.D., & MacPherson, D.W. (2011). Health aspects of the pre-departure phase of migration. *PLOS Medicine* 8(5):e1001035, doi:10.1371/journal.pmed.1001035.
- Gustafsson, L.H., & Lindberg, T. (2016), (red). *Möta barn på flykt. Enkel handbok för alla*, UNICEF
- Högberg, U. (2004). The decline in maternity mortality in Sweden: the role of community widwifery. *American Journal of Public Health* 94(8), v1312-1320.
- Ingvarsdotter, K. (2011). *Mental ill health and diversity: Researching human suffering and resilience in a multicultural context*. Doctoral thesis. Malmö: Malmö University.
- IOM. (2016). *Migration flows - Europe*. Genève: International Organization for Migration (IOM). Hämtat från <http://migration.iom.int/europe/>
- Ivert, AK. (2013). *Adolescent mental health and utilization of psychiatric care. The role of parental country of birth and neighbourhood of residence*. Doctoral thesis. Malmö: Malmö University.
- Ivert, AK., & Malmsten J. (2014). *Diskrimineringens betydelse för hälsa. Tilläggsrapport 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>
- Jagudina, Z. (2012). *Kulturtolkens erfarenheter av tvärkulturella interaktioner - De utrikesfödda muslimska kvinnornas identiteter och handlingsstrategier i projektet Doula & kulturtolk i Sverige*. Göteborg, Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen.
- Jervelund, S., Malik, S., Ahlmark, N., Villadsen, S., Nielsen, A., Vitus, K. (2017). Morbidity, Self-Perceived Health and Mortality Among non-Western Immigrants and Their Descendants in Denmark in a Life Phase Perspective. *Journal of Immigrant and Minority Health* 19(2), 448-476.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., Tsouros, A. (editors). (2013). *Health literacy – The solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Klefbom, C. (2007). *Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008*. Stockholm: Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B., Komproe, I.H., Schreuders, B.A., De Jong, J.T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843-851.
- Lakshman, R., McConville, A., How, S., Flowers, J., Wareham, N., Cosford, P. (2011). Association between area-level socioeconomic deprivation and a cluster of behavioural risk factors: cross-sectional, population bases-study. *Journal of Public Health* 33(2), 234-245.
- 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 Skåne. (2016). *Länsstyrelsen Skånes årsredovisning 2015*. Hämtat från <http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/om-lansstyrelsen/organisation/%C3%85rsredovisning/arsredovisning-2015.pdf>

