

SLOBODAN ZDRAVKOVIC, MATHIAS GRAHN & CARIN BJÖRNGREN CUADRA

KARTLÄGGNING AV NYANLÄNDAS HÄLSA



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska flyktingfonden

MILSA

– Utvecklingsmodell för migration och hälsa –



MALMÖ HÖGSKOLA

KARTLÄGGNING AV NYANLÄNDAS HÄLSA

Delrapport från MILSA

MILSA – forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa

© Malmö högskola (MIM) och rapportens författare

ISBN 978-91-7104-748-9 (tryckt)

ISBN 978-91-7104-749-6 (pdf)

Holmbergs, Malmö 2016

**SLOBODAN ZDRAVKOVIC,
MATHIAS GRAHN &
CARIN BJÖRNGREN CUADRA**

**KARTLÄGGNING AV
NYANLÄNDAS HÄLSA**

Malmö högskola, 2016
Malmö Institute for Studies of Migration,
Diversity and Welfare (MIM)

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep

INNEHÅLL

FÖRORD	7
ABSTRAKT	9
Bakgrund	9
Syfte	9
Material och metod	9
Konklusion	10
INTRODUKTION	11
Att vara nyanländ	11
Nyanlända och stödinsatser	12
Migration	13
Etablering	15
Hälsa	17
De vuxna nyanländas perspektiv	18
Hälsa och migration i Sverige	20
SYFTE	28
METOD	29
Studiedesign	29
Inklusionskriterier	29
Exklusionskriterier	29
Mätinstrument	29
Översättning	30
Layout	30
Pilot	31
Logistik	31
Svarsfrekvens och bortfall	31
Variabler	32
Etikprövning	33

RESULTAT	34
Bakgrundsinformation	34
Hälsa	37
Självrapporterad hälsa, förändring i hälsa och livskvalitet	37
Hälsoproblem	40
Läkemedel	44
Vaccination	46
Sömn och välbefinnande	46
Tandhälsa	47
Fysisk aktivitet	50
Framtidstro	53
Trygghet och utsatthet	54
Förtroende för samhällsinstitutioner	55
Arbete, sysselsättning och ekonomi	58
Arbete, sysselsättning	58
Ekonomisk stress	59
Hem, hushåll och boendemiljö	60
Vårdutnyttjande	61
Smittsamma sexuella sjukdomar och preventivmedel	63
Hälsainformation	68
BORTFALLSANALYS	69
DISKUSSION	71
Resultatdiskussion	72
Jämförelser med folkhälsoundersökningen i Skåne 2012	73
Jämförelser i ett bredare sammanhang	76
Resultat i relation till mottagande och etablering av flyktingar	77
Metoddiskussion	79
SAMMANFATTNING	83
REKOMMENDATIONER	84
REFERENSER	87

FÖRORD

Författarna önskar först och främst rikta ett särskilt tack till alla de nyanlända som i en stressfull livssituation tagit sig tid att delta i en omfattande hälsoundersökning. Undersökningen hade inte varit möjlig att genomföra utan den nästan heltäckande finansiering Europeiska flyktingfonden bistått med samt den medfinansiering alla deltagande parter bidragit med. Medverkande parter har varit Malmö högskola, Region Skåne, Länsstyrelsen Skåne, Arbetsförmedlingen och Lunds universitet.

Författarna är särskilt tacksamma till:

- Alla samhälls- och hälsokommunikatörer på Länsstyrelsen Skåne som med sitt gedigna engagemang bidragit till studiens utförande. Speciellt tack riktas till Ziad Jomaa, Aseel Abbas, Dawud Negzad och Zahra Abdi Mohamed
- Ann Valentin Kvist, Matti Leijon, Per-Olof Östergren, Susanne Sundell Lecerof, Martin Stafström samt Ragnar Westerling, Josefin Wångdahl och Björn Axtelius
- Arbetsförmedlingens alla representanter
- Projektets assistenter Merja Skaffari-Multala och Klara Steinvall
- Alla medverkande kommuner i Skåne

- Projektledare Katarina Carlzén som vid tiden för projektet tillsammans med Carin Björngren Cuadra drivit stödplattformen inom vilken föreliggande studie utgör en del. MILSA är en forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa och är en del av Partnerskap Skåne
- Projektägaren Pieter Bevelander på Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM), Malmö högskola
- Andreas Vilhelmsson och Katarina Carlzén för värdefulla synpunkter och kritisk granskning av föreliggande rapport

Information om författarna:

- Slobodan Zdravkovic är docent i folkhälsovetenskap med inriktning epidemiologi och verksam vid Institutionen för vårdvetenskap, Fakulteten för hälsa och samhälle samt vid Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM), Malmö högskola
- Mathias Grahn är verksam som statistiker vid enheten för samhällsanalys, Region Skåne och har en gedigen erfarenhet av folkhälsoundersökningar
- Carin Björngren Cuadra är docent i socialt arbete och verksam vid Institutionen för socialt arbete, Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö högskola

ABSTRAKT

Bakgrund

God hälsa är en förutsättning för en inkluderande och effektiv etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. En migrationsprocess föranledd av flykt utgör en belastande livserfarenhet. Kännedom om hur tiden innan och efter flykten påverkar hälsan, och det allmänna hälsotillståndet i nära anslutning till flykten, utgör viktig kunskap för beslutsfattare. Denna kunskap utgör en central grund för att kunna behovsanpassa etableringsinsatser för nyanlända flyktingar.

Syfte

Syftet med kartläggningen är att ge en väl underbyggd bild av hälsoläget bland nyanlända flyktingar som omfattas av etableringslagstiftningen.

Material och metod

Studien vänder sig till alla vuxna nyanlända flyktingar med modersmålen arabiska, dari, pashto eller somaliska. Ett mätinstrument, i det här fallet en enkät, utvecklades på respektive språk och omfattar bland annat självrapporterad hälsa, förändring i hälsa, sjukdomar, läkemedel, bakgrundsfaktorer, livsstilsfaktorer, sociala bestämningsfaktorer, sömn- och välbefinnande, tandhälsa, smittsamma sexuella sjukdomar och preventivmedel samt hälsolitteracitet. Enkätutdelningen påbörjades den 13 februari 2015 och avslutades den 12 februari 2016. Studien bygger på frivilligt deltagande och anonymitet. Totalt besvarades 681 enkäter (svarsfrekvens 39,5 %) varav 93,7 % på arabiska och 6,3 % på dari. 69,3 % av respondenterna var män. Enkäter på pashto och somaliska har inte delats ut eftersom det

vid tiden för datainsamlingsperioden inte funnits grupper på dessa språk inom samhälls- och hälsokommunikationen. Majoriteten av respondenterna var födda i Syrien (75,6 %) följt av Irak (4,1 %) och Afghanistan (3,1 %).

Konklusion

De flesta nyanlända som besvarat enkäten har långsiktiga planer på att stanna i Sverige och ser ljust eller mycket ljust på framtiden. Det rådande hälsotillståndet bland respondenterna verkar utgöra en god utgångspunkt för en effektiv etablering. Självrapporterad hälsa, hälsobesvär och använda läkemedel är någorlunda i linje med den övriga befolkningen. Oroväckande livsstilsfaktorer för framtida sjukdom är övervikt och fetma samt fysisk inaktivitet och rökning. Bekymmersamma sociala faktorer är trångboddhet, osäker boendesituation, låg tillit och lågt förtroende för samhällsinstitutioner såsom sjukvården och tolkar. Flertalet har varit utsatta för allvarliga hot om våld innan flykten och nästan hälften lider av dålig psykisk hälsa. Var tionde ser mörkt eller mycket mörkt på framtiden. Var femte sover ganska eller mycket dåligt och varannan har dålig eller mycket dålig tandhälsa. Ekonomisk stress verkar inte utgöra en riskfaktor men väldigt få har en kontantmarginal att klara en oförutsedd situation. Var femte har hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande. Otillfredsställda vårdbehov eller bristfällig kunskap om vården är vanligt förekommande. Att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation är problematisk och bristande för många nyanlända.

Det är viktigt att uppmärksamma att föreliggande resultat främst gäller arabisktalande nyanlända med högre utbildningsnivå. Alla resultat och konklusioner bör också sättas i förhållande till den situation de nyanlända befinner sig i. Upplevelse av en underordnad situation i mötet med myndigheter tillsammans med viljan och behovet till etablering och självförsörjning kan eventuellt i vissa fall ha lett till en överskattning av den egna hälsorelaterade förmågan.

INTRODUKTION

Att vara nyanländ

Vad innebär det att vara nyanländ? Att komma till ett nytt land är en utmaning. I de fall där individen talar eller förstår det nya landets språk och kommit i kontakt med landet på olika vis kan omställningen underlättas. Men om det nya landet är helt främmande för den nyanlände kan omställningen vara betydligt svårare. Om flytten orsakats av nytt jobb eller studier underlättas omställningen vanligtvis av att talat språk på arbetsplatsen eller lärosättet, förutom svenska, också ofta är engelska. Om flytten orsakas av anhöriginvandring kan den anhörige i viss mån vara behjälplig i den etableringstid som följer. Om flytten egentligen är en flykt förändras dock tillvaron för den utsatte dramatiskt. Flykten undan krig och förföljelse innebär ofta att man lämnar sina nära och kära bakom sig i hopp om att senare kunna återförenas, varpå en tid av osäkerhet följer.

Att komma till Sverige som flykting innebär i en första fas att ansöka om asyl. Asylbehandlingsprocessen utgör därefter en tid av oro och osäkerhet men kan också utgöra en tid av hopp och framtidstro. Oavsett kan den dagliga pendlingen mellan dessa känslor generellt vara väldigt påfrestande på olika plan, inte minst för hälsan. Under asyltiden ska alla vuxna asylsökande erbjudas en hälsoundersökning. Man är också berättigade till akut vård, mödrahälsovård och tandläkarvård med andra ord vård som inte kan anstå (1). Alla minderåriga asylsökande är under asylprövningstiden berättigade samma rättigheter som medborgare med svenskt medborgarskap eller som medborgare med permanenta uppehållstillstånd (2).

Sammanfattningsvis innebär asylprövningstiden förvisso en tid av fysisk säkerhet, men utgör ändå en tid av oro inför asylprövningsbeslutet och väntan på detta. Migrationsverkets handläggningstid - asylprövningens första instans - varierar dessutom och var under 2014 i genomsnitt 142 dagar (3), att jämföra med 229 dagar under 2015 (4). Migrationsverket är i skrivande stund under hög arbetsbelastning eftersom många fler människor sökte asyl i Sverige under 2015. Hur handläggningstiderna kan variera över tid är svårt att veta men sett ur de nyanländas perspektiv är detta en potentiell källa till oro. Migrationsverket gör en bedömning att mellan 30 000 och 50 000 individer kommer att ansöka om asyl i Sverige år 2016. För år 2017 är prognosen 51 000 (5).

Nyanlända och stödinsatser

Vad innebär termen ”nyanländ”? Termen ”nyanländ” används om den individ som nyligen bosatt sig i en kommun. Enligt Migrationsverket är en nyanländ person någon:

”som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd för bosättning på grund av flyktingskäl eller andra skyddsskäl till exempel kvotflykting, massflykting och tribunalvittne, men även av synnerligen eller särskilt ömmande omständigheter. Även anhöriga till dessa personer anses vara nyanlända.” (6).

Hur länge en individ betraktas som nyanländ kan det råda delade meningar om, men för Migrationsverkets del är en individ nyanländ fram till datumet man omfattas av etableringsinsatserna (6) det vill säga individen är beviljad uppehållstillstånd är kommunplacerad och inskriven på Arbetsförmedlingen vilket innebär en tidsperiod mellan två och tre år (7). Termen används emellertid också som beteckning på individer fram till dess de etablerat sig i det nya samhället vilket innebär bostad, språkkunskap och inträde på arbetsmarknaden. Det är denna betydelse, som även innefattar etableringsprocessen, som begreppet används i denna rapport.

De olika stödinsatser som erbjuds under den första tiden i Sverige engagerar bland annat Migrationsverket, Arbetsförmedlingen, kommuner, idéburen sektor, länsstyrelserna samt landsting och regioner för att nämna några.

För att kunna optimera rådande stödprocedurer är det nödvändigt att ha kunskap om följande frågor:

- Hur ser nyanländas hälsa och mående faktiskt ut?
- Hur klarar nyanlända tiden efter den påfrestande flykten, en tid av oro och osäkerhet?
- Vilka behov har de nyanlända?
- Vilken tilltro har de nyanlända för de samhällsinstitutioner som de möter i sin vardag?

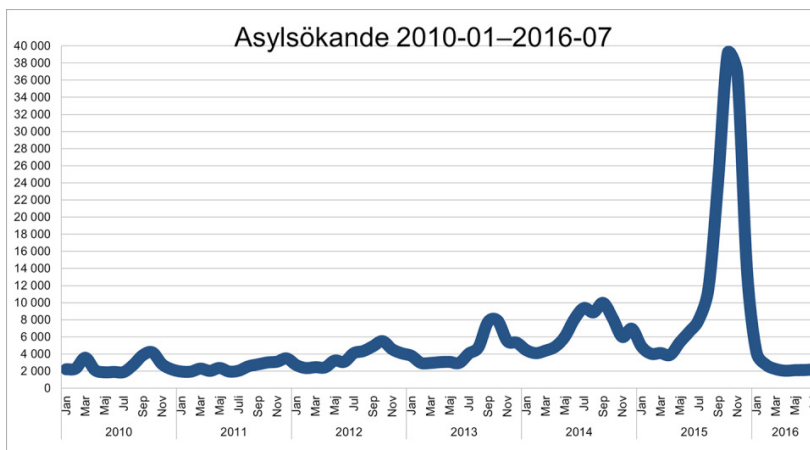
Dessa och många fler frågor försöker föreliggande rapport att besvara. Studien som rapporten grundar sig på utgör en del av en forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa (MILSA). Delrapporter inom MILSA finns för vidare läsning på Länsstyrelsen Skånes hemsida*. MILSA är en del av Partnerskap Skåne som har sitt syfte i:

”att utifrån ett helhetsperspektiv på systemet utveckla och samordna metoder som skapar förutsättningar för nyanländas delaktighet, hälsa och egenmakt i syfte att så snabbt som möjligt bli en del av Skånes samhällsliv och tillväxt.” (8).

Migration

Människor har alltid migrerat, frivilligt eller påtvingat. De senaste åren har dock fler individer än någonsin tidigare flytt sina hemländer för att söka skydd i Europa. För Sveriges del innebar det att antalet asylsökande ökade drastiskt i slutet av 2015 (Figur 1, Migrationsverkets statistisk i grafisk form). Antalet registrerade asylansökningar i Sverige det året var 162 877, varav 114 728 män och 48 149 kvinnor (9). De flesta asylsökande kom från Syrien (51 338), Afghanistan (41 564) och Irak (20 857) (9). Under detta år blev 58 802 ansökningar prövade, varav 32 631 beviljade av Migrationsverket (4). Migrationsverket är en av tre instanser som behandlar asylansökningar i Sverige. De andra två är Migrationsdomstolarna och Migrationsöverdomstolen.

Figur1. Antal asylsökande mellan januari 2010 och juli 2016.



Källa: Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asylsokande-de-storsta-landerna.html>

Att självant flytta till andra delar av ett land eller till andra länder och kontinenter är inte ovanligt i den globala värld vi lever i. Att flytta inom ett land definieras enligt Nationalencyklopedin som "intern migration" och innebär i de flesta fallen att man talar språket, känner till kulturen och dess lagar och regler (10). Människor söker sig till andra orter eller länder på grund av olika anledningar. Anledning till flytt kan vara arbetsmarknadsmässig, det vill säga ökade chanser till anställning eller karriärutveckling, men kan också vara av studie- eller anhörigmässiga skäl. I en värld med pågående krig och konflikter är många människor dessvärre tvingade att fly för sina liv och av den anledningen lämna sina hemländer. Att tvingas fly på grund av hot, förföljelser eller krig sätter sina spår på olika sätt. Att fly till andra länder definieras enligt samma källa som "extern migration" och innebär flytt till länder där man nödvändigtvis inte talar språket, förstår kulturen eller kan dess lagar och dess regler (10). Extern migration är det som definierar den senaste tidens migration till Sverige. För de mottagande länderna, och som de senaste årens omfattande flyktingströmmar till Europa tydligt visat, krävs organiserade insatser i syfte att åstadkomma värdiga mottaganden, effektiv etablering och inkludering.

Ett mottagandesystem som tar till vara individens behov, kunskap och erfarenhet är därmed viktigt. Hur olika länder, främst europeiska, arbetar för att integrera migranter finns summerat i form av ett migrationsindex, Migrant Integration Policy Index (MIPEX) (11). Indexet tar upp åtta högst relevanta policy domäner som utbildning, hälsa, familjeåterförening, mobilitet på arbetsmarknaden, tillgång till medborgarskap, permanent uppehållstillstånd, antidiskriminering och politiskt deltagande. I denna abstrakta sammanställning som inte går närmare in i mottagningssystemets mer konkreta termer ligger Sverige i topp jämfört med totalt 38 länder, bestående av EU-medlemsstater samt Japan, Turkiet, USA, Kanada, Australien, Island, Sydkorea, Nya Zeeland, Norge och Schweiz (11). Vad gäller policy domänen hälsa (12) ligger Sverige dock på nionde plats i sammanställningen (13).

