

# Utveckla formerna för att främja invandrares hälsa och integration!

## Flera aktörer kring hälsa och integration för invandrare

En allt större del av den svenska befolkningen består av människor med utländsk bakgrund. Flera rapporter har pekats på att invandrares hälsa ofta är sämre än majoritetsbefolkningen.

Detta kan sammanhålla med upplevelser innan och under migrationen men även med hur man bemöts i det nya landet. Det är vanligt att det sociala stödet och de ekonomiska förutsättningarna är svagare än vad som gäller för svenskfödda i stort. Det är också vanligare att personer med utländsk bakgrund ej utnyttjar hälso- och sjukvården på ett optimalt sätt. Ohälsan kan göra det svårt för många invandrare att delta i introduktionsprogrammet, att nå arbetsmarknaden och att bli integrerad i det svenska samhället.

Anna-Maria Sarstrand Marekovic ger i detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift en historisk exposé över 40 års arbete med med invandrare och flyktingar på kommunal nivå. Hon visar på hur pendelns svängt mellan olika perspektiv på mottagandet och integrationen och att det varit svårt att finna tydliga och bestående svar på hur detta bör organiseras. Från tid till annan har det rått olika uppfattningar om vem som skall vara huvudman, vilken inriktning arbetet skall ha, vem som skall utföra arbetet och vilka man skall vända sig till.

Den senaste i raden av omorganiseringar är den s.k. etableringsreformen som syftar till att påskynda nyanländas etablering i arbets- och samhällslivet. Varje nyanländ ska utifrån sina förutsättningar få professionellt stöd att så snabbt som möjligt lära sig svenska, komma i arbete och klara sin egen försörjning. Arbetsförmedlingen har ansvaret för att ett etableringssamtal genomförs i direkt anslutning till att den nyanlände får uppehållstillstånd samt att en etableringsplan upprättas innefattande en plan för svenskundervisning (SFI), samhällsorientering och arbetsförberedande insatser såsom exempelvis validering av tidigare utbildnings- och yrkeserfarenhet och praktik.

Samverkan med andra aktörer, såsom kommuner, hälso- och sjukvård och Försäkringskassa är väsentlig. Kommunerna har exempelvis ansvar för undervisning i svenska för invandrare (Sfi) och annan utbildning, samhällsorientering samt insatser inom det sociala området. Försäkringskassan ansvarar för att betala ut den etableringsersättning som beslutats av Arbetsförmedlingen samt att utreda och besluta om eventuell rätt till socialförsäkringsförmåner. Även från kommunens sida kan det bli aktuellt att gå in med ekonomiskt bistånd då man enligt socialtjänstlagen har det yttersta ansvaret om exempelvis en nyanländ p.g.a. sjukdom eller annan prestationsnedsättning ej kan delta i etableringsinsatser fullt ut.

Hälso- och sjukvården har i sin tur ett ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen för att medicinskt förebygga, utreda och behandla ohälsa, sjukdomar och skador samt för rehabilitering och habilitering. Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall denna vård ges på lika villkor, d.v.s. oberoende av ekonomisk, social, kulturell eller annan bakgrund. Vidare har nyanlända asylsökande rätt till en hälsoundersökning och rätt till vård som ej kan anstå.

Erfarenheterna visar att nyanlända invandrade ofta ”faller mellan stolarna” när det gäller samverkan kring hälso- och sjukvård och etablering på arbetsmarknaden i Sverige. En aktuell nationell kartläggning genomförd i samarbete mellan berörda myndigheter (SKL, Länsstyrelserna, Migrationsverket, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan) pekar på hinder som kan finnas på vägen och faktorer som kan förbättra förutsättningarna (1).

Ett problem är att ohälsan, den ned-satta arbetsförmågan och behovet av rehabilitering ofta ej identifieras av handläggarna eller kommer till handläggarens kännedom. Det kan finnas ”kulturkrockar” kring synen på ohälsa och funktionsnedsättningar och vad konsekvenserna av ohälsan kan bli för den enskilde. Språksvårigheter kan vidare bidra till brister i kommunikationen, även när tolk används. Det saknas ofta kontakt med vården kring enskildas medicinska behov. Vidare har färre än hälften av asylsökande deltagit i hälsoundersökningar trots en rätt till detta och många invandrare har avstått kontakt med vården trots att man upplevt

behov av detta, något som diskuteras i flera artiklar i detta temanummer (se nedan).