- Löfvander, M., Rosenblad A., Wiklund, T., Bennström, H., Leppert, J. (2014). A case-control study of self reported health, quality-of life and general functioning among recent immigrants and age- and sex-matched Swedish-born controls. *Scandinavian Journal of Public Health* 42(8), 734-742.
- Malmö stad. (2016). *Det fortsatta arbetet för ett socialt hållbart Malmö – uppföljning april 2016*, Stadskontoret
- 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*. Hämtad från <http://lifos.migrationsverket.se/dokument?documentSummaryId=27933>
- Migrationsverket. (2015). *Ersättning för kostnadskrävande vård till asylsökande*. Hämtad 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*. Hämtad från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Ersattning-for-asylsokande-utan-ansokan.html>
- Migrationsverket. (2016b). *Ersättning för hälsoundersökning av asylsökande*. Hämtad från <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Sok-ersattning-for-asylsokande/Ersattning/Halsundersokning.html>
- Migrationsverket. (2017a). *Statistik. Antalet asylsökande – aktuell statistik*. Hämtad från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>
- Migrationsverket. (2017b). *Prognos: Stora utmaningar för Migrationsverket väntar under 2017*. Hämtad från <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2017/2017-02-07-Prognos-Stora-utmaningar-for-Migrationsverket-vantar-under-2017.html>
- Migrationsverket. (2017c). *Vem kan bli uttagen som kvotflykting?* <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Flyktingkvoten/Vem-kan-bli-uttagen-som-kvotflykting.html>
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M.J., Aroche, J., Silove., D.M., Brooks, R.T. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia* 185, 357-61.
- Moullan, Y., Jusot, F. (2014). Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *European Journal of Public Health*, 24(Suppl 1), 80-86.
- Mårtensson, L., Wängdahl, J. (2016). *Hälsolitteracitet*. Hämtad från [www.halsolitteracitet.se](http://www.halsolitteracitet.se)
- Nationellt Kvalitetsregister för Cervixcancerprevention. (2015). *Förebyggande av livmoderhalscancer i Sverige, Verksamhetsberättelse och Årsrapport 2015*.
- Norredam, M., Nielsen, SS., Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health* 20; 555–563.
- Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, JH., Juel, K., Krasnik, A. (2012). Are Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes – a historical prospective cohort study. *BMC Public Health* 12, 757.
- Norredam, M., Agyemang, C., Hoejbjerg Hansen OK., Petersen, JH., Byberg, S., Krasnik, A., Kunst, AE. (2014). Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Tropical Medicine and International Health* 19(8), 958-967.
- Näsfeldt, M. (2016). *Doula/Kulturtolk i Nordöstra Göteborg - en utvärdering av avtalet mellan ANS och Födelsehuset*. Västra Götalandsregionen, Angereds Närsjukhus.
- Olsson, E., & Lau, M. (2012). *Ta med en vän - Ett projekt för att öka cellprovtagningen i Nordöstra Göteborg*. Västra Götalandsregionen. Hämtad från [https://www2.sahlgrenska.se/upload/Angereds%20närsjukhus/TaMedEnVän\\_Slutrapport.pdf](https://www2.sahlgrenska.se/upload/Angereds%20närsjukhus/TaMedEnVän_Slutrapport.pdf)
- Ramel, B., Assel K. (2017). Debattinlägg: "Efter självmorden bland ensamkommande flyktingar – stärk barnpsykiatri." *Sydsvenskan* 15 februari, 2017. Hämtad från <http://www.sydsvenskan.se/2017-02-15/efter-sjalmorden-bland-ensamkommande--stark-barnpsykiatri>
- Regeringskansliet. Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. Svensk författningssamling 2016:752. Hämtad från <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2016752-om-tillfalliga-begransningar-av-sfs-2016-752>
- Regeringskansliet. (2016). *Sverige ska ta emot fler kvotflyktingar*. SvD Debatt, 21 september 2016. Hämtad från <http://www.regeringen.se/debattartiklar/2016/09/sverige-ska-ta-emot-fler-kvotflyktingar/>
- Region Skåne. (2011a). *Region Skånes policy för vård för personer från andra länder*. Koncernkontoret. Avdelningen för hälso- och sjukvård. Hämtad från [http://vardgivare.skane.se/siteassets/2\\_patientadministration/vard-inom-landet/asylsokande-och-flyktingar/policy-riktlinjer-och-tillampningar/policy-varld-av-personer-fran-andra-lander.pdf](http://vardgivare.skane.se/siteassets/2_patientadministration/vard-inom-landet/asylsokande-och-flyktingar/policy-riktlinjer-och-tillampningar/policy-varld-av-personer-fran-andra-lander.pdf) 2011-04-07.