Etablering

Att etablera sig i ett nytt land kan vara en lång och energikrävande process. Att bli självförsörjande, det vill säga att komma in på den svenska arbetsmarknaden är en grundsten för etablering. Etableringsreformen som lagstodgades år 2010 (7) innebär stöd för den enskilde individens etablering under en period på omkring två år. Huvudansvaret innehas av Arbetsförmedlingen, vars etableringshandläggare i nära anslutning till beviljat uppehållstillstånd tillsammans med den nyanlände ska utforma en individanpassad etableringsplan. Målet är att underlätta och påskynda den nyanländes etablering i samhället och i arbetslivet (7). Hur väl etableringsreformen uppnår de tänkta målen har studerats av Statskontoret med förslag på åtgärder till förbättring (14). Inom ramen för etableringsplanen ingår också viktig samhällsorientering på den nyanländes modersmål (15) vars omfattning dock kan skilja mellan landets olika delar (16). I Skåne förmedlas samhälls- och hälsoinformation på modersmålet i ett program omfattande 80 timmar och 32 olika teman (17). Dessa teman är bland andra ”Att bo i Sverige”, ”Individens rättigheter och skyldigheter” och ”Att vårda sin hälsa i Sverige”. Syftet är att förse den nyanlände med grundläggande uppfattning för och kunskap om det nya samhället (17).

I en tid då bostadsbristen och byggbehovet i hela landet generellt, och i storstadsregionerna i synnerhet, minst sagt är påtaglig (18) är det oerhört svårt att hitta en permanent bostad. En direkt konsekvens av detta är att en del nyanlända med beviljat uppehållstillstånd blir fast i olika anläggningsboenden (19) och därför inte får det etableringsstöd de behöver och har rätt till. Detta medför ett hinder och fördröjning till nyanländas etablering. Den rådande bostadsbristen innebär också att det är svårt att som ny i landet fritt kunna förflytta sig till regioner där det finns gynnsamma förutsättningar för etablering på arbetsmarknaden.

För de med en utbildning från hemlandet innebär den första perioden dessutom valideringar av diplom samt komplettering av innehåll. Det förs i nuläget ett arbete med att påskynda nyanländas arbetsmarknadsetablering genom så kallade ”snabbspår”. I dessa ska nyanländas olika utbildningsbakgrund såsom lärare och legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården bland andra tillvaratas (20).

Tidigare utredning har visat att ”välfärdskarriären” är en långsam process och att det tar många år att uppnå liknande levnadsvillkor som inrikesfödda (21). Riksrevisionen publicerade en rapport år 2015 gällande effektiviteten av statens insatser för de nyanländas etablering (22). Granskningens slutsats överlag är:

”att insatserna inte är tillräckligt effektiva och att det krävs förändringar inom såväl integrationsområdet som angränsande politikområden.” (23).

Granskningens mer specifika resultat gäller betydelsen av att minimera bostadsbristen och då särskilt i storstadsregionerna inom vilka de nyanlända har bättre möjligheter till avlönat arbete och snabbare etablering men också betydelsen av att förkorta tiden mellan beviljad asyl och kommunplacering för att påskynda initieringen av etableringsinsatser. Enligt rapporten tar det många år för de nyanlända att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden och det råder stora skillnader mellan könen. Mellan nio och elva år tar det för hälften av de nyanlända kvinnor och mellan tre till sju år för hälften av de nyanlända männen att etablera sig på arbetsmarknaden.

Ett annat resultat Riksrevisionen kommit fram till är:

”att det saknas ett genomgående hälsoperspektiv på nyanländas etablering” (24).

Författarna gör ett antal rekommendationer varav en är att stimulera till att hälsorelaterade behov upptäcks i en tidig fas så att dessa inte leder till fördröjning i de nyanländas etablering (22). Föreliggande studie går i linje med denna rekommendation och avser att bistå verk-samma parter med nödvändig kunskap i hälsofrågor för nyanlända. Ett hållbart mottagande och etablering förutsätter en hälsofrämjande inkludering.

Att få till stånd etableringsinsatser med ett hälsoperspektiv baserade på redan tillgänglig data från folkhälsoundersökningar räcker i detta avseende inte eftersom nyanlända på grund av språkbegränsningar inte kan delta i folkhälsoundersökningar vars enkäter hittills främst varit utformade på det svenska språket. Den mångfald som råder i Sverige generellt och i Skåne i synnerhet kan exemplifieras av att det i Malmö talas 174 olika språk (25). Denna mångfald kan till viss del fångas upp i den regionala återkommande folkhälsoundersökningen genom information om födelseland, men då först efter flera års vistelse i landet närmare bestämt när man bemästrar språket.

Hälsa

Hälsa utgör en viktig komponent för människans livskvalitet och är ett begrepp som är mycket bredare än enbart avsaknad av sjukdom. Det hälsobegrepp som Världshälsoorganisationen (WHO) definierade år 1948 är antagligen det mest välkända holistiska begrepp och lyder:

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (26).

Folkhälsoarbetets nationella mål för Sverige har en bred syn på hälsa och innebär:

”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (27).

Dessa nationella mål är definierade av Folkhälsomyndigheten i elva målområden som tar upp de bestämningsfaktorer det vill säga de faktorer som har störst relevans för hälsan (27). Dessa målområden är följande:

- Delaktighet och inflytande i samhället
- Ekonomiska och sociala förutsättningar
- Barn och ungas uppväxtvillkor
- Hälsa i arbetslivet
- Miljöer och produkter
- Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
- Skydd mot smittspridning
- Sexualitet och reproduktiv hälsa
- Fysisk aktivitet
- Matvanor och livsmedel
- Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

De vuxna nyanländas perspektiv

En del av de ovan redovisade målområdens bestämningsfaktorer kan till viss del och tid vara ouppnåeliga för de nyanlända. Både levnadsvanor och levnadsvillkor förändras drastiskt före, under och efter tiden för flykt. Delaktighet och inflytande är ur ett migrationsperspektiv generellt och för nyanlända i synnerhet avlägsna faktorer. Migrationsprocessen innebär en livsfas av begränsat socialt och kulturellt deltagande samt tillit till delar av omgivningen. Det tar tid att bygga upp ett förtroende för det nya landets olika samhällsinstitutioner, särskilt om man genomlevt traumatiska händelser. Att vara delaktig och ha ett arbete är viktiga faktorer för god hälsa, vilket är särskilt betydelsefullt för nyanlända som dessutom ofta är välutbildade och har yrkeserfarenhet. Trots att etableringsreformen huvudmålsättning är att möjliggöra för snabbt inträde på den svenska arbetsmarknaden innebär den första tiden i Sverige dock att nyanländas ekonomiska förutsättningar är grundade på olika former av stödersättning. Får många följers en tid av arbetslöshet då få kommer i arbete under de

första åren. Får många tar det ett antal år att bli självförsörjande (22). Sammantaget blir konsekvensen att nyanlända kan komma att under lång tid befinna sig i ekonomisk stress.

I Sverige råder dessutom en generell bostadsbrist (18) vilket innebär svårigheter för nyanlända att hitta en permanent bostad och därmed fördröjs etableringen indirekt. Dessutom kan olika samhällsresurser, exempelvis kulturerbjudanden eller föreningsaktiviteter vara svåra att hitta fram till. Även om faktorer relevanta för hälsa i arbetslivet inte är aktuella för målgruppen nyanlända i relation till arbetslivet är de högst aktuella inom etableringsprocessen. Etableringen innefattar olika ersättningsgrundande aktiviteter såsom deltagande i språkundervisning och samhällsorientering. Dessa obligatoriska aktiviteter, innebär en sysselsättning motsvarande heltid under 24 månader. Tid för återhämtning och ledighet i denna inledande period efter påfrestningarna under migrationsprocessen kan upplevas som minimal. Etableringen erbjuder heller inte någon möjlighet till längre ledighet eller semester. När det kommer till boende är det sannolika att det är i de mindre populära bostadsområden, eller geografiska områden, de nyanlända har minst problem att hitta bostad men där är samtidigt tillgången till arbete mer begränsad.

Vidare, faktorer i nyanländas perspektiv inom målområdet "Hälsofrämjande hälso- och sjukvård" handlar under den första tiden i landet om kunskap om hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar och vart man ska vända sig vid behov. Detta bemöts både med erbjudande om hälsoundersökning under asylprövningsprocessen men också med grundläggande information om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Inom etableringsprocessen ges de nyanlända under en begränsad tid viktig samhällsinformation samt i vissa fall samhälls- och hälsokommunikation. I mötet med vården är det viktigt att vårdpersonalen har kunskap om nyanländas behov och förutsättningar. Det kan finnas anledning att ställa sig frågan om denna kunskap finns på tillräcklig nivå överallt. Mötet med de nyanlända i hälso- och sjukvårdens regi präglas dessutom ofta av ett tolkningsbehov för att kunna ta till sig den information som de får. Hur väl nyanlända kan ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information, så kallad hälsolitteracitet, är en ytterst angelägen fråga

eftersom god hälsolitteracitet utgör en viktig faktor för god hälsa. Kunskap om fysisk aktivitet och dess hälsofrämjande effekter behöver förmedlas till de nyanlända men förutsättningar som underlättar för de nyanlända att vara fysiskt aktiva behöver också skapas. Vad gäller faktorer inom området ”Matvanor och livsmedel” kräver goda matvanor exempelvis ett högt intag av fisk, frukt och grönsaker vilket förutsätter en någorlunda god ekonomi.

Ovan beskrivna reflektioner är bara några i raden av relevanta observationer kring hälsans olika beståndsdelar i ett tidigt migrationsperspektiv. En annan viktig aspekt på detta tema gäller riktlinjer, procedurer samt preventiva och hälsofrämjande insatser. Behöver vi initiera nya riktlinjer inom etableringen och inom det hälsofrämjande arbetet? Vi vet att det tar som lägst tre år för hälften av männen och som högst elva år för hälften av kvinnorna att komma in på arbetsmarknaden (22) och att det dessutom enbart är strax över fyra procent (majoriteten i subventionerade former) av de nyanlända som kommit i arbete i början av etableringsreformen (14). Rekommendationer för förbättring inom ramen för etableringsreformen har tidigare publicerats (14,22). Dessutom tar det lång tid att uppnå en levnadsstandard lik den övriga populationen (21) vilket leder till en sämre hälsoutveckling på sikt jämfört med de bättre bemedlade (28). Därtill är god hälsa förutsättningen för effektiv etablering. Det finns således ett klart utrymme till förbättring.

Hälsa och migration i Sverige

Hälsa generellt

Att mäta hälsa är ingen enkel uppgift då begreppet består av många komponenter. Ett sätt att mäta hälsa är att mäta så kallad självupplevd hälsa genom att fråga hur individen själv bedömer sitt nuvarande hälsotillstånd. Att fråga individer hur de själva upplever sin hälsa har visat sig vara väldigt bra när det gäller att förutsäga framtida hälsoutfall (29-31), men också att använda frågan i olika etniska grupper har visat sig vara av värde (32). Detta sätt att mäta hälsa på ingår i folkhälsoundersökningar och kan användas som en skattning av det generella hälsoläget i befolkningen.

Hur ser hälsoläget ut i Sverige generellt och i Skåne i synnerhet? Folkhälsorapporten från år 2014 visade bland annat att över 70 % av de som deltog i den nationella enkäten rapporterade god hälsa (33). Rapporten lyfte fram utbildningens betydelse där de med lägst utbildningsgrad drabbades av folkhälsosjukdomar i högre grad än de med högre utbildning, vilket också gäller självrapporterad hälsa. Denna skillnad gällde också förekomsten av psykisk ohälsa. Andra slutsatser från rapporten var att man kunde skönja en positiv utveckling av medellivslängden samt att mortaliteten i hjärt- och kärlsjukdomar, men även i cancer minskat över tid. Vad gäller livsstilsfaktorer visades det att rökning och riskkonsumtion av alkoholhaltiga drycker minskat över åren. I fråga om fetma och fritidsmotion är trenden den motsatta. Andelen med rapporterad fetma och aktiv fritidsmotion har stigit de senaste åren. Den senaste folkhälsorapporten (2016) visar på liknande resultat gällande självrapporterad hälsa där strax över 70 % rapporterade minst god hälsa (högre bland män än kvinnor) (34). Slutsatserna går i linje med resultaten från år 2014 om att medellivslängden fortsätter att öka och att mortalitet i hjärtsjukdomar och cancer minskar. En fortsatt minskning av alkoholkonsumtion och rökning observerades, likaså en ökning av de som lider av fetma. De yngre i befolkningen rapporterade en ökning av psykisk ohälsa medan det motsatta observerades bland de äldre (34).

I Skåne bekräftades resultatet från de nationella undersökningarna gällande självrapporterad hälsa. Den senaste regionala folkhälsoundersökningen (genomförd år 2012) visade att 76 % av männen och 73 % av kvinnorna rapporterade god eller mycket god hälsa (35). Självrapporterad hälsa har även studerats i relation till födelseland (Figur 2). Det har dessutom noterats att utvecklingen i denna fråga är särskilt positiv bland pensionärer. Hög livskvalitet observerades bland både män och kvinnor, dock något högre bland män. Utvecklingen i detta avseende är sedan år 2004 svagt positivt. Strax under 20 % rapporterade att de lever med en funktionsnedsättning oberoende av kön. Vad gäller livsstilsfaktorer rapporterade 59 % av männen och 42 % av kvinnorna övervikt eller fetma, 12 % av båda könen var dagligrökare, omkring 15 % av männen och 13 % av kvinnorna var fysiskt aktiva i låg grad. Män rapporterade högre riskkonsumtion av alkohol (15 %) jämfört med kvinnor (9 %).

För att ytterligare tillgängliggöra hälsoresultat bedriver Folkhälsomyndigheten under 2016 en omfattande nationell hälsorapport vilkas resultat kommer att finnas sammanställda på www.halsorapport.se (36).

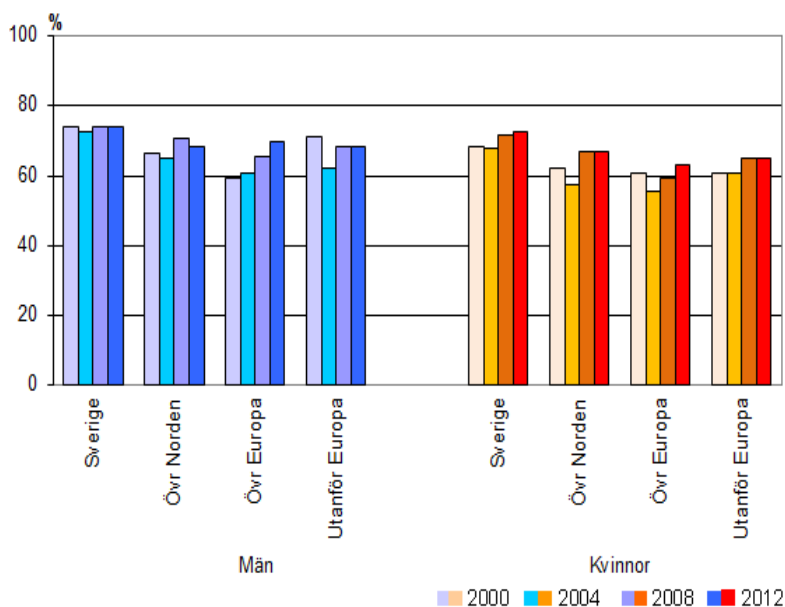
Hälsa bland migranter

'Healthy migrant effect' (37,38) är ett begrepp som används för nyanlända migranter och har sin innebörd i att det är de starkaste och friskaste individerna som klarar en flykt och som således har bättre hälsa jämfört med det nya landets övriga befolkning. Att dra generella slutsatser gällande hälsa och hälsorelaterade faktorer bland migranter är möjligt, men är dock i många avseenden ett trubbigt tillvägagångssätt. Migranter är en heterogen grupp, vilket bland annat innebär olika ursprungsländer och världsdelar samt skilda kulturer och levnadsvanor. En ytterligare viktig aspekt är att migranter i möten med myndigheter kan uppleva en underordnad situation vilket kan i vissa fall eventuellt leda till en överskattning av egna hälsorelaterade förmågor. Hur forskning inom fältet migration och hälsa i ett europeiskt perspektiv kan förbättras har tidigare publicerats (39). Även orsaken till migration kan vara en betydelsefull faktor då den kan ha en inverkan på hälsan (40,41). Den tid man befunnit sig i det nya landet kan tillika utgöra en viktig faktor för det nuvarande hälsotillståndet hos denna grupp av medborgare (42,43) men också för hälsorelaterad risk (44). Även tiden i asylprövningsprocessen utgör en risk som kan påverka hälsan (45). Att studera hälsoläget bland migranter kan utföras genom jämförelser mellan inrikesfödda och utrikesfödda. Jämförelser som baseras på födelseland kan dock begränsas av att det insamlade datamaterialet inte är tillräckligt. Respondenter födda utanför Sverige (35) och utanför Danmark (46) har visat sig ha ett lägre deltagande i folkhälsoundersökningar, vilket innebär lägre svarsfrekvens och risk för skeva jämförelser.

Rapporten "Födelselandets betydelse" från år 2002 sammanfattade olika hälsoutfall bland en del migrantgrupper i Sverige (47). Sammanställningens slutsatser gäller skillnader för utfallen hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk hälsa, cancer men också levnadsvanor, arbetsmiljö och hälsa. Risk för olika sjukdomar kan variera till både de olika migrantgruppernas fördel och nackdel jämfört med inrikesfödda.

Risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar observerades vara högre bland flera migrantgrupper jämfört med svenskfödda. Vad gäller risken i att insjukna i olika cancerformer förekom det skillnader mellan olika ursprungsländer. Skillnader gällde risken att insjukna i bröstcancer, livmodercancer, prostatacancer och cancer i tjocktarmen samt lungcancer. Även i detta avseende är skillnader till fördel eller till nackdel för olika migrantgrupper. Till de olika migrantgruppernas nackdel överlag var risken att drabbas av psykisk ohälsa (47).

Figur 2. Andel män och kvinnor som uppgett att de "mår bra" eller "mycket bra" fördelat på födelseland.