Nyanlända med hälsoproblem deltar i lägre utsträckning än andra nyanlända i introduktionsinsatser såsom SFI, samhällsorientering och arbetspraktik. De hälsorelaterade hindren visar sig ofta först i form av bristande deltagande under SFI-tiden eller under praktik men det finns bristande arbetsformer kring att initiera och samverka i rehabilitering. Flertalet nyinvandrade riskerar att ej bli aktuella vid Försäkringskassan och för deras ansvar att samordna rehabilitering då sjukintyg ofta ej blir aktuella eftersom berörda personer saknar rätt till sjukersättning. Det finns också en bristande samverkan med hälso- och sjukvården kring utredningar, utlåtanden och behandling. Ansvarsfördelningen mellan myndigheterna upplevs ofta som otydlig. Många invandrare har också själva haft svårigheter att ta till sig den information som ges till nyanlända om deras rättigheter och om olika aktörers ansvar.

### **Nyanlända invandrares möten med den svenska hälso- och sjukvården**

I detta nummer av Socialmedicinsk tidskrift presenteras flera artiklar som ger aktuella data om invandrares hälsa och erfarenheter av kontakter med den svenska hälso- och sjukvården. Achraf Daryani har studerat hälsa och livsvillkor hos en grupp nyanlända irakier i Malmö 2007 och jämfört resultaten med den svenska befolkningen i stort. Undersökningen pekar tydligt på att invandrargruppen ofta har en utsatt livssituation. Drygt hälften hade svårt att

klara de löpande utgifterna, fyra av fem deltog sällan i samhälleliga aktiviteter och varannan hade bristande emotionellt stöd. Jämfört med befolkningen i stort hade dubbelt så många tecken på nedsatt psykiskt välbefinnande. Det var också vanligare att man hade någon långvarig sjukdom. Vad gäller hälsovanor var det framförallt vanligare att vara fysiskt inaktiv och bland män dessutom att röka medan de irakiska kvinnorna rökte i mindre utsträckning än kvinnor i befolkningen i stort.

Hälften av kvinnorna och 40 % av männen angav att de avstått från att söka sjukvård de senaste månaderna trots att de upplevt behov av detta. Anna Tillman har fördjupat denna analys genom fokusgruppsintervjuer av nyinvandrade irakier kring deras syn på den svenska hälso- och sjukvården. Många av de intervjuade beskrev att det var svårt att veta vart man skulle vända sig för att få vård i Sverige. En vanlig uppfattning var också att den svenska sjukvården inte leder fram till en diagnos och behandling på samma sätt som i Irak. Vården uppfattades därmed som långsam, ineffektiv och okunnig. Det fanns dock en skillnad i uppfattning av den svenska vården beroende på om man i hemlandet haft råd att betala för vård eller ej. Flera påpekade att alla får vård här i Sverige och att man därför är nöjd med att få vård som man kunde haft svårt att få i hemlandet. Undersökningen uppmärksammade också att synen på hälsa och vad man kan göra för att påverka denna varierade. De grupper som fått hälsoundervisning i Sverige var mer vana att resonera kring dessa frågor. Studien pekar på behovet

av undervisning kring hälsa och den svenska hälso- och sjukvården.

Katarina Löthberg presenterar i en annan artikel insatser som syftar just till att ge sådan hälsokommunikation till nyanlända invandrargrupper. Hon beskriver hur hälsokommunikation på hemspråk etablerats, utvärderats och spridits i flera landsting i Sverige. Internationella hälsokommunikatörer informerar och diskuterar kring hälsofrågor och den svenska hälso- och sjukvården på deltagarnas modersmål. Hälsokommunikatörerna är enligt denna modell själva invandrade personer med utbildning från hemlandets hälso- och sjukvård. Tanken är att dessa personer med sin språkliga och kulturella kompetens kan utgöra en viktig resurs i folkhälsoarbetet för att nå utlandsfödda personer med ohälsa. Enligt en aktuell utvärdering förefaller det emellertid funnits problem med att nå ut med verksamheten till alla nyinvandrade. De som varit i kontakt med hälsokommunikatörer tre gånger eller fler har dock i högre grad än andra tillägnat sig kunskaper inom hälsoområdet. I de län som haft hälsokommunikatörer har tandhälsan förbättrats, sannolikt till följd av att fler fått kontakt med tandvården. Förtroendet för den svenska hälso- och sjukvården, framförallt för sjukhus och barn- och mödrahälsovård ökade också. För övrigt var det svårt att påvisa direkta effekter på hälsan. Studien pekar på flera vägar att förbättra hälsokommunikatörernas arbete, bl.a. genom tydligare förankring i de organisationer som möter nyanlända invandrare och genom utveckling av de pedagogiska formerna.