- Region Skåne. (2011b). *Region Skånes riktlinjer för vård av asylsökande och papperslösa (gömda, trafficking och papperslösa migranter)*. Koncernkontoret. Avdelningen för hälso- och sjukvård. 2011-04-07. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/patientadministration/vard-inomutom-landet/asylsokande-och-flyktingar/#7611>
- Region Skåne. (2014a). *Det öppna Skåne 2030. Skånes regionala utvecklingsstrategi*. Hämtat från [http://skane2030.se/wp-content/uploads/2015/02/Det\\_%C3%B6ppna\\_Sk%C3%A5ne\\_LowRes\\_sve.pdf](http://skane2030.se/wp-content/uploads/2015/02/Det_%C3%B6ppna_Sk%C3%A5ne_LowRes_sve.pdf)
- Region Skåne. (2014b). *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. (2014c). *Underlag för strategisk plan – Tandvården i Region Skåne*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag-for-halso--och-sjukvard/uppdrag-2017/hs-uppdrag-2017.pdf>
- Region Skåne. (2015). *Strategi för jämlik vård 2016-2018*. Koncernkontoret. Hämtat från <http://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Handlingplan%20f%C3%B6r%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd/Strategi%20j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd.pdf>
- Region Skåne. (2016a). *Skånes befolkningsprognos 2016-2025*. Kristianstad: Avdelningen för regional utveckling, Samhällsanalys.
- Region Skåne. (2016b). *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2017*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag-for-halso--och-sjukvard/uppdrag-2017/hs-uppdrag-2017.pdf>
- Region Skåne. (2017a). *Sexuell och reproduktiv hälsa i Skåne - En nulägesanalys utifrån Kunskapscentrum kvinnohälsa uppdrag, 2017*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kvinnohalsa/rapporter/nulagesanalys-kunskapscentrum-kvinnohalsa.pdf>
- Region Skåne. (2017b). *Ny information om asylsökande som ska erbjudas hälsoundersökning/hälsosamtal*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/vard-inomutom-landet/veraasyl/information-veraasyl-halsoplan.pdf>
- Region Skåne. (2017c). *Överenskommelse om idéburet offentligt partnerskap. Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade*. Hämtat från <http://www.skane.se/Public/Protokoll/Hälsa%20och%20sjukvårdsnämnden/2017-02-03/Idéburet%20offentligt%20partnerskap/Förslag%20på%20överenskommelse%20Svenska%20Röda%20korset.pdf>
- Rostila, M., & Hjern, A. (2012). Invandring och ojämlikhet i hälsa. I: Rostila M, Toivanen S (red.) *Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd*. Liber: Stockholm, s. 80-104.
- Roth, G., Ekblad., S. (2006). A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 194(5), 378-81.
- Roth, G., Ekblad., S., Agren., H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 21(3), 152-9.
- Röda Korset. (2014). *Tortyrskador under asylprocessen under lupp*. Hämtat från <http://d20tdhwx2i89n1.cloudfront.net/image/upload/jonjt0hgs8zs5fry1k9v.pdf>
- 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>
- Save the Children. (2016). *Childhood under siege: living and dying in besieged areas of Syria*. Hämtat från [https://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/Barn%20på%20flykt/stcj4175-besieged-children-03\\_16\\_web.PDF](https://www.raddabarnen.se/Documents/vad-vi-gor/Barn%20på%20flykt/stcj4175-besieged-children-03_16_web.PDF)
- Siddiqui, F., Kurbasic, A., Lindblad, U., Nilsson, PM., Bennet, L. (2016). Effect of a culturally adapted lifestyle intervention on cardio-metabolic outcomes: a randomized controlled trial in Iraqi immigrants to Sweden at high risk for Type 2 diabetes. *Metabolism* 66, 1-13.
- Smittskyddsinstitutet. (2012). *Migration, sexuell hälsa och prevention. Två kunskapsöversikter med fokus på risktagande och riskutsatthet i samband med migration*. Hämtat från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12840/migration-prevention-sexuell-halsa.pdf>
- Smittskydd Skåne. (2017). *Hiv i Skåne 2016*. Hämtad från <http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/smittskydd/helarsstatistik/hiv-i-skane-2016.pdf>
- Socialdepartementet. (2016). *Ansökan om medel till nationell spridning av insatser från förstudien om positiv hälsoutveckling för nyanlända och asylsökande*. Hämtat från [http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/10/KJN0127\\_20160628\\_0881\\_001.pdf](http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/10/KJN0127_20160628_0881_001.pdf)

- Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges kommuner och landsting, SKL. (2014). *Öppna jämförelser folkhälsa 2014*. Hämtat från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19549/2014\\_12-3.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19549/2014_12-3.pdf)
- Socialstyrelsen. (2013a). *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%20flyktingbarn/Socialtj%C3%A4nstens%20arbete%20med%20EKB%202015-5-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013b). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2012*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19016/2013-3-15.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *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. (2015c). *Grundbok i BBIC – Barns behov i centrum*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-10-7>
- Socialstyrelsen. (2016a). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Stockholm: Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20148/2016-51.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016b). *Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016*. Stockholm. Hämtat från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20184/2016-5\\_7.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20184/2016-5_7.pdf)
- Socialstyrelsen (2016c). *Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*. Stockholm. Hämtat från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016-12\\_14.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016-12_14.pdf)
- Socialstyrelsen (2017). *Många kommuner känner till självmordsplaner bland ensamkommande. Pressmeddelande*. Hämtat från [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016\\_1214.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20419/2016_1214.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>
- Statistiska centralbyrån, SCB. (2017). *Statistikdatabasen*. Hämtat från [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/?rxid=262f4f3d-17b6-491e\\_b44e\\_b62d0cbcf522](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/?rxid=262f4f3d-17b6-491e_b44e_b62d0cbcf522)
- Stockholm läns landsting. (2016). *Transkulturellt Centrum. Om oss*. Hämtat från <http://transkulturelltcentrum.se/om-oss/>
- Sundell Lecerof, S. (2010). *Olika villkor – olika hälsa. Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län 2008*. Malmö högskola, Lunds universitet, Uppsala Universitet. Hämtat från <https://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/MIM/IMHAd%20rapport%20SSL%2010%2002%205,%202.pdf>
- Svenska Barnmorskeförbundet & SFOG. (2016). *10 punkter för jämlik kvinnovård*. Hämtat från <https://www.sfog.se/media/286038/mdel.pdf>
- Svenska Dagbladet. (2017). *Ökad psykisk ohälsa med tillfälliga uppehållstillstånd*. 16 januari, 2017. Hämtat från <https://www.svd.se/okad-psykisk-ohalsa-med-tillfalliga-uppehallstillstand>
- Svenska Läkaresällskapet, SLS. (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)
- Svensson, P., Carlzen, K., Agardh, A. (2016). Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture Health & Sexuality*, 1-15.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2016a). *Vård av personer från andra länder. Sjunde omarbetade upplagan*. Hämtat från <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/vard-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 <http://www.uppdraagspsykiskhalsa.se/wp-content/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 <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-317-8.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2017). *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-asylsokande-och-nyanlanda.pdf>
- Sveriges Radio. (2016). *Tiotusentals flickor och kvinnor i Sverige kan vara könsstympade*. Hämtat från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6437282>
- Sveus. (2015). *Värdebaserad uppföljning av förlossningsvård*. Hämtat från [http://www.sveus.se/documents/files/Vardebaserad\\_uppfoljning\\_av\\_forlossningsvard.pdf](http://www.sveus.se/documents/files/Vardebaserad_uppfoljning_av_forlossningsvard.pdf)
- 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.
- UNHCR. (2014). *Asylum Trends 2014: Levels and Trends in Industrialized Countries*. Hämtat från <http://www.unhcr.org/5512c51e9.html>
- UNHCR. (2015). *Global trends: forced displacements in 2015*. The UN Refugee Agency Hämtat från <http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf>
- UNICEF Sverige. (2008). *Handbok om barnkonventionen*. Hämtat från [http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file\\_archive/080125/81db21f2994036a27e03853ac1d679b7/Handb\\_k%20om%20barnkonventionen%20-%20UNICEF.pdf](http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file_archive/080125/81db21f2994036a27e03853ac1d679b7/Handb_k%20om%20barnkonventionen%20-%20UNICEF.pdf)
- 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>
- Vahlne, G., Wieslander, E. (2016). Vård och hälsa är en mänsklig rättighet. *Dagens Nyheter* 2016-01-22. Hämtat från <http://www.dn.se/debatt/repliker/vard-och-halsa-ar-en-mansklig-rattighet/>
- Van Leeuwen, W., Nilsson, S., Merlo, J. (2012). Mother's country of birth and prescription of psychotropic medication in Swedish adolescents: a life course approach. *BMJ Open* 2, e001260.
- Vilhelmsson, A., Östergren, P-O., Björngren Cuadra, C. (2015). *Hälsa i centrum för etableringsprocessen. Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända*. Malmö Högskola (MIM)
- Von Wagner, C., Good, A., Whitaker, KL, Wardle, J. (2011). Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. *Epidemiological Review* 33, 135-147.
- Vårdgivare Skåne. (2017). *Patientavgifter 2017. Asylsökande och papperslösa*. Hämtat från <http://vardgivare.skane.se/patientadministration/avgifter-och-prislistor/patientavgifter/#57819>
- Västra Götalandsregionen. (2016). *Detaljbudget 2017. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen*. Hämtat från [http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget\\_H%C3%A4lso%20och%20sjukv%C3%A5rdsstyrelsen%20detaljbudget%202017%20F%C3%B6rdjupad%20rapport.pdf](http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/Budget_H%C3%A4lso%20och%20sjukv%C3%A5rdsstyrelsen%20detaljbudget%202017%20F%C3%B6rdjupad%20rapport.pdf)
- Wallby, T., Hjern, A. (2011). Child health care uptake among low-income and immigrant families in a Swedish county. *Acta Paediatrica* 100(11), 1495-1503.
- 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.
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Hämtat från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (2008). *Resolution WHA61.17 on the Health of Migrants*, 24 May 2008.
- Wängdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers – a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health* 15(1), 1162.
- Zackrisson, S. (2012). *Kvinnors deltagande i mammografiscreening i Malmö och kopplingen till sociala determinanter*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Malmö stad. Hämtat från [http://malmo.se/download/18.4c0fed9713a59dfc9748000169/1383647140621/Mammografiscreening+i+Malmö\\_Sophia+Zackrisson.pdf](http://malmo.se/download/18.4c0fed9713a59dfc9748000169/1383647140621/Mammografiscreening+i+Malmö_Sophia+Zackrisson.pdf)
- 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%20nya%20andas%20halsa.pdf>