Källa: Folkhälsorapport i Skåne 2013 - en undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

År 2008 genomfördes ett forskningsprojekt gällande nyanlända irakiers hälsa i åtta av Sveriges län, Impact of Multicultural Health Advisors (IMHAd) (48). Självrapporterad hälsa uppgavs av 55 % som minst god. Var femte respondent rapporterade någon form av funktionshinder, långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall. Psykisk ohälsa rapporterades av 37 %. Vad gäller vikt noterades det att

jämfört med svenska kvinnor drabbades irakiska kvinnor av övervikt i större utsträckning. Överlag drabbades fler nyanlända irakier av fetma. Daglig rökning rapporterades av 38 % av männen och 4 % av kvinnorna. Vad gäller tandhälsa uppgav 44 % att deras tandhälsa var minst ganska dålig (48).

Inom ramen för IMHAd genomfördes också en tvärsnittsstudie bland nyanlända irakier folkbokförda i Malmö (49). Denna studie resulterade i att tillfrågade irakier i större utsträckning än de tillfrågade i folkhälsoundersökningen vid tiden uppgav dålig självupplevd hälsa. Män rapporterade bra eller mycket bra hälsa i större utsträckning än kvinnor (63 % respektive 61 %). Långvarig sjukdom rapporterades av omkring 58 %; allra vanligaste sjukdomarna var allergi och depression samt ledgångsreumatism. 39 % av irakiska kvinnor och 36 % av irakiska män rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande med en tydlig åldergradient bland båda könen. Andelen dagliga rökare bland män var 31 % och bland kvinnor 5 %. Andelen överviktiga män (46 %) var något högre än andelen överviktiga kvinnor (34 %). Även för övervikt och fetma fanns en tydlig åldersgradient. Fysisk inaktivitet mätt i form av stillasittande fritid uppgavs i högre grad av irakiska kvinnor (73 %) jämfört med irakiska män (59 %) (49).

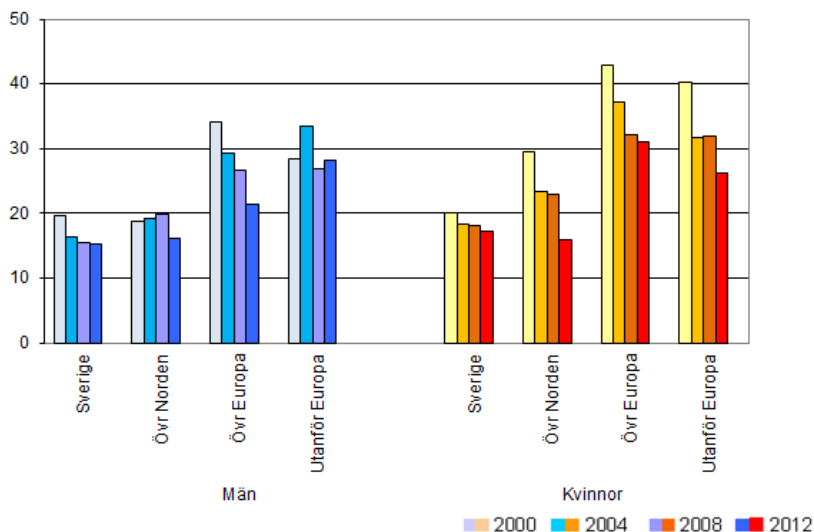
Socialstyrelsens folkhälsorapport från år 2009 tog upp migration och hälsa i ett historiskt perspektiv, hälsoläget bland utlandsfödda och deras barn men också utlandsadopterade samt livsstilsfaktorer och ett flyktingperspektiv (50). Det framgick att personer med utländsk bakgrund uppgav sämre hälsa än de med svensk bakgrund och att de rökte i större utsträckning. Vad gäller alkoholrelaterade sjukdomar förekom det skillnader till både för- och nackdel mellan olika migrantgrupper. Rapporten lyfte också fram vikten av sociala faktorer och dess möjliga inverkan på observerade skillnader (50).

En ytterligare studie, Health, Migration and Integration (HELMI) är ett forskningsprojekt som genomfördes mellan år 2010 och år 2012 med syftet att studera hälsa och arbetsmarknadsanknytning av somaliska och thailändska kvinnor i Sverige (51). Studiens slutsats var att det inte förekom stora hälsoskillnader mellan de två migrantgrupperna jämfört med svenska kvinnor. Det förekom dock

skillnader för övervikt och fetma hos somaliska kvinnor vilka också i hög grad hade utsatts för våld (51 %) och hot om våld (70 %). Negativ hälsoutveckling över tid noterades för thailändska kvinnor vilka också hade en låg sysselsättningsgrad. Jämfört med somaliska kvinnor drabbades de thailändska kvinnorna av våld i lägre utsträckning. Vistelsetiden i Sverige observerades ha en positiv utveckling för hälsan bland somaliska kvinnor. De med längre vistelsetid rapporterade bättre hälsa. På basis av resultaten föreslog författarna tre rekommendationer från vilka tre bärande nyckelord kan lyftas fram ”tvåvägsprocess”, ”egenmakt” och ”kunskap” (51).

Den senaste skånska folkhälsoundersökningens inkludering av födelseland har möjliggjort jämförelser mellan inrikes- och utrikesfödda invånare i Skåne (35). Rapporten som publicerades år 2013 visar att inrikesfödda rapporterade bättre självrapporterad hälsa än utrikesfödda (Figur 2). Små eller nästan inga skillnader observerades beroende på om respondenterna var födda i övriga Norden, övriga Europa eller utanför Europa. Det har också visats att de med längre vistelsetid i landet, men födda utanför Sverige, rapporterade god hälsa till lägre grad vilket inte kunde förklaras av utbildningsnivå (42). Det rådde också skillnader avseende vårdbehov. Otillfredsställda vårdbehov observerades i större utsträckning bland män födda utanför Europa. Bland kvinnor observerades otillfredsställda vårdbehov i större utsträckning bland de födda i övriga Europa. Lägst andel med otillfredsställda vårdbehov noterades bland inrikesfödda (Figur 3). Skillnader observerades till de utrikesföddas nackdel beträffande tandläkar- och tandhygienistbesök. Daglig rökning rapporterades i större utsträckning bland utrikesfödda män. Andelen kvinnor som var dagliga rökare var lägst bland kvinnor födda utanför Europa följt av kvinnor födda i Sverige, övriga Europa och övriga Norden. Fysisk inaktivitet var mest påtagligt bland de födda utanför Europa följt av övriga Europa, övriga Norden och Sverige. Samma trend uppdagades oberoende av kön (35).

Figur 3. Otillfredsställda vårdbehov uppdelat efter födelseland eller världsdel.



Källa: Folkhälsorapport i Skåne 2013 - en undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa.

Jämförelsen mellan inrikesfödda män och män födda utanför Europa beträffande fysisk aktivitet resulterade i att andelen fysiskt inaktiva var två gånger så stor bland de födda utanför Europa. Samma jämförelse bland kvinnor resulterade i en omkring tre gånger så stor andel fysiskt inaktiva bland kvinnor födda utanför Europa. Skillnader förekom också gällande tillit till andra men också gällande socialt deltagande. Även dessa skillnader innebar högre andelar med lågt socialt deltagande och låg tillit till andra bland utrikesfödda. Högst andel oberoende av kön observerades bland de födda utanför Europa (35).

Att migranter eller medborgare födda utanför Sverige självrapporterar god hälsa i lägre grad än de födda i Sverige har varit känt ett tag (43,52,53). Denna företeelse har också noterats vid liknande jämförelser i Danmark (54) och i Europa (55,56). En annan studie med ett europeiskt perspektiv gällande självrapporterad hälsa observerade att migranter rapporterade sämre hälsa än inrikesfödda i länder kategoriserade enligt integrationsriktlinjer sammanfattade i MIPEX

(11) som uteslutande eller assimilatoriska jämfört med länder klassificerade som multikulturella (57). En nyligen publicerad studie gällande nyanlända migranter med beviljad asyl i Sverige resulterade inte i några ogynnsamma skillnader i analyserade hälsoparametrar. För sociala relationer och självrapporterad fysisk hälsa observerades skillnader i motsatt riktning, det vill säga till de nyanländas fördel (58) vilket går i linje med begreppet 'healthy migrant effect' (37,38). Utöver detta har det också observerats att det förekommer skillnader gällande riskfaktorer som rökning och fysisk aktivitet (59-61), men också för övervikt (44) samt kardiovaskulära utfall (62,63) och mortalitet (64,65).

SYFTE

Syftet med föreliggande studie är att ge en väl underbyggd bild av hälsoläget bland nyanlända flyktingar som omfattas av etableringslagstiftningen.

Mål

- Att öka kompetensen hos vårdgivare för specifika hälsobehov bland nyanlända
- Att öka kompetensen hos etableringshandläggare i hälsofrågor
- Att leda till metodutveckling inom hälsokommunikation
- Att identifiera hälsorelaterade hinder till etablering och arbetsmarknadsinsatser
- Att på ett tidigt stadium i etableringsprocessen identifiera behovsanpassade insatser
- Att möjliggöra för evaluering av redan implementerade riktlinjer och insatser

METOD

Studiedesign

Studien är en regional tvärsnittsundersökning i Skåne om hälsa och hälsorelaterade faktorer bland alla nyanlända som talar arabiska, dari, pashto eller somaliska. Undersökningen bygger på ett totalurval bland de som deltog i samhälls- och hälsokommunikationen inom etableringsprocessen i Skåne län samt på anonymitet och frivilligt deltagande.

Inklusionskriterier

- Nyanlända från 18 års ålder
- Bosättning i Skåne
- Arabisk, dari, pashto eller somalisktalande
- Nyanlända i etableringsprocessen
- Deltagande i samhälls- och hälsokommunikationen

Exklusionskriterier

- Nyanlända med andra språk än arabiska, dari, pashto eller somaliska
- Nyanlända utanför etableringsprocessen

Mätinstrument

Mätinstrumentet utvecklades genom ett brett samarbete med representanter från Region Skåne, Arbetsförmedlingen, Lunds universitet och Malmö högskola. Gruppen som utvecklade enkäten har gedigna

kunskaper inom folkhälsa, medicin, epidemiologi, socialt arbete och statistik. Samhälls- och hälsokommunikatörer på Länsstyrelsen Skåne har kontinuerligt deltagit i utvecklingen av enkäten genom att bedöma lämplighet, men också enkätens omfattning samt översättning. Mätinstrumentet resulterade i en hälsoenkät bestående av 93 övergripande frågor (delfrågor ej inräknade). En förutsättning för enkäten var att respondenterna kunde läsa, förstå och besvara enkätens frågor. För att möjliggöra deltagande av de med läs- och skrivsvårigheter förenklades huvudenkäten till en förenklad och mindre omfattande enkät för denna målgrupp. Detta har inneburit att enkätens omfattning begränsats till att omfatta betydligt färre frågor. Var det möjligt förenklades även svarsalternativen till att ersätta text med ”smilisar” som 😊 och ☹️. Båda enkäterna kompletterades med ett brev med information om studiens syfte och nyttan med rönen samt kontaktuppgifter till ansvariga. Datainsamlingen påbörjades 2015-02-13 och avslutades 2016-02-12.

Översättning

Eftersom enkäten utvecklats på det svenska språket var det nödvändigt att översätta enkäten till de för studien valda språken. Översättningsförfarandet utfördes i fyra faser där själva översättningen utfördes av kvalificerade översättare och själva granskningen utfördes av samhälls- och hälsokommunikatörerna. Första fasen i översättningsförfarandet innebar översättning från svenska till respektive språk. Översättningsförfarandets andra fas innebar att översättningen av enkät, inklusive alla frågor och svarsalternativ, granskats av minst en för språket kunnig samhälls- och hälsokommunikatör. Översättningsförfarandets tredje fas innebar en tillbakaöversättning till svenska av kvalificerade översättare. Andra översättare än de i fas ett anlitas för tillbakaöversättningen. Översättningsförfarandet avslutades genom en granskning av tillbakaöversättningen av för språket kunniga samhälls- och hälsokommunikatörer. Först när alla faser i översättningsförfarandet avslutats och alla ändringar gjorts fastställdes den slutliga enkäten på respektive språk.

Layout

Enkätens layout utformades tillsammans med samhälls- och hälsokommunikatörer för studiens olika språk. För tre av språken skrivs text från höger till vänster och andra siffror används än de i Sverige.

Den svenska enkätens layout efterspeglades i möjligaste mån. Detta innebär att alla frågor och dess svarsalternativ strukturerades om till att starta från höger. Anvisningar till hur enkäten skulle fyllas i samt introduktionsbrevet ändrades också. Den enda variabel som beslutades vara kvar på svenska var kommunnamnen eftersom det bedömdes vara enklare för respondenten att förstå än att ha kommunnamnen på respektive språk. Omfattning av antal frågor per sida och textstorlek beslutades i samråd med samhälls- och hälsokommunikatörer.

Pilot

Innan slutligt fastställande av enkäten utfördes en pilotstudie bland en grupp nyanlända i samband med samhälls- och hälsokommunikationen. Pilotstudien utfördes på det arabiska språket med sex deltagare. Deltagarna hade varierande utbildningsgrad. Enkäten delades ut på torsdagen den 29 januari, 2015 varpå en diskussion kring enkäten utfördes på fredagen den 30 januari, 2015. Ett mindre antal nödvändiga korrigeringar upptäcktes som förtydliganden, ökade svarsalternativ och stavfel.

Logistik

Tryckta enkäter och informationsblad förpackades i frankerade och adresserade kuvert. Enkäter delades ut i samband med samhälls- och hälsokommunikationsmöten med fokus på de första i raden av många informationsmöten. Samhälls- och hälsokommunikatörer introducerade studien för de nyanlända för att sedan dela ut enkäterna. Deras uppgift var också att vara behjälpliga i att besvara frågor om studien generellt, men också att besvara frågor om enkäten. Inskickade enkäter har för det absoluta flertalet överförts till en databas med hjälp av en scanner. För ett mindre antal, det vill säga för enkäter på dari, skedde inmatningen manuellt.

Svarsfrekvens och bortfall

Totalt antal besvarade och inskickade enkäter var 681 stycken. Dessa enkäter omfattar enbart språken arabiska och dari. Enkäter på pashto och somaliska har inte delats ut, eftersom det vid tiden för datainsamlingsperioden inte funnits grupper på dessa språk inom samhälls- och hälsokommunikationen.

En skattning av antalet utdelade enkäter resulterade i mellan 1700 och 1745 utdelade enkäter. Svarsfrekvensen blev således $39,5\% \pm 0,5$. Eftersom utdelningsproceduren inte baserats på hemskickade/postade enkäter, utan baserats på utdelning av enkäter vid samhälls- och hälsokommunikationsmöten, är det på gränsen till omöjligt att beräkna det exakta antalet utdelade enkäter. Eftersom det råder olika förutsättningar för samhälls- och hälsokommunikationsmöten mellan de olika knutpunkterna i länet har också proceduren för enkätutdelningen fått anpassas.

En bortfallsanalys har utförts genom en jämförelse med den statistik som Arbetsförmedlingen förfogar över och presenteras längre fram.

Tillämpad procedur för optimering av svarsfrekvens:

- Informationsmaterial i form av foldrar och postrar fanns synliga på Arbetsförmedlingens kontor i knutpunkterna
- Enkäter delades ut (om det var möjligt) i samband med det andra informationsmötet i samhälls- och hälsokommunikationen
- Efter ett antal informationsmöten tillfrågades de nyanlända om de hade frågor eller funderingar över något gällande undersökningen och enkäten
- Respondenterna informerades om brevlådor i närheten av undervisningslokalerna
- Under de sista mötena tackades de nyanlända för inskickade besvarade enkäter
- I samband med det sista informationsmötet påmindes de nyanlända en sista gång

Variabler

Variabler inkluderade i föreliggande rapport är:

- *Bakgrundsfrågor:* Kön, ålder, civilstånd, vem i Sverige man är tillsammans med, födelseland, huvudsakligt uppväxtland, huvudsaklig bosättningsort innan migrationen till Sverige, kommun, utbildningsnivå

- *Hälsa*: Självrapporterad hälsa, att påverka sin egen hälsa, förändring av hälsotillstånd, långvarig sjukdom/besvär nedsatt funktion, funktionsnedsättning, diagnostiserade hälsoproblem, hälsoproblem inte nödvändigtvis diagnostiserade, läkemedel och vaccination samt livskvalitet
- *Sömn och välbefinnande*: Sömn och stress, psykisk hälsa, psykiskt välbefinnande
- *Tandhälsa*: Självrapporterad tandhälsa, obehag/skam på grund av tänder eller mun, behov av tandläkarvård, orsak till att inte ha sökt vård, tandbesvär
- *Levnadsvanor*: Fysisk aktivitet, rökning, alkoholkonsumtion, narkotika
- *Framtidstro, trygghet och utsatthet*: Framtidstro, planer på att långsiktigt stanna i Sverige, skattning av tänkbart liv, tillit, kränkning/dåligt bemötande, hot och våld innan och efter flytten till Sverige, fysiskt våld innan och efter flytten till Sverige
- *Förtroende för samhällsinstitutioner*: Sjukvården, skola, polis, kommun, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, domstol, politiker, massmedia/tv/tidningar, tolkar
- *Arbete, sysselsättning och ekonomi*: Förvärvsarbete med lön innan och sedan flytten till Sverige, hälsoproblem som hindrar jobbsökande, ekonomisk stress
- *Hem, hushåll och boendemiljö*: Bostadssituation, trångboddhet
- *Vårdutnyttjande*: Hälsosamtal, hälsoundervisning, att vända sig till hälso- och sjukvård vid behov, tillgång till sjukvård, sökt behandling, behov av läkarvård, orsak till att inte ha sökt läkarvård, sökt läkarvård men inte fått förväntad behandling
- *Smittsamma sexuella sjukdomar och preventivmedel*: Skydd mot oönskad graviditet/sexuellt överförbara infektioner, AIDS-relaterade frågor, preventivmedel, kulturella aspekter kring preventivmedel
- *Hälsoinformation*: Hälsolitteracitet

Etikprövning

Studien har genomgått etikprövning och blivit beviljad av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund, diarienummer dnr 2014/285.