Även när det gäller information och kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa finns brister. Eva Flodström uppmärksammar i sin artikel att migrationen medfört att unga irakier ej fått del av kunskaper inom området. De som lämnat hemlandet under tonåren har ofta ej fått undervisning om sex- och samlevnad vare sig i hemlandet eller i Sverige. Detta samtidigt som migration visat sig innebära en ökad risk för utsatthet och risktagande vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa. De flesta visade sig heller ej känna till de svenska ungdomsmottagningarna. Utbildning av unga migranter om sexuell och reproduktiv hälsa är således ett viktigt utvecklingsområde för hälso- och sjukvården och organisationer som medverkar i introduktionen av dessa grupper.

Kristian Svenberg presenterar i en annan artikel sitt avhandlingsarbete kring somaliska flyktingars kontakter med den svenska hälso- och sjukvården. Studien beskriver hur många somalier förväntar sig att läkaren skall ställa diagnos och föreslå behandling utan att ställa alltför många frågor. Detta stämmer ofta mindre väl med det sätt som svenska läkare arbetar idag. Om läkaren exempelvis frågar patienten om vad den har för problem kan det uppfattas som okunnighet från läkarens sida – det är ju läkaren som skall veta det. Det framkom vidare att många somalier upplevt en avvisande attityd i mötet med vården. Man kunde uppleva att läkaren inte trodde på deras berättelse och att man blev sämre behandlad pga språkproblem. Många läkare å sin sida beskrev hur de kände sig utanför

i samtalet då det fördes med hjälp av tolk. Kristian Svenberg diskuterar i sin artikel betydelsen av att utveckla dialogen i sjukvården i mötet med somaliska invandrare.

Solvig Ekblad pekar i en annan artikel på att en stor del av personer som söker asyl kommer från länder med krig och konflikter och att många har upplevt olika traumatiska livshändelser som påverkar hälsan negativt. Det är därför viktigt att det svenska mottagandet utformas på ett sätt som kan ge de nyanlända kan trygghet och säkerhet och att återhämtningen underlättas. En hög andel av de asylsökande och anhöriginvandrare som deltagit i hälsosamtal anger symtom på psykisk ohälsa men enbart en mindre andel av dessa följs upp på det sätt som skulle behövas. Ett annat problem är att enbart en mindre del av alla asylsökande som har rätt till hälsoundersökningar deltar i sådana. Författarna föreslår att uppföljande hälsosamtal bör göras för dem som får uppehållstillstånd innan etableringsperioden startar på Arbetsförmedlingen. Risken finns annars att många nyanlända pga av psykisk ohälsa inte har den prestationsförmåga som behövs för att delta i etableringsåtgärderna.

Sammantaget pekar artiklarna i detta temanummer på behovet och betydelsen av att utveckla formerna för att främja hälsan hos nyanlända invandrare till Sverige. Såväl hälsoundersökningar, hälsokommunikation och sjukvård behöver organiseras på ett sätt som bättre kan möta de hälsoproblem som finns i dessa grupper. Detta bör vara viktiga förbättringar även för att

möjliggöra etablering i det nya landet. Hälso- och sjukvårdens insatser är en nödvändig del i detta men löser inte frågan på egen hand. Det är viktigt även att utveckla samverkan mellan olika organisationer som möter de nyanlända och som har ett ansvar för deras mottagande, integration och etablering.

*Ragnar Westerling*  
Temaredaktör

## Referenser

- 1) Sjölin Y. hur tar vi emot nyanlända med medicinska behov? En inventering av bosättnings- och mottagandeförhållanden. Institutionen för Globala politiska studier. Malmö högskola. Rapport 2010.