## LAGAR, RÅD OCH FÖRESKRIFTER

Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr .883/2004. *Samordning av de sociala trygghetssystemen (Text av betydelse för EES och Schweiz)*. Europeiska unionens officiella tidning. Hämtat från <http://eur.lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:166:0001:0123:sv:PDF>

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

SFS. 1993:1651. *Lag om läkarvårdsersättning*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS. 1993:1652. *Lag om ersättning för fysioterapi*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS. 2007:1091. *Lag om offentlig upphandling*. Stockholm: Finansdepartementet.

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 utlämmingar 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.

## Bilaga 1.

### UTBILDNINGSSINSATSER VID KUNSKAPSCENTRUM MIGRATION OCH HÄLSA

Nedan presenteras Kunskapscentrum migration och hälsas utbildningsinsatser under 2017, kategoriserade utifrån fokusområden i omvärldsanalysen. Aktuella utbildningar och länk till anmälan finns på [skane.se/kcmigrationhalsa](http://skane.se/kcmigrationhalsa)

#### *Jämlik vård och rättigheter ur ett migrationsperspektiv*

<b>Titel</b>	<b>Innehåll</b>
<b>Så blir du bättre på att använda tolk</b>	Utbildningen ger dig fördjupad kunskap om vilka skyldigheter du har som tolkanvändare inom hälso- och sjukvården och hur du går tillväga för att skapa en så bra tolksituation som möjligt.