RESULTAT

Bakgrundsinformation

Totalt besvarade 681 individer enkäten varav 69,3 % var män, 93,7 % av alla svarande var arabisktalande och 6,3 % daritalande. Inga enkäter delades ut på pashto och somaliska då det inte fanns grupper nyanlända på dessa två språk inom samhälls- och hälsokommunikationen under datainsamlingsperioden. 75,6 % av respondenterna var födda i Syrien, 4,1 % i Irak och 3,1 % i Afghanistan (Figur 4). Syrien, Irak och Afghanistan var de länder där de flesta vuxit upp (74,3 %, 5,0 % och 2,9 %). 67,3 % hade huvudsakligen bott i storstad med fler än 1 miljon invånare, 16,0 % i stad med mindre än 1 miljon invånare och 16,7 % på landsbygden. Fler kvinnor (70,4 %) var bosatta i storstad än män (66,0 %). 44,1 % befann sig i Sverige med maka/make/registrerad partner, 21,9 % med barn under 18 år och 17,0 % med alla barn under 18 år (Tabell 1).

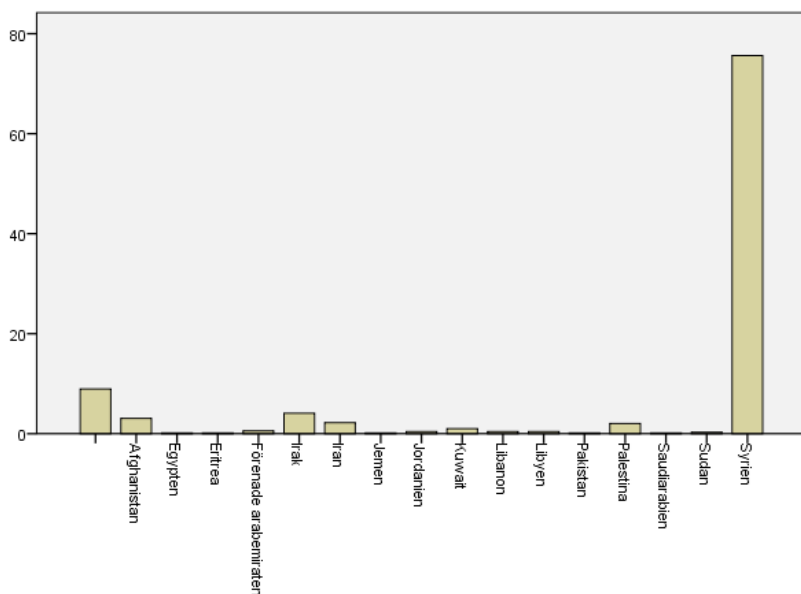
Tabell 1. Vistelse i Sverige med?

	Totalt	Man	Kvinna
Maka/make/sambo/ registrerad partner	300 (44,1%)	173 (37,5%)	124(60,8%)
Barn under 18 år	149 (21,9%)	80 (17,4%)	69 (33,8%)
Samtliga barn under 18 år	116 (17,0%)	72 (15,6%)	44 (21,6%)
Har inga barn	28 (4,1%)	17 (3,7%)	11 (5,4%)
Med förälder/föräldrar	46 (6,8%)	22 (4,8%)	24 (11,8%)
Ensamstående	284 (41,7%)	250 (54,2%)	29 (14,2%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Vid tiden för enkätbesvarandet var de flesta bosatta i Malmö (35,6 %), Helsingborg (12,6 %), Kristianstad (11,9 %) och Hässleholm (6,9 %). Alla andra kommuner förutom Lunds kommun (5,2 %) hade en andel under 3,6 %.

Figur 4. Respondenternas födelseland (redovisat i procent).



Vid tiden för enkätbesvarandet var flertalet gifta (64,9 %) oberoende av kön. 3,3 % var fränskilda och 1,3 % änka, änklings eller efterlevande partner. Jämförelsen mellan män och kvinnor visar att andelen gifta/registrerat partnerskap/sambo var högre bland kvinnor vilket också gällde för svarsalternativen fränskild och änka, änklings eller efterlevande partner. 50,3 % rapporterade eftergymnasial utbildningsnivå, dock något högre andel bland män (52,0 %) än bland kvinnor (47,4 %). Oberoende av kön rapporterade 24,6 % avslutad examen från universitet/högskola eller högre examen. 26,0 % av männen hade avslutad examen och 23,0 % av kvinnorna. 77,0 % var yngre än 45 år. Totalt rökte 28,8 % dagligen, dock högre andel män (37,9 %) än kvinnor (7,5 %). 9,2 % män och 10,1 % kvinnor rökte men inte dagligen. Av de som rökte uppgav 78,7 % att de ville sluta röka.

Tabell 2. Bakgrundsfaktorer.

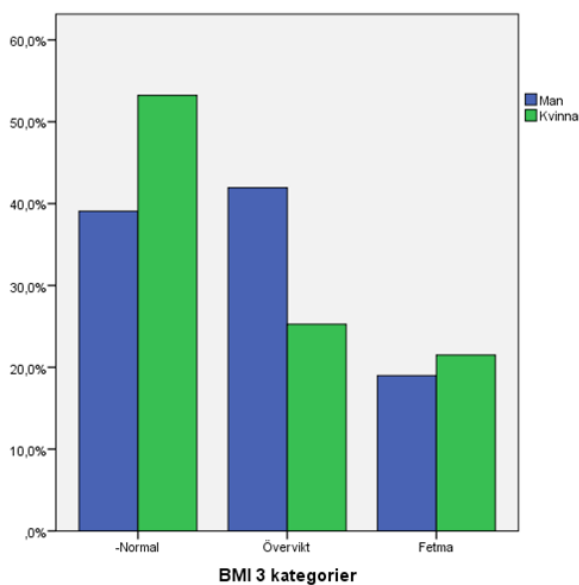
Variabel	Totalt	Man	Kvinna
Civilstånd			
Gift, registrerat partnerskap eller sambo	437 (64,9%)	283 (61,5%)	149 (73,0%)
Ogift	205 (30,5%)	167 (36,3%)	35 (17,2%)
Frånskild	22 (3,3%)	7 (1,5%)	14 (6,9%)
Änka, änking eller efterlevande partner	9 (1,3%)	3 (0,7%)	6 (2,9%)
Utbildning			
Förgymnasial	171 (26,0%)	114 (25,3%)	52 (26,6%)
Gymnasial	156 (23,7%)	102 (22,7%)	51 (26,0%)
Eftergymnasial	331 (50,3%)	234 (52,0%)	93 (47,4%)
Ålder			
18-34	336 (50,5%)	235 (51,4%)	97 (48,7%)
35-44	176 (26,5%)	120 (26,3%)	53 (26,6%)
45-54	107 (16,1%)	69 (15,1%)	38 (19,1%)
55-64	43 (6,5%)	31 (6,8%)	10 (5,0%)
65-80	3 (0,5%)	2 (0,4%)	1 (0,5%)
Rökning			
Ja, dagligen	191 (28,8%)	173 (37,9%)	15 (7,5%)
Ja, men inte alla dagar	63 (9,5%)	42 (9,2%)	20 (10,1%)
Har slutat röka	102 (15,4%)	73 (16,0%)	29 (14,6%)
Har aldrig rökt	308 (46,4%)	168 (36,8%)	135 (67,8%)
Alkoholberusning			
Dagligen eller nästan dagligen	3 (0,5%)	0 (0,0%)	3 (1,6%)
Några gånger/vecka	4 (0,6%)	4 (0,9%)	0 (0,0%)
1 gång/vecka	14 (2,2%)	12 (2,8%)	2 (1,1%)
2-3 gånger/månad	7 (1,1%)	7 (1,6%)	0 (0,0%)
1 gång/månad	14 (2,2%)	13 (3,0%)	1 (0,5%)
Någon eller några gånger per halvår	26 (4,1%)	22 (5,1%)	4 (2,2%)
Mer sällan eller aldrig	560 (89,2%)	374 (86,6%)	176 (94,6%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar(%).

Medelvärde (standardavvikelsen) för body mass index (BMI) var totalt 26,6 kg/m² (5,7), bland män 26,8 kg/m² (5,5) och bland kvinnor 26,1 kg/m² (6,2). Kategoriserat BMI resulterade i att 36,9 % var överviktiga och 19,8 % hade fetma. Andelen kvinnor med normal vikt var högre än för män men lägre för övervikt (Figur 5). 89,2 % har mer sällan eller aldrig druckit så mycket alkohol att de varit berusade, bland män var den andelen lägre (86,6 %) än bland kvinnor (94,6 %).

Vad gäller användning av narkotika rapporterade 95,8 % oberoende av kön att de aldrig använt narkotika. 1,5 % rapporterade att de använt narkotika 1 gång, 1,9 % 2-10 gånger och 0,8 % mer än 10 gånger. 94,2 % män rapporterade aldrig, 1,9 % 1 gång, 2,8 % 2-10 gånger och 1,2 % mer än 10 gånger. Andelen kvinnor som rapporterade aldrig var 99,5 %, 0,5 % 1 gång, 0,0 % 2-10 gånger och 0,0 % mer än 10 gånger.

Figur 5. Viktkategori uppdelad efter kön.



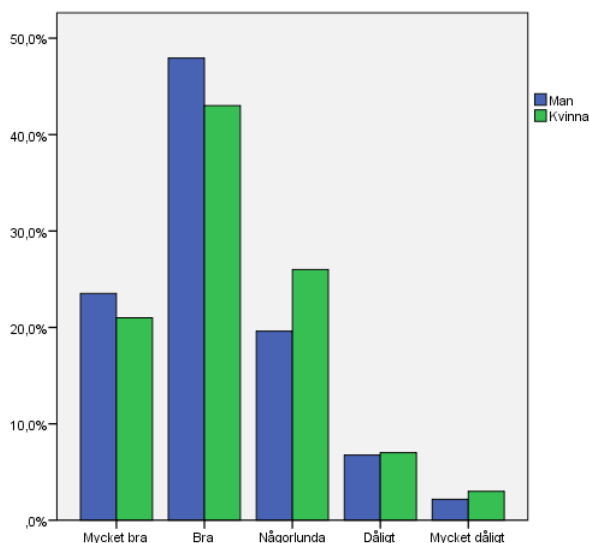
Hälsa

Självrapporterad hälsa, förändring i hälsa och livskvalitet

På frågan om hur respondenterna bedömde sitt nuvarande hälsotillstånd svarade 154 (23,0 %) mycket bra, 312 (46,5 %) bra, 143 (21,3 %) någorlunda, dåligt 45 (6,7 %) och 17 (2,5 %) mycket

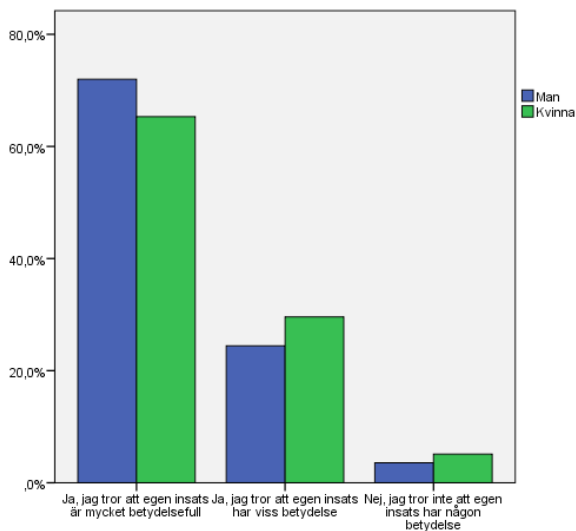
dåligt. Svaren på denna fråga uppdelade efter kön är sammanställda i Figur 6. Andelen som uppgav mycket bra eller bra nuvarande hälsotillstånd var högre bland män. På frågan om man tror att det är möjligt att påverka sin egen hälsa uppgav 459 (69,9 %) att det tror att egen insats är mycket betydelsefull. 171 (26,6 %) uppgav att egen insats är av viss betydelse och 27 (4,1 %) trodde inte att egen insats har någon betydelse. Jämfört mellan män och kvinnor är andelen som uppgav egen insats som mycket betydelsefull högre för män än kvinnor. Andelen som tror att egen insats har viss betydelse eller inte har någon betydelse var högre bland kvinnor (Figur 7).

Figur 6. Självrapporterad hälsa uppdelad efter kön.

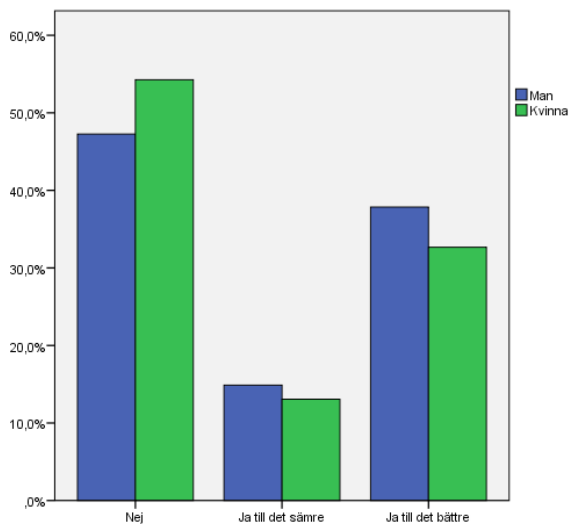


På frågan om hälsotillståndet förändrats sedan man kommit till Sverige uppgav 312 (46,8 %) nej, det vill säga att deras hälsotillstånd inte förändrats. 215 (32,3 %) uppgav att deras hälsotillstånd förändrats till det sämre och 139 (20,9 %) att hälsotillståndet förändrats till det bättre. Andelen män som uppgav ingen förändring var 45,4 %, till det sämre 33,0 % och till det bättre 21,6 %. Andelen kvinnor som uppgav ingen förändring var 48,8 %, till det sämre 31,8 % och till det bättre 19,4 %. På frågan om hälsotillståndet förändrats sedan man fått uppehållstillstånd svarade 36,2 % att det hade det gjort till det bättre. 14,1 % till det sämre och 49,7 % att hälsotillståndet inte förändrats. Resultaten på denna fråga uppdelade efter kön finns sammanställda i Figur 8.

Figur 7. Att påverka sin egen hälsa uppdelat efter kön.



Figur 8. Förändring av hälsotillståndet sedan beviljat uppehållstillstånd uppdelat efter kön.



Vad gäller livskvalitet resulterade detta i ett värde på 0,72 oberoende av kön. Resultatet för män respektive kvinnor var 0,73 och 0,69. Optimal livskvalitet uppnås av värdet 1.

Hälsoproblem

73,1 % (72,4 % män, 74,9 % kvinnor) uppgav att det inte har någon långvarig sjukdom eller besvär efter olycksfall eller någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem. 77,5 % (81,7 % män, 69,0 % kvinnor) uppgav att de inte har en funktionsnedsättning.

De vanligaste diagnosticerade hälsoproblemen var allergi, högt blodtryck, diabetes och astma (Tabell 3). 24,2 % uppgav att de hade diagnosticerad allergi, 12,2 % högt blodtryck, 5,9 % diabetes och 5,6 % astma. Svåra besvär till följd av dessa sjukdomar uppgavs till 4,3 % allergi, 1,6 % högt blodtryck, 1,1 % diabetes och 0,8 % astma. Andelen med lätta besvär var 9,8 % allergi, 4,5 % högt blodtryck, 2,6 % astma och 2,4 % diabetes.

Tabell 3. Hälsoproblem diagnosticerade av läkare eller annan sjukvårdspersonal.

Hälsobesvär	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Allergi	426 (75,8%)	57 (10,1%)	55 (9,8%)	24 (4,3%)
Astma	501 (94,4%)	12 (2,3%)	14 (2,6%)	4 (0,8%)
Diabetes	509 (94,1%)	13 (2,4%)	13 (2,4%)	6 (1,1%)
Högt blodtryck	484 (87,8%)	33 (6,0%)	25 (4,5%)	9 (1,6%)
Hjärtinfarkt	514 (96,1%)	9 (1,7%)	11 (2,1%)	1 (0,2%)
Kärlkramp (Angina pectoris)	512 (96,8%)	8 (1,5%)	5 (0,9%)	4 (0,8%)
Cancer	521 (98,5%)	6 (1,1%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	521 (98,9%)	3 (0,6%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)
Annat	374 (83,9%)	6 (1,3%)	33 (7,4%)	33 (7,4%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Andra rapporterade hälsoproblem inte nödvändigtvis diagnosticerade av medicinsk personal var huvudvärk, buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm, muskel och skelett, synnedsättning, krigsskada, annat, hörselnedsättning samt skada då man föddes. Den högsta andelen med svåra besvär var muskel och skelett (13,7 %), buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm (7,1 %) och huvudvärk (6,8 %).

Tabell 4. Hälsoproblem inte nödvändigtvis diagnosticerade av läkare eller annan sjukvårdspersonal.

Hälsobesvär	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Krigsskada	516 (93,6%)	17 (3,1%)	14 (2,5%)	4 (0,7%)
Skada som uppstod då jag föddes	522 (97,2%)	7 (1,3%)	7 (1,3%)	1 (0,2%)
Synnedsättning	381 (68,5%)	128 (23,0%)	34 (6,1%)	13 (2,3%)
Hörselnedsättning	505 (94,2%)	18 (3,4%)	8 (1,5%)	5 (0,9%)
Huvudvärk	364 (65,5%)	37 (6,7%)	117 (21,0%)	38 (6,8%)
Buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm	376 (66,5%)	37 (6,5%)	112 (19,8%)	40 (7,1%)
Muskel och skelett	302 (51,7%)	32 (5,5%)	170 (29,1%)	80 (13,7%)
Annat	345 (94,0%)	3 (0,8%)	11 (3,0%)	8 (2,2%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

De vanligaste diagnosticerade hälsoproblemen bland män (Tabell 5) var allergi (23,3 %), annat (16,1 %), högt blodtryck (11,3 %), diabetes (6,1 %) och astma (5,8 %). Den sjukdom som uppgavs orsaka svåra besvär återfanns i kategorin annat (6,9 %) och allergi (3,9 %).