#### *Generell kunskapshöjning om migration och hälsa*

<b>Titel</b>	<b>Innehåll</b>
<b>Möten i vården ur ett migrationsperspektiv</b>	Utbildning för distriktsläkare i nordvästra Skåne och ST-läkare allmänmedicin ST Lund-Ystad om migration och hälsa utifrån ett primärvårdsperspektiv.
<b>Grundutbildning migration och hälsa</b>	Kunskapscentrum migration och hälsa kommer under 2017-2018 att ansvara för en obligatorisk utbildning för 600–700 medarbetare inom SOS-alarm i Skåne. Denna heldag syftar till att ge en bakgrund till området migration och hälsa och aspekter såsom psykisk ohälsa, vård som inte kan anstå, barn på flykt samt ensamkommande barn.
<b>Inspirationsdag kring migration och hälsa</b>	Heldag om migration och hälsa, riktad till alla vårdgivare, som anordnas tillsammans med Migrationsskolan, Kunskapscentrum demenssjukdomar.
<b>Att arbeta strukturerat med att förbättra hälsan hos människor med migrationsbakgrund</b>	Denna grundläggande utbildning riktar sig till vårdgivare inom primärvården, som möter människor med migrationsbakgrund och vill arbeta hälsofrämjande.
<b>Psykisk ohälsa och hälsoundersökningar ur ett migrationsperspektiv</b>	Denna utbildning bygger på de behov som vårdgivare inom primärvården har lyft fram till Kunskapscentrum migration och hälsa.



## Psykisk ohälsa

---

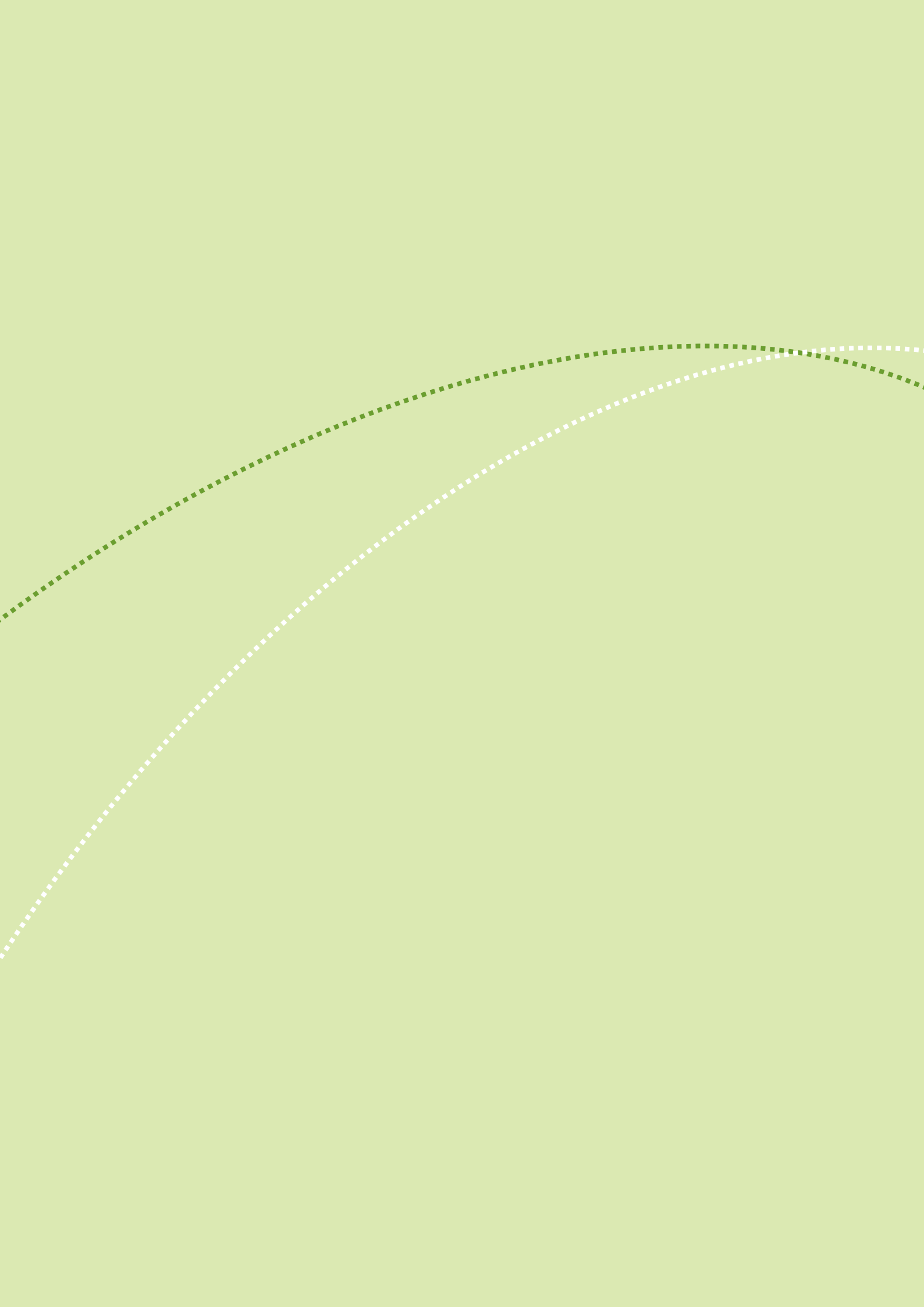
Titel	Innehåll