Tabell 5. Hälsoproblem diagnosticerade av läkare eller annan sjukvårdspersonal bland män.

Hälsobesvär	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Allergi	293 (76,7%)	44 (11,5%)	30 (7,9%)	15 (3,9%)
Astma	344 (94,2%)	8 (2,2%)	10 (2,7%)	3 (0,8%)
Diabetes	352 (93,9%)	8 (2,1%)	9 (2,4%)	6 (1,6%)
Högt blodtryck	338 (88,7%)	21 (5,5%)	14 (3,7%)	8 (2,1%)
Hjärtinfarkt	355 (96,5%)	6 (1,6%)	6 (1,6%)	1 (0,3%)
Kärlkramp (Angina pectoris)	354 (97,0%)	5 (1,4%)	3 (0,8%)	3 (0,8%)
Cancer	359 (99,2%)	1 (0,3%)	2 (0,6%)	0 (0,0%)
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	359 (98,9%)	1 (0,3%)	2 (0,6%)	1 (0,3%)
Annat	255 (83,9%)	4 (1,3%)	24 (7,9%)	21 (6,9%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Bland kvinnor var de vanligaste hälsoproblemen allergi (26,4 %), annat (16,7 %), och högt blodtryck (12,8 %). Det svarsalternativ med högst andel som uppgavs orsaka svåra besvär tillhörde kategorin annat (8,7 %) och allergi (5,2 %). Vad gäller lätta besvär var allergi (14,4 %), annat (6,5 %), högt blodtryck (6,1 %), hjärtinfarkt (3,1 %), astma (2,5 %) och diabetes (2,5 %) vanligast.

För män var de vanligast förekommande inte diagnosticerade hälsoproblem med svåra besvär (Tabell 7) muskel och skelett (9,2 %), huvudvärk (5,7 %) samt buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm (5,1 %). Bland kvinnor var de mest förekommande inte diagnosticerade hälsoproblem med svåra besvär (Tabell 8) muskel och skelett (23,7 %), buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm (12,0 %), huvudvärk (9,8 %), synnedläggning (3,7 %) och hörselnedläggning (2,6 %).

Vad gäller lätta besvär orsakades dessa mest av muskel och skelett besvär (27,9 % bland män och 32,8 % bland kvinnor) följt av buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm bland män (17,6 %) och huvudvärk bland kvinnor (32,5 %).

Tabell 6. Hälsoproblem diagnosticerade av läkare eller annan sjukvårdspersonal bland kvinnor.

Hälsobesvär	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Allergi	128 (73,6%)	12 (6,9%)	25 (14,4%)	9 (5,2%)
Astma	152 (95,0%)	3 (1,9%)	4 (2,5%)	1 (0,6%)
Diabetes	151 (94,4%)	5 (3,1%)	4 (2,5%)	0 (0,0%)
Högt blodtryck	143 (87,2%)	10 (6,1%)	10 (6,1%)	1 (0,6%)
Hjärtinfarkt	153 (95,0%)	3 (1,9%)	5 (3,1%)	0 (0,0%)
Kärlkramp (Angina pectoris)	153 (96,2%)	3 (1,9%)	2 (1,3%)	1 (0,6%)
Cancer	156 (96,9%)	5 (3,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	156 (98,7%)	2 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Annat	115 (83,3%)	2 (1,4%)	9 (6,5%)	12 (8,7%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Tabell 7. Hälsoproblem inte nödvändigtvis diagnosticerade av läkare eller annan sjukvårdspersonal bland män.

Hälsobesvär	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Krigsskada	353 (91,5%)	17 (4,4%)	13 (3,4%)	3 (0,8%)
Skada som uppstod då jag föddes	368 (98,1%)	4 (1,1%)	3 (0,8%)	0 (0,0%)
Synnedläggning	268 (69,1%)	91 (23,5%)	22 (5,7%)	7 (1,8%)
Hörselnedläggning	356 (95,2%)	12 (3,2%)	5 (1,3%)	1 (0,3%)
Huvudvärk	274 (70,8%)	27 (7,0%)	64 (16,5%)	22 (5,7%)
Buksmärta eller andra besvär i mage/tarm	275 (70,0%)	29 (7,4%)	69 (17,6%)	20 (5,1%)
Muskel och skelett	228 (56,9%)	24 (6,0%)	112 (27,9%)	37 (9,2%)
Annat	260 (96,7%)	1 (0,4%)	5 (1,9%)	3 (1,1%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Bland kvinnor var de mest förekommande hälsobesvärerna (Tabell 8) muskel och skelett (61,0 %), huvudvärk (47,9 %), buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm (41,9 %), synnedsättning (32,1 %) och annat (13,8 %). Svåra hälsobesvär utgjordes mest av muskel och skelett (23,7 %), buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm (12,0 %) och huvudvärk (9,8 %).

Tabell 8. Hälsoproblem inte nödvändigtvis diagnosticerade av läkare eller annan sjukvårdspersonal bland kvinnor.

Hälsobesvär	Nej	Ja, men inga besvär	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Krigsskada	157 (98,7%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)
Skada som uppstod då jag föddes	148 (94,9%)	3 (1,9%)	4 (2,6%)	1 (0,6%)
Synnedsättning	110 (67,9%)	34 (21,0%)	12 (7,4%)	6 (3,7%)
Hörselnedsättning	143 (91,7%)	6 (3,8%)	3 (1,9%)	4 (2,6%)
Huvudvärk	85 (52,1%)	9 (5,5%)	53 (32,5%)	16 (9,8%)
Buksmärtor eller andra besvär i mage/tarm	97 (58,1%)	7 (4,2%)	43 (25,7%)	20 (12,0%)
Muskel och skelett	69 (39,0%)	8 (4,5%)	58 (32,8%)	42 (23,7%)
Annat	81 (86,2%)	2 (2,1%)	6 (6,4%)	5 (5,3%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Läkemedel

De mest använda läkemedlen (Tabell 9) dagligen var blodtrycks-sänkande medicin (7,3 %) samt smärtstillande medel med och utan recept (5,9 % respektive 4,7 %). Vid behov användes smärtstillande medel utan och med recept (33,0 % respektive 17,4 %) samt magsårs-medicin (7,8 %) mest.

Tabell 9. Använda läkemedel eller preparat.

Medicin	Nej	Varje dag	Vid behov
Blodtryckssänkande medicin	506 (90,5%)	41 (7,3%)	12 (2,1%)
Medicin mot astma/allergi	508 (92,4%)	12 (2,2%)	30 (5,5%)
Smärtstillande medel, utan recept	354 (62,2%)	27 (4,7%)	188 (33,0%)
Smärtstillande medel, med recept	427 (76,7%)	33 (5,9%)	97 (17,4%)
Sömnmedel	510 (95,1%)	7 (1,3%)	19 (3,5%)
Nervlugnande medicin	510 (92,7%)	14 (2,5%)	26 (4,7%)
Medel mot depression	510 (93,6%)	18 (3,3%)	17 (3,1%)
Magsårsmedicin	489 (89,1%)	17 (3,1%)	43 (7,8%)
Annat	386 (94,8%)	11 (2,7%)	10 (2,5%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Bland män (Tabell 10) var smärtstillande medel utan recept vanligast förekommande (32,0 %) följt av smärtstillande medel med recept (16,5 %), magsårsmedicin (11,1 %) och blodtryckssänkande medicin (9,7 %). Vid behov användes mest smärtstillande medel utan och med recept (28,9 % respektive 12,4 %), magsårsmedicin (8,0 %) och medicin mot astma/allergi (5,5 %) samt nervlugnande medicin (5,2 %). Dagligen användes mest blodtryckssänkande (7,9 %) följt av smärtstillande medel med (4,1 %) och utan (3,1 %) recept.

Tabell 10. Använda läkemedel eller preparat bland män.

Medicin	Nej	Varje dag	Vid behov
Blodtryckssänkande medicin	353 (90,3%)	31 (7,9%)	7 (1,8%)
Medicin mot astma/allergi	354 (91,9%)	10 (2,6%)	21 (5,5%)
Smärtstillande medel, utan recept	266 (68,0%)	12 (3,1%)	113 (28,9%)
Smärtstillande medel, med recept	323 (83,5%)	16 (4,1%)	48 (12,4%)
Sömnmedel	357 (96,2%)	2 (0,5%)	12 (3,2%)
Nervlugnande medicin	360 (93,0%)	7 (1,8%)	20 (5,2%)
Medel mot depression	358 (94,2%)	9 (2,4%)	13 (3,4%)
Magsårsmedicin	345 (88,9%)	12 (3,1%)	31 (8,0%)
Annat	282 (95,9%)	6 (2,0%)	6 (2,0%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

De mest använda läkemedlen bland kvinnor (Tabell 11) uppgavs vara smärtstillande medel utan (51,7 %) och med (39,0 %) recept, följt av magsårsmedicin (10,9 %). Dagligen användes smärtstillande medel med (9,8 %) och utan (8,7 %) recept, blodtryckssänkande medicin (6,2 %) och medel mot depression (5,7 %). Vid behov användes smärtstillande medel utan (43,0 %) och med (29,3 %) recept, magsårsmedicin (7,7 %) och medicin mot astma/allergi (5,7 %) mest.

Tabell 11. Använda läkemedel eller preparat bland kvinnor.

Medicin	Nej	Varje dag	Vid behov
Blodtryckssänkande medicin	148 (91,4%)	10 (6,2%)	4 (2,5%)
Medicin mot astma/allergi	148 (93,1%)	2 (1,3%)	9 (5,7%)
Smärtstillande medel, utan recept	83 (48,3%)	15 (8,7%)	74 (43,0%)
Smärtstillande medel, med recept	100 (61,0%)	16 (9,8%)	48 (29,3%)
Sömnmedel	147 (92,5%)	5 (3,1%)	7 (4,4%)
Nervlugnande medicin	145 (92,4%)	6 (3,8%)	6 (3,8%)
Medel mot depression	146 (91,8%)	9 (5,7%)	4 (2,5%)
Magsårsmedicin	139 (89,1%)	5 (3,2%)	12 (7,7%)
Annat	99 (91,7%)	5 (4,6%)	4 (3,7%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

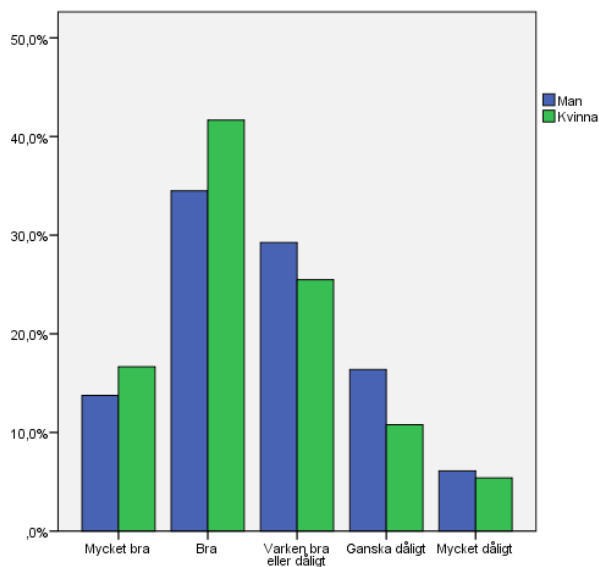
Vaccination

På frågan om man blivit vaccinerad uppgav 70,5 % av respondenterna att de blivit vaccinerade, 18,4 % att de inte blivit och 11,1 % att de inte vet. Bland män var det 71,3 % som blivit vaccinerade, 19,0 % inte blivit vaccinerade och 9,7 % som inte vet. Bland kvinnor var det 69,7 % som blivit vaccinerade, 17,0 % som inte blivit vaccinerade och 13,3 % som inte vet.

Sömn och välbefinnande

14,4 % uppgav att de sover ganska dåligt och 6,0 % att de sover mycket dåligt. 28,3 % uppgav att de varken sover bra eller dåligt. 14,6 % tycker att de sover mycket bra och 36,8 % att de sover bra. Resultatet fördelat efter kön är sammanställt i Figur 9.

Figur 9. Egenrapporterad sömnkvalitet uppdelad efter kön.

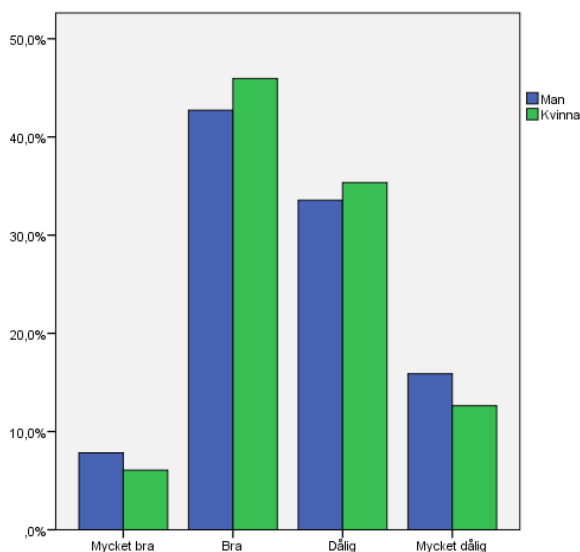


På frågan om man känner sig stressad i sin vardag uppgav majoriteten att de känner sig stressade. De som känner sig ofta stressade utgör 42,8 % och de som känner att de ibland är stressade 48,5 %. Bland männen var 42,9 % ofta stressade och 47,3 % ibland. Bland kvinnor var andelen ofta stressade 43,6% och 50,5 % ibland. Frågor gällande psykisk hälsa resulterade i att 47,0 % har dålig psykisk hälsa. Uppdelat efter kön är resultatet 48,0 % bland männen och 45,3 % bland kvinnorna. Lågt psykiskt välbefinnande resulterade i 52,2 % totalt. Andelen med lågt psykiskt välbefinnande var bland män 51,9 % och bland kvinnor 53,3 %. Låg vitalitet rapporterades av totalt 142 respondenter motsvarande 23,2 %, något högre andel bland kvinnor 28,7 % än män 21,1 %.

Tandhälsa

Andelen som uppgav att de tycker att de har mycket bra eller bra tandhälsa var 7,3 % respektive 43,8 %. 34,1 % uppgav att de tycker att deras tandhälsa är dålig och 14,8 % att tandhälsan är mycket dålig. Jämfört mellan män och kvinnor observerades små skillnader (Figur 10).

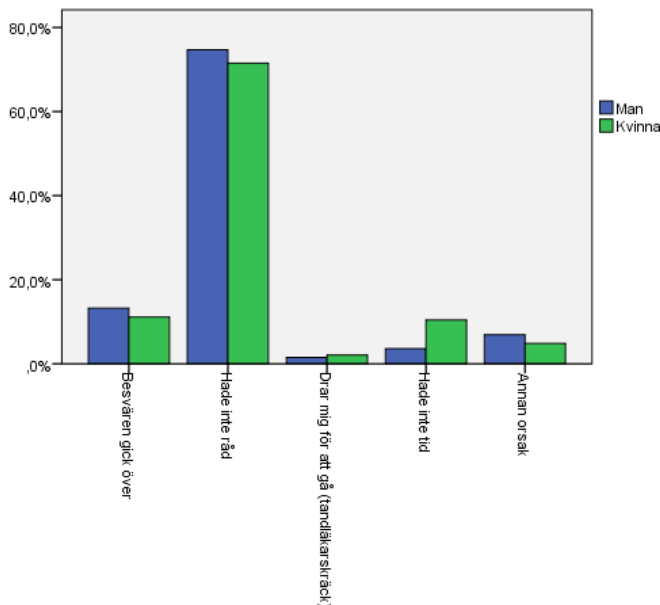
Figur 10. Upplevd tandhälsa uppdelad efter kön.



Andelen som ofta eller ibland mått dåligt eller skämts på grund av tänder eller mun under de senaste halvåret var 20,4 % respektive 37,4 %. Män som uppgav att de ofta skämts eller mått dåligt var 20,3 % och ibland 38,5 %. Kvinnor som uppgav att de ofta skämts eller mått dåligt var 20,9 % och ibland 34,6 %.

77,7 % uppgav att de under de senaste tre månaderna varit i behov av tandläkarvård men inte sökt vård. Andelen män och kvinnor som uppgivit att de varit i behov var nästan lika (77,5 %, 77,4 %). På frågan om orsakerna till att inte ha sökt vård uppgav 12,7 % att besvären gick över, 73,8 % att de inte hade råd, 1,7 % tandläkar-skräck, 5,6 % att de inte hade tid och 6,2 % annan orsak. Högre andel kvinnor uppgav att de inte hade tid (Figur 11).

Figur 11. Orsaken till att inte ha sökt tandläkarvård vid behov uppdelat efter kön.



Tandhälsobesvär som var de vanligast förekommande oberoende av kön (Tabell 12) gällande både lätta och svåra besvär var karies (högre andel bland män), besvär med tandköttet (högre andel bland män), tuggsvårigheter (högre andel kvinnor med lätta besvär), tandlossning (högre andel män med lätta besvär), och att vara tandlös (högre andel män med lätta besvär). Tandhälsobesvär uppdelat efter kön är sammanställt i Tabell 13 för män och i Tabell 14 för kvinnor.

Tabell 12. Tandhälsobesvär.

Typ av besvär	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Karies	199 (32,7%)	285 (46,9%)	124 (20,4%)
Tandlossning	395 (73,1%)	98 (18,1%)	47 (8,7%)
Tuggsvårigheter	341 (62,9%)	143 (26,4%)	58 (10,7%)
Tandlös	439 (88,2%)	38 (7,6%)	21 (4,2%)
Besvär tandköttet	277 (48,6%)	217 (38,1%)	76 (13,3%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Tabell 13. Tandhälsobesvär bland män.