<b>Hur påverkas barnfamiljer av krig och flykt</b>	Syftet med utbildningen är att främja en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder och vänder sig till vårdpersonal som vill lära sig mer om hur krig och flykt påverkar barnfamiljer.
<b>Att möta och behandla PTSD i exil</b>	Under denna utbildning får du veta mer om trauma och dess konsekvenser, och vad som är viktigt att tänka på i mötet med patienter med posttraumatiskt stressyndrom, PTSD.
<b>Att erbjuda stöd och behandling till barn och ungdomar som har flytt</b>	Utbildningen vänder sig till vårdgivare som vill lära sig mer om att erbjuda adekvat stöd och behandling till barn och ungdomar med lätt till medelsvår psykisk ohälsa relaterad till krig och flykt.
<b>Att möta människor som har utsatts för tortyr</b>	Denna utbildning berör psykologiska och fysiska effekter av tortyr samt behandling och utredning av människor som har utsatts för tortyr. Utbildningen hålls av medarbetare från Röda Korset.
<b>Erbjuda stöd och behandling till vuxna som har flytt</b>	Utbildningen vänder sig till vårdgivare som vill lära sig mer om bedömning och behandling av svår psykisk ohälsa relaterad till krigstrauma och flykt.
<b>Behandling av traumarelaterade problem bland kristraumatiserade barn/ungdomar</b>	Utbildningsinsats riktad till BUP Malmö.
<b>Främja psykisk hälsa hos vuxna inom primärvården</b>	Utbildningen vänder sig till vårdgivare inom primärvården som vill lära sig mer om hur psykisk hälsa kan främjas bland vuxna som har erfarenhet av migration.