Typ av besvär	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Karies	136 (33,3%)	195 (47,8%)	77 (18,9%)
Tandlossning	272 (72,5%)	72 (19,2%)	31 (8,3%)
Tuggsvårigheter	238 (62,8%)	100 (26,4%)	41 (10,8%)
Tandlös	300 (87,2%)	31 (9,0%)	13 (3,8%)
Besvär tandköttet	189 (48,2%)	151 (38,5%)	52 (13,3%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Tabell 14. Tandhälsobesvär bland kvinnor.

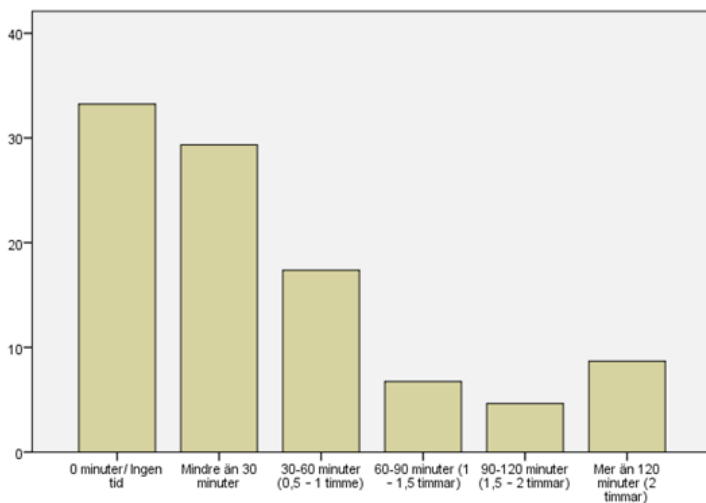
Typ av besvär	Nej	Ja, lätta besvär	Ja, svåra besvär
Karies	61 (32,1%)	84 (44,2%)	45 (23,7%)
Tandlossning	116 (74,4%)	25 (16,0%)	15 (9,6%)
Tuggsvårigheter	96 (61,5%)	43 (27,6%)	17 (10,9%)
Tandlös	131 (89,7%)	7 (4,8%)	8 (5,5%)
Besvär tandköttet	83 (49,4%)	63 (37,5%)	22 (13,1%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet det vill säga ingen tid åt fysisk aktivitet som leder till andfåddhet som exempelvis löpning, motionsgymnastik eller bollsport rapporterades av 33,2 % (Figur 12). Fysisk aktivitet, att träna mer än två timmar i veckan rapporterades av 8,7 %.

Figur 12. Ägnad tid åt fysisk aktivitet en vanlig vecka som leder till andfåddhet.



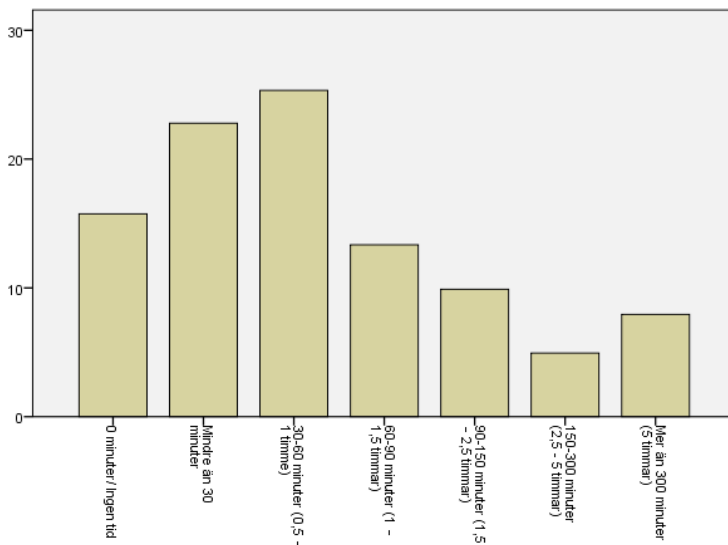
Högre andel kvinnor än män uppgav att de inte ägnade någon tid åt fysisk aktivitet 42,1 % respektive 29,0 %. Kvinnor uppgav också till högre andel (31,2 %) jämfört med män (28,6 %) att de ägnade mindre än 30 minuter åt fysisk aktivitet.

Tabell 15. Ägnad tid åt fysisk aktivitet en vanlig vecka som leder till andfåddhet uppdelad efter kön.

Fysisk aktivitet	Män	Kvinnor
0 minuter/ Ingen tid	132 (29,0%)	85 (42,1%)
Mindre än 30 minuter	130 (28,6%)	63 (31,2%)
30-60 minuter (0,5 – 1 timme)	79 (17,4%)	36 (17,8%)
60-90 minuter (1 – 1,5 timmar)	35 (7,7%)	9 (4,5%)
90-120 minuter (1,5 – 2 timmar)	28 (6,2%)	2 (1,0%)
Mer än 120 minuter (2 timmar)	51 (11,2%)	7 (3,5%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Figur 13. Ägnad tid åt vardagsmotion (promenader, cykling, trädgårdsarbete) en vanlig vecka.



Vad gäller ägnad tid åt vardagsmotion uppgav 15,7 % respektive 22,8 % att de ägnar 0 eller mindre än 30 minuter per vecka. 25,3 % uppgav att de ägnar 30-60 minuter, 13,3 % att de ägnar 60-90 minuter och 9,9 % att de ägnar 90-150 minuter åt vardagsmotion (Figur 13).

Bland både män och kvinnor (Tabell 16) uppgav majoriteten av respondenterna att de ägnar mindre än eller upp till 30-60 minuter åt vardagsmotion en vanlig vecka. 11,4 % män uppgav att de ägnar 90-150 minuter och 5,5 % att de ägnar 150-300 minuter samt 9,5 % att de ägnar mer än 300 minuter. 7,0 % kvinnor uppgav att de ägnar 90-150 minuter och 3,5 % att de ägnar 150-300 minuter samt 4,5 % att de ägnar mer än 300 minuter.

Tabell 16. Ägnad tid åt vardagsmotion en vanlig vecka.

Vardagsmotion	Män	Kvinnor
0 minuter/ Ingen tid	64 (14,1%)	38 (18,9%)
Mindre än 30 minuter	95 (20,9%)	56 (27,9%)
30-60 minuter (0,5 – 1 timmar)	109 (24,0%)	55 (27,4%)
60-90 minuter (1 – 1,5 timmar)	67 (14,7%)	22 (10,9%)
90-150 minuter (1,5 – 2,5 timmar)	52 (11,4%)	14 (7,0%)
150-300 minuter (2,5 – 5 timmar)	25 (5,5%)	7 (3,5%)
Mer än 300 minuter (5 timmar)	43 (9,5%)	9 (4,5%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Framtidstro

På frågan hur man ser på framtiden för sin personliga del uppgav 149 (22,3 %) att de ser mycket ljust på framtiden. 246 (36,8 %) uppgav ganska ljust, 201 (30,1 %) varken ljust eller mörkt, 51 (7,6 %) ganska mörkt och 21 (3,1 %) mycket mörkt. Andelen kvinnor som uppgav att de ser ganska ljust på framtiden var högre än andelen män. Detta gäller också svarsalternativet att de varken ser ljust eller mörkt på framtiden (Figur 14). Andelen män som uppgav att de ser mycket ljust på framtiden var högre än andelen kvinnor som uppgav detta svarsalternativ.

Tabell 17. Tänkbart liv.

Tänkbart liv	Totalt	Män	Kvinnor
Ditt tänkbara liv just nu	4,23	4,17	4,43
Ditt tänkbara liv för ett år sedan	3,59	3,66	3,42
Ditt tänkbara liv om ett år	7,06	6,83	7,59

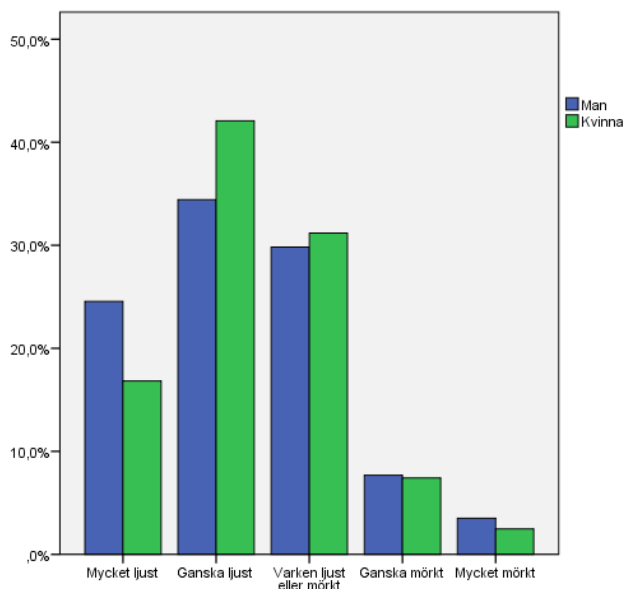
Resultaten presenteras i form av medelvärden.

64,4 % (65,6 % män, 60,9 % kvinnor) uppgav att de har planer på att stanna långsiktigt i Sverige. Andelen som inte visste var 30,5 % (28,9 % män och 34,7 % kvinnor).

Tabell 17 visar resultatet på frågan som graderar kvaliteten av ens tänkbara liv mellan 1 (sämsta tänkbara liv) och 10 (bästa tänkbara liv). Oberoende av kön är resultatet att respondenterna värderar sina

tänkbara liv bättre vid tiden för enkätbesvarandet jämfört med ett år tillbaks i tiden. En tydlig förändring syns i hur de tror att deras liv kommer att se ut om ett år. Maximala graderingen för denna parameter är 10 och representerar bästa tänkbara liv och har oberoende av kön uppgivits till ett medelvärde på 7,06 gällande ett år framåt. Jämfört mellan män och kvinnor är resultatet att kvinnor ser på deras framtida tänkbara liv mer positivt än män. Hur man ser på livet vid enkätbesvarandet skiljer sig också såtillvida att kvinnor bedömde deras liv som bättre än vad män gjorde (Tabell 17).

Figur 14. Syn på framtiden för personlig del uppdelad efter kön.



Trygghet och utsatthet

84,9 % uppgav att de inte kan lita på de flesta människor. Andelen män och kvinnor som uppgav detta var 82,5 % respektive 90,8 %. På frågan om man under den tid man varit i Sverige blivit behandlad på ett sätt så att man känt sig kränkt eller dåligt bemött uppgav 413 (62,7 %) att det hade de inte varit. Ja, någon gång uppgavs av 30,3 % och ja, flera gånger av 7,0 %. Kvinnor uppgav till en högre andel (69,4 %) än män (59,3 %) att de inte hade varit behandlade så att de känt sig kränkta eller dåligt bemöta. Ja, någon gång uppgavs av 32,7 % män och 25,5 % kvinnor. Ja, flera gånger uppgavs av 8,0 % män och 5,1 % kvinnor.

Tabell 18. Kränkande behandling.

Orsak	Totalt	Man	Kvinna
Etnisk tillhörighet	69	54	15
Kön	21	17	4
Sexuell läggning	8	8	0
Ålder	11	9	2
Funktionsnedsättning	16	11	5
Hudfärg	21	20	1
Religion	65	45	20
Utseende	33	22	11
Vet ej	275	195	77

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal).

375 respondenter (58,5 %) uppgav att de under de senaste 12 månaderna innan man kommit till Sverige blivit utsatta för hot/hotelsler om våld som varit så farliga/allvarliga att man blivit rädd. Bland männen var denna andel 63,1 % och bland kvinnor 48,5 %. På frågan om man blivit utsatt för hot/hotelsler om våld som varit så farliga/allvarliga att man blivit rädd under de senaste 12 månaderna sedan man kommit till Sverige uppgav 5,8 % att det stämde (5,8 % män, 5,5 % kvinnor). 19,4 % (23,2 % män, 10,8 % kvinnor) uppgav att de under de senaste 12 månaderna innan man kommit till Sverige blivit utsatta för fysiskt våld. 1,7 % (1,5 % män, 2,2 % kvinnor) uppgav att de under de senaste 12 månaderna sedan man kommit till Sverige blivit utsatta för fysiskt våld.

Förtroende för samhällsinstitutioner

På frågan vilket förtroende de nyanlända har för samhällsinstitutioner uppdagades det att inte särskilt stort förtroende rapporterades mest för sjukvården och tolkar. Störst förtroende (ganska och mycket stort) rapporterades för Försäkringskassan, polisen, skolan, Arbetsförmedlingen och kommunen (Tabell 19).

Bland män (Tabell 20) observerades inte särskilt stort eller inte alls något förtroende mest för sjukvården, tolkar och Arbetsförmedlingen. Männen rapporterade störst förtroende (ganska och mycket stort) för Försäkringskassan, polisen, domstolar, skolan, Arbetsförmedlingen och kommunen.

Kvinnor rapporterade (Tabell 21) inte särskilt stort eller inte alls något förtroende mest för sjukvården och tolkar. Störst förtroende observerades för skolan, polisen, kommunen, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och tolkar.

Tabell 19. Vilket förtroende har du för följande samhällsinstitutioner?

Samhällsinstitutioner	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inte alls	Har ingen åsikt
Sjukvården	88 (14,3%)	129 (20,9%)	265 (43,0%)	99 (16,1%)	35 (5,7%)
Skolan	192 (31,5%)	246 (40,3%)	153 (25,1%)	3 (0,5%)	16 (2,6%)
Polisen	248 (41,5%)	187 (31,3%)	77 (12,9%)	18 (3,0%)	67 (11,2%)
Kommunen	183 (31,2%)	196 (33,4%)	101 (17,2%)	31 (5,3%)	75 (12,8%)
Arbetsförmedlingen	189 (31,8%)	177 (29,7%)	155 (26,1%)	54 (9,1%)	20 (3,4%)
Försäkringskassan	243 (40,9%)	205 (34,5%)	85 (14,3%)	11 (1,9%)	50 (8,4%)
Domstolar	211 (35,8%)	122 (20,7%)	45 (7,6%)	9 (1,5%)	202 (34,3%)
Politiker	102 (17,5%)	119 (20,4%)	97 (16,7%)	39 (6,7%)	225 (38,7%)
Massmedia, TV, tidningar	137 (23,3%)	149 (25,3%)	123 (20,9%)	28 (4,8%)	151 (25,7%)
Tolkar	114 (18,9%)	201 (33,4%)	214 (35,5%)	40 (6,6%)	33 (5,5%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Tabell 20. Män, vilket förtroende har du för följande samhällsinstitutioner?

Samhällsinstitutioner	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inte alls	Har ingen åsikt
Sjukvården	63 (14,7%)	93 (21,7%)	183 (42,8%)	67 (15,7%)	22 (5,1%)
Skolan	129 (30,2%)	171 (40,0%)	115 (26,9%)	2 (0,5%)	10 (2,3%)
Polisen	181 (43,3%)	124 (29,7%)	53 (12,7%)	17 (4,1%)	43 (10,3%)
Kommunen	128 (31,3%)	131 (32,0%)	74 (18,1%)	29 (7,1%)	47 (11,5%)
Arbetsförmedlingen	124 (29,8%)	120 (28,8%)	115 (27,6%)	44 (10,6%)	13 (3,1%)
Försäkringskassan	165 (39,9%)	148 (35,7%)	61 (14,7%)	10 (2,4%)	30 (7,2%)
Domstolar	158 (38,3%)	84 (20,4%)	27 (6,6%)	8 (1,9%)	135 (32,8%)
Politiker	75 (18,4%)	87 (21,4%)	71 (17,4%)	32 (7,9%)	142 (34,9%)
Massmedia, TV, tidningar	92 (22,3%)	111 (26,9%)	88 (21,4%)	23 (5,6%)	98 (23,8%)
Tolkar	67 (16,0%)	135 (32,2%)	159 (37,9%)	32 (7,6%)	26 (6,2%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Tabell 21. Kvinnor, vilket förtroende har du för följande samhällsinstitutioner?

Samhällsinstitutioner	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inte alls	Har ingen åsikt
Sjukvården	22 (12,1%)	36 (19,8%)	81 (44,5%)	30 (16,5%)	13 (7,1%)
Skolan	60 (33,9%)	73 (41,2%)	37 (20,9%)	1 (0,6%)	6 (3,4%)
Polisen	66 (37,9%)	61 (35,1%)	23 (13,2%)	0 (0,0%)	24 (13,8%)
Kommunen	53 (30,8%)	63 (36,6%)	26 (15,1%)	2 (1,2%)	28 (16,3%)
Arbetsförmedlingen	63 (36,2%)	56 (32,2%)	38 (21,8%)	10 (5,7%)	7 (4,0%)
Försäkringskassan	76 (43,4%)	56 (32,0%)	22 (12,6%)	1 (0,6%)	20 (11,4%)
Domstolar	51 (29,7%)	37 (21,5%)	17 (9,9%)	1 (0,6%)	66 (38,4%)
Politiker	25 (14,7%)	32 (18,8%)	25 (14,7%)	7 (4,1%)	81 (47,6%)
Massmedia, TV, tidningar	43 (25,1%)	38 (22,2%)	34 (19,9%)	4 (2,3%)	52 (30,4%)
Tolkar	44 (24,7%)	64 (36,0%)	55 (30,9%)	8 (4,5%)	7 (3,9%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Arbete, sysselsättning och ekonomi

Arbete, sysselsättning

Över två tredjedelar (70,6 %) hade förvärvsarbetat och fått lön innan flytten till Sverige. Denna andel var betydligt högre bland män (81,2 %) än bland kvinnor (47,0 %). 10,8 % (10,7 % män, 11,7 % kvinnor) uppgav att de hade förvärvsarbetat/arbetat och fått lön/inkomst, utöver etableringsersättningen sedan flytten till Sverige. 119 uppgav (18,1 %) att de hade vid tiden för enkätbesvarandet hälsoproblem som gjorde att de inte kunde söka jobb aktivt. Bland männen var denna andel 18,2 % och bland kvinnorna 17,7 %.

Tabell 22. Frågor gällande arbete och sysselsättning.

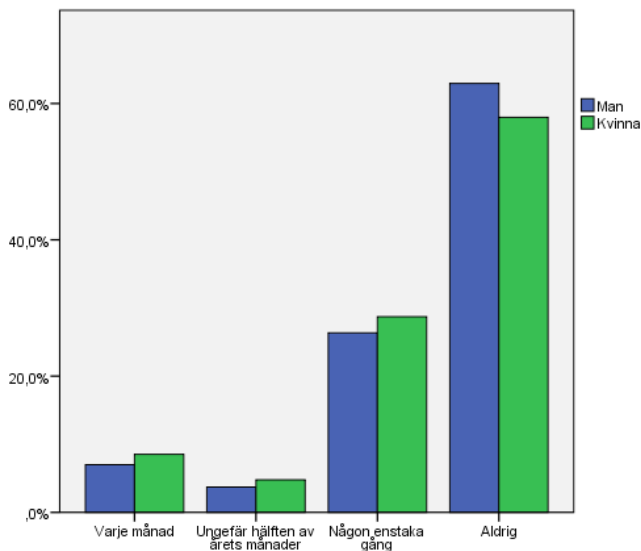
Oberoende av kön	Ja	Nej
Hade du ett förvärvsarbete/arbetat och fick lön innan du kom till Sverige?	469 (70,6%)	195 (29,4%)
Har du förvärvsarbetat/arbetat och fått lön eller haft inkomst, utöver etableringsersättningen sedan flytten till Sverige?	71 (10,8%)	585 (89,2%)
Har du just nu hälsoproblem så att du inte kan söka jobb aktivt?	119 (18,1%)	540 (81,9%)
Män	Ja	Nej
Hade du ett förvärvsarbete/arbetat och fick lön innan du kom till Sverige?	368 (81,2%)	85 (18,8%)
Har du förvärvsarbetat/arbetat och fått lön eller haft inkomst, utöver etableringsersättningen sedan flytten till Sverige?	48 (10,7%)	402 (89,3%)
Har du just nu hälsoproblem så att du inte kan söka jobb aktivt?	82 (18,2%)	368 (81,8%)
Kvinnor	Ja	Nej
Hade du ett förvärvsarbete/arbetat och fick lön innan du kom till Sverige?	94 (47,0%)	106 (53,0%)
Har du förvärvsarbetat/arbetat och fått lön eller haft inkomst, utöver etableringsersättningen sedan flytten till Sverige?	23 (11,7%)	174 (88,3%)
Har du just nu hälsoproblem så att du inte kan söka jobb aktivt?	35 (17,7%)	163 (82,3%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Ekonomisk stress

Ekonomisk stress upplevdes av 7,4 % respektive 4,2 % av de nyanlända, det vill säga att de varje månad under de senaste 12 månaderna respektive hälften av året haft svårigheter att klara sina räkningar. 27,1 % uppgav att de hade svårighet någon enstaka gång och 61,3 % aldrig. De olika svarsalternativens andelar uppdelade efter kön är sammanställda i Figur 15.

Figur 15. Ekonomisk stress uppdelad efter kön.



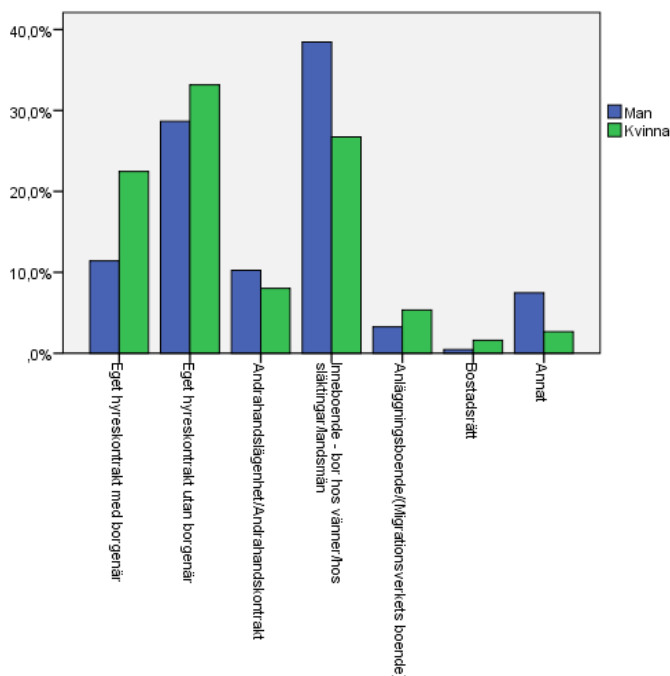
På frågan om man plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation och skulle behöva skaffa 14 000 kr på en vecka svarade 46 (7,4 %) att de skulle klara det. 40 (9,4 %) män och 6 (3,2 %) kvinnor uppgav att de skulle klara det.

Hem, hushåll och boendemiljö

Respondenternas bostadssituation (Figur 16, uppdelat efter kön) vid tiden för enkätbesvarandet var följande:

- Eget hyreskontrakt med borgenär: 92 (14,7 %)
- Eget hyreskontrakt utan borgenär: 187 (29,9 %)
- Andrahandslägenhet/Andrahandskontrakt 60 (9,6 %)
- Inneboende-bor hos vänner/släktingar/landsmän: 219 (35,0 %)
- Anläggningsboende/(Migrationsverkets boende) 25 (4,0 %)
- Bostadsrätt 5 (0,8 %)
- Annat 37 (5,9 %)

Figur 16. Nuvarande bostadssituation uppdelad efter kön.



Vad gäller trångboddhet som innebär tre personer per rum eller mer utöver kök, hall och badrum rapporterade 50,9 % (52,8 % av männen och 46,4 % av kvinnorna) att de vid tiden för enkätbesvarandet varit trångbodda.

Vårdutnyttjande

408 individer motsvarande 65,8 % uppgav att de hade fått hälsosamtal sedan flytten till Sverige. 212 individer motsvarande 34,2 % uppgav att de inte fått hälsosamtal. Jämfört över kön är det något högre andel kvinnor (70,0 %) som fått hälsosamtal än män (64,0 %). 29,2 % uppgav att de inte fått hälsoundervisning sedan flytten till Sverige. Högre andel kvinnor (32,8 %) uppgav detta än andelen män (27,6 %). På frågan om man vet var man vänder sig vid behov av hälso- eller sjukvård uppgav 524 (80,9 %) att det hade de kunskapen om. Jämfört mellan män och kvinnor är resultatet 80,6 % män och 81,9 % kvinnor. 19,1 % vet inte vart man vänder sig vid behov av hälso- och sjukvård. Bland kvinnor är denna andel 18,1 % och bland män 19,4 %.

På frågan om man tycker att man har tillgång till sjukvård uppgav 74,7 % totalt (74,8 % män, 74,2 % kvinnor) ja, att de tycker att de har tillgång till sjukvård. 54,1 % hade sökt behandling, 53,4 % män och 56,6 % kvinnor. 73,2 % hade oberoende av kön behov av läkarvård de senaste tre månaderna från enkätbesvarandet inte sökt vård. Något lägre andel män 70,9 % än kvinnor 78,5 % uppgav detta. Anledningen till att man inte sökt vård är sammanställt i Tabell 23.

Tabell 23. Vilken var orsaken/orsakerna till att du inte sökte vård?

Orsak	Totalt	Män	Kvinnor
Besvären gick över	52	39	12
Hade inte råd	164	119	42
För långa väntetider	228	141	84
Tycker inte jag kan få någon hjälp	63	45	18
Kom inte fram på telefon	24	18	6
Fick inte tag på någon läkare	44	24	19
Kände inte till någon bra läkare	61	35	25
Hade inte tid	44	25	19
Ville vänta ett tag	34	26	7
Språksvårigheter	142	102	39
Ej tillgång till tolk	47	34	12
Annan orsak	15	12	3

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal).

De fem mest förekommande orsakerna till att man avstått från att söka vård även vid behov var, oberoende av kön, för långa väntetider (228), att man inte hade råd (164), språksvårigheter (142) och att man tycker att man inte kan få någon hjälp (63) samt att man inte kände till någon bra läkare (61). Bland män var de fem mest förekommande orsakerna långa väntetider (141), att man inte hade råd (119), språksvårigheter (102) och att man tycker att man inte kan få någon hjälp (45) samt att besvären gick över (39). Bland kvinnor var de fem mest förekommande orsakerna långa väntetider (84), att man inte hade råd (42), språksvårigheter (39) och att man inte kände till någon bra läkare (25) samt att man inte hade tid (19). Totalt uppgav 34 män och 12 kvinnor att de ej hade tillgång till tolk.

Tabell 24. Sökt vård men inte fått förväntad behandling/sjukvårdskontakt.

Behandling/kontakt	Totalt	Män	Kvinnor
Läkemedel	113 (23,3%)	68 (20,4%)	44 (29,7%)
Sjukgymnast	82 (18,1%)	38 (12,3%)	43 (30,9%)
Träffa läkare	192 (36,9%)	117 (32,9%)	72 (45,3%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

På frågan om man sedan flytten till Sverige sökt vård men inte fått den behandling/sjukvårdskontakt man förväntat sig uppgav 23,3 % att de inte hade fått förväntad behandling gällande läkemedel. 18,1 % uppgav detta vid sökt behandling hos sjukgymnast och 36,9 % gällande att träffa läkare. Andelen var högre bland kvinnor för alla tre svarsalternativen (Tabell 24).

Smittsamma sexuella sjukdomar och preventivmedel

83,6 % uppgav att de visste hur man kan skydda sig eller sin partner från att bli oönskat gravid. Vad gäller frågan om smittsamma sexuella sjukdomar som till exempel AIDS, klamydia, gonorré svarade 87,8 % att de visste hur man kunde skydda sig mot dessa sjukdomar. Andelen män som besvarade denna fråga positivt var 88,0 % och andelen kvinnor 86,5 %. På frågan om man hade hört talas om AIDS svarade 98,5 % ja (98,6 % män och 98,4 % kvinnor). Fler frågor om AIDS är sammanställda i Tabell 25 oberoende av kön, i Tabell 26 för män och i Tabell 27 för kvinnor.

Tabell 25. Frågor om AIDS.

Kan man få AIDS genom att äta mat från samma tallrik med en person som har AIDS?
Svar: Ja = 60 (10,5%), Nej = 433 (75,6%), Vet inte = 80 (14,0%)
Kan en person som ser frisk ut ha AIDS?
Svar: Ja = 354 (62,1%), Nej = 131 (23,0%), Vet inte = 85 (14,9%)
Kan man minska risken att få AIDS genom att inte ha samlag alls?
Svar: Ja = 355 (62,9%), Nej = 142 (25,2%), Vet inte = 67 (11,9%)
Kan man minska risken att få AIDS genom att be?
Svar: Ja = 160 (29,1%), Nej = 305 (55,6%), Vet inte = 84 (15,3%)
Kan man få AIDS genom myggbett?
Svar: Ja = 170 (30,9%), Nej = 232 (42,2%), Vet inte = 148 (26,9%)
Kan p-piller (en tablett som en kvinna äter varje dag) skydda mot AIDS?
Svar: Ja = 13 (2,4%), Nej = 438 (81,0%), Vet inte = 90 (16,6%)
Om en familjemedlem till dig blev infekterad av AIDS, skulle du hålla det hemligt?
Svar: Ja = 157 (28,3%), Nej = 289 (52,2%), Vet inte = 108 (19,5%)
Tycker du att en lärare som har AIDS, men som inte är sjuk, ska få fortsätta undervisa i en skola?
Svar: Ja = 261 (46,6%), Nej = 197 (35,2%), Vet inte = 102 (18,2%)
Skulle du undvika kontakt med en person som har AIDS?
Svar: Ja = 223 (39,5%), Nej = 254 (45,0%), Vet inte = 87 (15,4%)
Tycker du att AIDS är ett straff från gud?
Svar: Ja = 200 (35,3%), Nej = 252 (44,4%), Vet inte = 115 (20,3%)
Skulle du vara rädd för att andra ser dig besöka sjukvården för att få behandling för AIDS?
Svar: Ja = 184 (32,7%), Nej = 263 (46,8%), Vet inte = 115 (20,5%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

60 individer (10,5%) svarade på att man kan få AIDS genom att äta mat från samma tallrik som en person som har AIDS, 80 individer (14,0 %) svarade att de inte visste. 11,7 % män och 8,0 % kvinnor svarade att man kan smittas om man äter mat från samma tallrik som en smittad individ. Andelen män och kvinnor som inte visste var 13,2 % respektive 16,1 %. 23,0 % uppgav att en person som ser frisk ut inte kan ha AIDS, 14,9 % att de inte visste.

Andelen män och kvinnor som uppgav att en person som ser frisk ut inte kan ha AIDS var 21,3 % respektive 25,7 %. De som uppgav att de inte visste var 13,4 % män och 18,9 % kvinnor. 62,9 % totalt (64,2 % män och 60,7 % kvinnor) uppgav att man kan minska risken för att bli smittad genom att inte ha samlag alls. De som uppgav att de inte visste var 11,9 % oberoende av kön (10,9 % män och 13,9 % kvinnor). På frågan om man kan minska risken att få AIDS genom att be svarade 29,1 % (31,0 % män, 24,1 % kvinnor) ja och 15,3 % (14,4 % män, 17,6 % kvinnor) vet inte. Om AIDS är ett straff från gud uppgav 35,3 % (36,9 % män och 32,4 % kvinnor) ja och 20,3 % (18,2 % män, 25,6 % kvinnor) vet inte. 30,9 % uppgav att AIDS kan smitta genom myggbett (30,5 % män, 32,1 % kvinnor), 26,9 % (27,1 % män och 26,8 % kvinnor) uppgav att de inte visste. 2,4 % totalt (2,7 % män, 1,8 % kvinnor) uppgav att p-piller kan skydda mot AIDS och 16,6 % (14,9 % män, 21,0 % kvinnor) att de inte visste. 28,3 % (28,2 % män och 28,6 % kvinnor) uppgav, oberoende av kön, att de skulle hemlighålla att en familjemedlem blev infekterad av AIDS. 39,5 % (36,5 % män, 46,6 % kvinnor) skulle undvika kontakt med en smittad person.

På frågan om man skulle vara rädd att andra såg en besöka sjukvården för att få behandling för AIDS uppgav 32,7 % (31,4 % män, 36,2 % kvinnor) att det skulle de vara. 46,6 % (48,4 % män, 42,2 % kvinnor) ansåg att en AIDS-sjuk lärare ska få fortsätta undervisa i en skola. Andelen som inte ansåg detta var 35,2 % (34,0 % män, 37,6 % kvinnor). 61,3 % uppgav att de inte visste vart man ska gå om man vill göra ett test för att se om man har AIDS. Andelen kvinnor som uppgav att de inte visste var högre än andelen män, 73,9 % respektive 55,6 %.

Tabell 26. Frågor om AIDS, män.

Kan man få AIDS genom att äta mat från samma tallrik med en person som har AIDS?
Svar: Ja = 46 (11,7%), Nej = 295 (75,1%), Vet inte = 52 (13,2%)
Kan en person som ser frisk ut ha AIDS?
Svar: Ja = 254 (65,3%), Nej = 83 (21,3%), Vet inte = 52 (13,4%)
Kan man minska risken att få AIDS genom att inte ha samlag alls?
Svar: Ja = 247 (64,2%), Nej = 96 (24,9%), Vet inte = 42 (10,9%)
Kan man minska risken att få AIDS genom att be?
Svar: Ja = 116 (31,0%), Nej = 204 (54,5%), Vet inte = 54 (14,4%)
Kan man få AIDS genom myggbett?
Svar: Ja = 115 (30,5%), Nej = 160 (42,4%), Vet inte = 102 (27,1%)
Kan p-piller (en tablett som en kvinna äter varje dag) skydda mot AIDS?
Svar: Ja = 10 (2,7%), Nej = 303 (82,3%), Vet inte = 55 (14,9%)
Om en familjemedlem till dig blev infekterad av AIDS, skulle du hålla det hemligt?
Svar: Ja = 107 (28,2%), Nej = 201 (52,9%), Vet inte = 72 (18,9%)
Tycker du att en lärare som har AIDS, men som inte är sjuk, ska få fortsätta undervisa i en skola?
Svar: Ja = 185 (48,4%), Nej = 130 (34,0%), Vet inte = 67 (17,5%)
Skulle du undvika kontakt med en person som har AIDS?
Svar: Ja = 140 (36,5%), Nej = 182 (47,4%), Vet inte = 62 (16,1%)
Tycker du att AIDS är ett straff från gud?
Svar: Ja = 142 (36,9%), Nej = 173 (44,9%), Vet inte = 70 (18,2%)
Skulle du vara rädd för att andra ser dig besöka sjukvården för att få behandling för AIDS?
Svar: Ja = 120 (31,4%), Nej = 188 (49,2%), Vet inte = 74 (19,4%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

På frågan om man hört talas om kondomer svarade 35 respondenter, motsvarande 5,4 % nej. Jämfört mellan män och kvinnor är resultatet 11,6 % kvinnor och 2,7 % män. 70,4 % uppgav att man kan minska risken för att få AIDS om man använder kondom varje gång man har samlag. 21,4 % uppgav att de inte visste och 8,2 % att man inte kan minska risken. 84,0 % svarade ja på frågan om användning av kondom vid samlag skyddar mot oönskade graviditeter, 5,2 % svarade nej och 10,8 % svarade att de inte visste. Högre

andel kvinnor svarade att de inte visste (16,9 %) än andelen män (8,1 %). 88,1 % män och 75,0 % kvinnor svarade ja på denna fråga. På frågan om man hört talas om p-piller som skydd mot oönskade graviditeter svarade 90,0 % ja. Jämfört mellan män och kvinnor var denna andel något högre bland kvinnor (92,7 %) än bland män (88,9 %). 84,5 % uppgav att de inte tyckte att deras kultur hindrade dem från att använda preventivmedel. Andelen män (84,5 %) och kvinnor var snarlika (84,1 %).