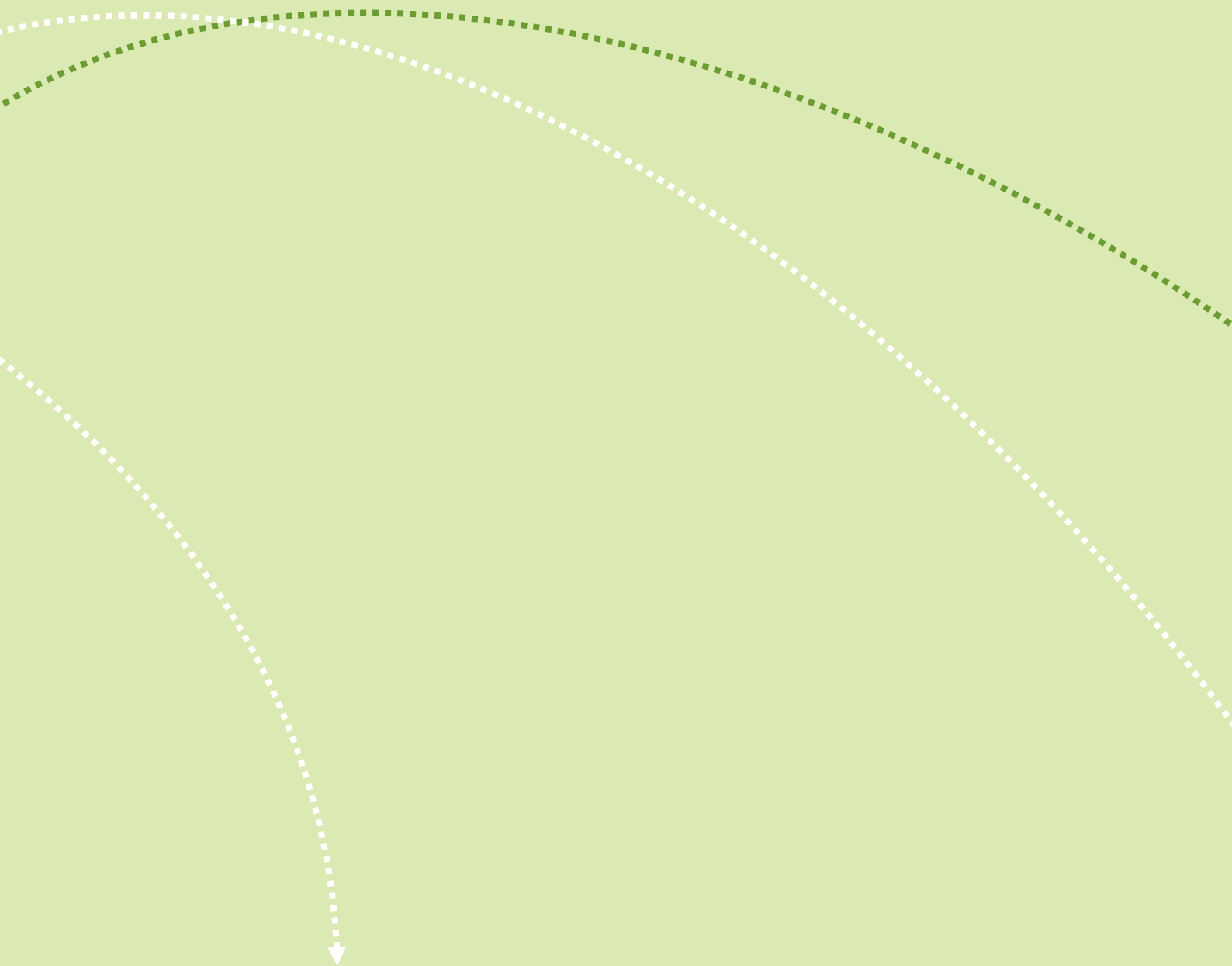
## *Särskilt utsatta grupper*

---

<b>Titel</b>	<b>Innehåll</b>
<b>Ensamkommande barn/ungdomar - behov och stöd inom UMO</b>	Utbildning för ungdomsmottagningarna i Malmö.
<b>Barn och familjer i krig och på flykt</b>	Utbildning riktad till mödra- och barnhälsovårdspsykologerna inom Region Skåne.
<b>Hur påverkas barnfamiljer av krig och flykt</b>	Syftet med utbildningen är att främja en mer jämlik och säker vård till personer från andra länder och vänder sig till vårdpersonal som vill lära sig mer om hur krig och flykt påverkar barnfamiljer.
<b>Att erbjuda stöd och behandling till barn och ungdomar som har flytt</b>	Utbildningen vänder sig till vårdgivare som vill lära sig mer om att erbjuda adekvat stöd och behandling till barn och ungdomar med lätt till medelsvår psykisk ohälsa relaterad till krig och flykt.
<b>Behandling av traumarelaterade problem bland kristraumatiserade barn/ungdomar</b>	Utbildningsinsats riktad till BUP Malmö.

---





**Kunskapscentrum migration och hälsa**

[skane.se/kcmigrationhalsa](https://skane.se/kcmigrationhalsa)

[kunskapscentrum.mh.pv@skane.se](mailto:kunskapscentrum.mh.pv@skane.se)