Tabell 27. Frågor om AIDS, kvinnor.

Kan man få AIDS genom att äta mat från samma tallrik med en person som har AIDS?
Svar: Ja = 14 (8,0%), Nej = 132 (75,9%), Vet inte = 28 (16,1%)
Kan en person som ser frisk ut ha AIDS?
Svar: Ja = 97 (55,4%), Nej = 45 (25,7%), Vet inte = 33 (18,9%)
Kan man minska risken att få AIDS genom att inte ha samlag alls?
Svar: Ja = 105 (60,7%), Nej = 44 (25,4%), Vet inte = 24 (13,9%)
Kan man minska risken att få AIDS genom att be?
Svar: Ja = 41 (24,1%), Nej = 99 (58,2%), Vet inte = 30 (17,6%)
Kan man få AIDS genom myggbett?
Svar: Ja = 54 (32,1%), Nej = 69 (41,1%), Vet inte = 45 (26,8%)
Kan p-piller (en tablett som en kvinna äter varje dag) skydda mot AIDS?
Svar: Ja = 3 (1,8%), Nej = 129 (77,2%), Vet inte = 35 (21,0%)
Om en familjemedlem till dig blev infekterad av AIDS, skulle du hålla det hemligt?
Svar: Ja = 48 (28,6%), Nej = 85 (50,6%), Vet inte = 35 (20,8%)
Tycker du att en lärare som har AIDS, men som inte är sjuk, ska få fortsätta undervisa i en skola?
Svar: Ja = 73 (42,2%), Nej = 65 (37,6%), Vet inte = 35 (20,2%)
Skulle du undvika kontakt med en person som har AIDS?
Svar: Ja = 81 (46,6%), Nej = 69 (39,7%), Vet inte = 24 (13,8%)
Tycker du att AIDS är ett straff från gud?
Svar: Ja = 57 (32,4%), Nej = 74 (42,0%), Vet inte = 45 (25,6%)
Skulle du vara rädd för att andra ser dig besöka sjukvården för att få behandling för AIDS?
Svar: Ja = 63 (36,2%), Nej = 71 (40,8%), Vet inte = 40 (23,0%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

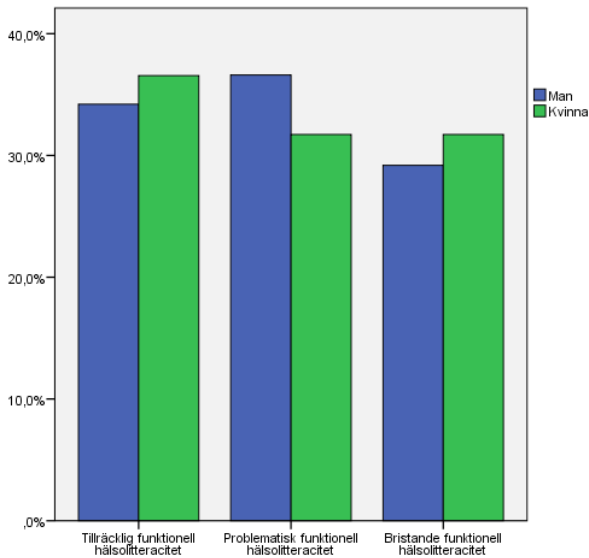
Hälsoinformation

Resultatet av frågor gällande grad av hälsolitteracitet resulterade i följande:

- Tillräcklig funktionell hälsolitteracitet: 214 (35,1 %)
- Problematisk funktionell hälsolitteracitet: 213 (34,9 %)
- Bristande funktionell hälsolitteracitet: 183 (30,0 %)

Andelen män och kvinnor med tillräcklig funktionell hälsolitteracitet var 34,2 % respektive 36,6 %. Andelen med problematisk hälsolitteracitet var bland männen 36,6 % och bland kvinnorna 31,7 % (Figur 17).

Figur 17. Grad av hälsolitteracitet uppdelad efter kön.



BORTFALLSANALYS

Detaljerad bortfallsanalys var inte möjlig för studien eftersom alla respondenter varit anonyma. Svarsfrekvensberäkningen resulterade i en svarsfrekvens på 39,5% ± 0.5. En ungefärlig bortfallsanalys har dock varit möjlig att genomföra genom att jämföra undersökningens data med existerande data från Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingen för statistik över antalet nyinskrivna i etableringsuppdragen. Eftersom denna statistik innefattar bland andra variablerna kön, ålder och utbildningsnivå har en analys kunnat utföras. Då det tar olika lång tid från att ha blivit nyinskriven på Arbetsförmedlingen till att få samhälls- och hälsoinformation bör analysen betraktas som en skattning av bortfallsegenskaperna. Bortfallsanalysen baseras på Arbetsförmedlingen data för kalenderåret 2015 i Skåne län och finns sammanställd i Tabell 28 och Tabell 29.

Tabell 28. Nyinskrivna i etableringsuppdraget i Skåne län under år 2015.

Ålderskategori	Kvinnor	Män	Totalt
18 - 19	48 (37,8%)	79 (62,2%)	127
20 - 24	227 (38,9%)	357 (61,1%)	584
25 - 29	220 (33,3%)	440 (66,7%)	660
30 - 39	429 (39,8%)	649 (60,2%)	1078
40 - 49	218 (40,4%)	322 (59,6%)	540
50 - 59	96 (38,9%)	151 (61,1%)	247
60 - 64	17 (35,4%)	31 (64,6%)	48

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Vad gäller kön är skillnaden mellan Arbetsförmedlingens statistik och resultatet från denna studie gällande kvinnor 38,2 % respektive 30,7 %. Vad gäller män är skillnaden 7,5 % (61,8 % Arbetsförmedlingen jämfört med 69,3 % föreliggande studie). Detta innebär att föreliggande studie inkluderar fler män och färre kvinnor. Vad gäller utbildningsnivå och specifikt förgymnasial utbildning är andelen nyinskrivna i etableringsuppdraget 50,8 % jämfört med 26,0 %. För gymnasial utbildning är 20,7 % nyinskrivna jämfört med 23,7 % i föreliggande studie. 50,3 % av respondenterna rapporterade eftergymnasial utbildning i denna studie jämfört med 28,5 % bland nyinskrivna. I fråga om ålder är andelen nyinskrivna 91,0 % i gruppen 18-49 år och 74,6 % i gruppen 18-39 år jämfört med 77,0 % i föreliggande studie i gruppen 18-44 år. Föreliggande studie inkluderar således en högre andel äldre än 44 år.

Tabell 29. Nyinskrivna i etableringsuppdraget i Skåne län under år 2015.

Utbildningsnivå	Kvinnor	Män	Totalt
Förgymnasial utbildning	680 (40,8%)	988 (59,2%)	1668
Gymnasial utbildning	265 (38,9%)	416 (61,1%)	681
Eftergymnasial utbildning	310 (33,2%)	625 (66,8%)	935

Resultaten presenteras i form av frekvenser (antal) och andelar (%).

Sammanfattningsvis dras slutsatsen att för föreliggande studie råder följande egenskaper:

- Underrepresentation av kvinnor
- Överrepresentation av äldre
- Underrepresentation av de med förgymnasial utbildning
- Överrepresentation av de med eftergymnasial utbildning

DISKUSSION

De nyanlända mår i många avseenden bra. Den självrapporterade hälsan bedöms bra eller mycket bra av majoriteten. De flesta av respondenterna kommer från Syrien, har högre utbildningsnivå och har huvudsakligen varit bosatta i storstäder och är gifta. De vanligast förekommande hälsoproblemen är allergi, högt blodtryck, astma och diabetes samt huvudvärk, buksmärtor, muskel- och skelett samt synnedsättning. Livsstilsfaktorer som utgör en hälsorisk är övervikt och fetma samt fysisk inaktivitet och rökning. De mest dagligen använda läkemedlen är blodtryckssänkande, smärtstillande och magsårsmedicin. Var femte sover dåligt eller mycket dåligt och varannan har dålig eller mycket dålig tandhälsa. De flesta ägnar veckovis ingen tid eller mindre än 30 minuter åt fysisk aktivitet. Var tionde ser mörkt eller mycket mörkt på framtiden. Något mindre än två tredjedelar har inte blivit kränkta under tiden i landet men något fler än hälften har varit utsatta för allvarliga hot året innan flykten. Mycket stort förtroende för samhällsinstitutioner varierar, högst är förtroendet för polisen, Försäkringskassan, domstolar, Arbetsförmedlingen, skola och kommunen. Inte särskilt stort förtroende har de nyanlända för sjukvården och tolkar. Majoritet har haft ett avlönat arbete innan flykten och ungefär var femte har hälsoproblem som hindrar dem att aktivt söka jobb. Majoriteten upplever ingen eller någon enstaka gång ekonomisk stress. Dock har väldigt få en kontantmarginal att klara en oförutsedd situation. Hälften är trångbodda och enbart var tredje har ett hyreskontrakt utan borgenär. Två tredjedelar har fått hälsosamtal sedan flytten till Sverige. Majoriteten har varit i behov men inte sökt vård och de vanligaste anledningarna har varit långa väntetider, att man inte hade råd och språksvårigheter. Kunskapen

om sexuellt överförbara sjukdomar och preventivmedel är bristfällig i några avseenden. Nästan två tredjedelar lider av bristande eller problematisk förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation.

Resultatdiskussion

De nationella och regionala folkhälsundersökningarna är ett viktigt redskap i att förstå och följa hälsoläget och aktuella hälsofrågor. Dessa undersökningar är återkommande och kan på så sätt kartlägga förändringar i hälsorelaterade utfall. Folkhälsundersökningarnas resultat är en viktig kunskapskälla för hälso- och sjukvården men också för beslutsfattare i olika verksamheter. Data från den senaste regionala folkhälsundersökningen är den mest omfattande och tillförlitliga data som finns för regionen och är sammanfattad i den rapport som publicerats av Region Skåne år 2013 (35). Undersökningen är en viktig källa för kartläggning och uppföljning av folkhälsan i Skåne generellt men också för den del av den skånska populationen som är född utomlands. Undersökningen har dock vissa begränsningar när det gäller utrikesfödda, eftersom individer bosatta i Skåne utan tillräckliga kunskaper i det svenska språket indirekt inte kommer med i undersökningen. Individer med begränsad kunskap i det svenska språket kan dessutom uppleva svårigheter att förstå innebörden av frågor i en hälsoenkät. Dessa begränsningar är inte unika för just denna undersökning utan förekommer i andra undersökningar av detta slag. Hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet och allt som rör hälsa och dess utveckling bör i minsta möjliga mån begränsas av språksvårigheter. Med detta i åtanke kan föreliggande studie ses som ett komplement främst till den regionala men också till de nationella folkhälsundersökningarna. Det faktum att det till viss del förekommer frågor av samma slag i föreliggande undersökning och den regionala folkhälsundersökningen möjliggör jämförelser över tid för de utrikesfödda men också jämförelser med den övriga populationen i Skåne. Det som ur en hälsofrämjande etablering och inkludering är mest angeläget är föreliggande studies mål att bistå alla parter verksamma inom etableringen till att bland annat öka kompetenser, utveckla metoder men också att förstå rådande skillnader och likheter i hälsofrågor mellan de nyanlända och den övriga befolkningen i Skåne och i riket. Därför är den naturliga följderna att föreliggande studies resultat främst placeras i ett regionalt sammanhang.

Jämförelser med folkhälsoundersökningen i Skåne 2012

Föreliggande studie besvarades mestadels av arabisktalande nyanlända mellan 18 och 44 år med högst andel män. Den senaste folkhälsoundersökningens deltagare har övervägande varit över 44 år och fler kvinnor än män har deltagit i undersökningen (35). Övervikt och fetma observerades till något högre andel bland nyanlända män jämfört med övriga män i Skåne. Vad gäller nyanlända kvinnor var andelen med övervikt eller fetma högre än andelen med övervikt eller fetma bland övriga kvinnor i Skåne. Daglig rökning är betydligt mer vanligt bland nyanlända män. För kvinnor observerades det motsatta, det vill säga andelen dagliga rökare var vanligare bland övriga kvinnor i Skåne. Resultatet beträffande fysisk aktivitet i den skånska folkhälsoundersökningen visade att ungefär 15 % var fysiskt aktiva i låg grad. Jämfört med detta resultat är andelen nyanlända med låg grad av fysisk aktivitet betydligt högre. Denna trend observerades också i folkhälsoundersökningen i Skåne i jämförelse med födelseland vilket resulterade i att de födda utanför Europa var mest fysiskt inaktiva. Alkoholkonsumtion, mer specifikt, riskkonsumtion av alkoholhaltiga drycker är betydligt vanligare bland den övriga befolkningen i Skåne än bland nyanlända där majoriteten uppger att de mer sällan eller aldrig varit berusade de senaste 12 månaderna.

Självrapporterad hälsa bland nyanlända ligger i linje med både den senaste nationella och regionala folkhälsoundersökningen (34,35). På frågan om förändring av hälsotillståndet sedan permanent uppehållstillstånd beviljats rapporterade flertalet ingen förändring eller förändring till det bättre. På frågan om förändring av hälsotillståndet sedan flytten till Sverige rapporterade en tredjedel dock en negativ förändring det vill säga förändring till det sämre. Tidigare studie baserad på den senaste regionala folkhälsoundersökningen observerade att födelseland och vistelsetid är betydelsefulla faktorer för självrapporterad hälsa och att observerade skillnader mellan inrikes- och utrikesfödda inte kunde förklaras av utbildningsgrad (42). De som anser att den egna insatsen för att påverka sin egen hälsa är mycket betydelsefull är lägre bland nyanlända än den regionala folkhälsoundersökningens resultat där det inte finns en skillnad mellan könen vilket observerats i föreliggande studie. De nyanlända uppger något lägre livskvalitet överlag och beroende av kön. Störst skillnad observerades bland kvinnor. Andelen nyanlända män med psykisk

ohälsa uppgavs vara tre gånger så stor jämfört med övriga män i Skåne. Bland kvinnor var denna skillnad något lägre vilket innebär en 2,1 gånger högre andel.

Vad gäller hälsoproblem diagnosticerade av medicinsk personal var allergi, högt blodtryck, diabetes och astma vanligast förekommande bland nyanlända. Jämfört med åldersgruppen 18-44 år i folkhälsoenkäten ligger detta i linje med vad som observerats i Skåne 2012 (35), förutom att i Skåne är astma näst vanligast förekommande besvär. Ett viktigt resultat är att en stor andel nyanlända rapporterar andra än de förspecifierade hälsobesvärerna. Andelen med långvarig sjukdom, besvär eller nedsatt funktion är i stort det som gäller för den övriga populationen i Skåne. Något fler nyanlända har en funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen i Skåne. Vad gäller användning av läkemedel bland nyanlända män var smärtstillande med och utan recept, magsårsmedicin och blodtryckssänkande samt medicin mot astma/allergi vanligast. Jämfört med den övriga befolkningen skiljer sig nyanlända gällande blodtryckssänkande som för den övriga populationen hamnar på andra plats. I övrigt kan det sammanfattas att liknade mönster observerats i båda undersökningarna bland män. Bland kvinnor är skillnader i användningen av blodtryckssänkande lägre vilket också gäller medicin mot astma/allergi. Betydlig högre andel nyanlända kvinnor använder smärtstillande med recept. Överlag observeras samma mönster som bland övriga kvinnor i Skåne.

I fråga om otillfredsställda vårdbehov det vill säga att ha varit i behov av men inte sökt vård är denna andel betydligt högre bland nyanlända män än män i den övriga befolkningen (71 % jämfört med 17 %) och bland kvinnor (78 % jämfört med 19 %). Den övriga befolkningen i Skåne uppger att de ville vänta ett tag som den främsta anledningen följt av att de inte kunde få hjälp eller att de inte hade råd vilket skiljer sig i jämförelse med nyanlända som främst anger långa väntetider, hade inte råd och språksvårigheter som de tre främsta anledningarna. Det visade sig också att andelen med inget eller inte särskilt stort förtroende för sjukvården var betydligt högre bland nyanlända än den övriga befolkningen i regionen (59 % jämfört med ungefär 26 %).

Andelen nyanlända som rapporterar mycket dålig sömn är något lägre än den övriga befolkningen. Det är dock viktigt att notera att den ställda frågeställningen i respektive undersökning skiljer sig åt. I föreliggande studie lyder frågan ”Hur tycker du att du sover?” och i folkhälsoundersökningen lyder frågan ”Har du under de senaste 14 dagarna störts av sömnbesvär eller sömnproblem och hur besvärad har du i så fall varit av dem?”. I folkhälsoundersökningen är andelen mycket besvärade strax under 10 %. Vidare, nyanlända är i betydligt större omfattning ofta stressade jämfört med den övriga befolkningen. Skillnaden är tydlig både för nyanlända män och för nyanlända kvinnor. Trångboddhet eller tre personer per rum eller mer (kök, hall och badrum inkluderas inte i definitionen) är betydligt mer omfattande bland nyanlända. De nyanlända är trångbodda i betydligt större utsträckning än den övriga befolkningen (51 % jämfört med ca 3 %).

De nyanlända rapporterar dålig tandhälsa i stor utsträckning. Vad gäller behovet av att söka tandläkarvård men att inte ha sökt vård visade sig vara betydligt högre bland nyanlända (78 % jämfört med omkring 15 % bland den övriga befolkningen i Skåne). Anledningen till att inte ha sökt vård var att man inte har råd i båda undersökningarna. Nyanländas tillit till de flesta människor är låg och en betydande skillnad råder jämfört med den övriga befolkningen. Betydligt fler nyanlända män har blivit behandlade så att de känt sig kränkta jämfört med folkhälsoundersökningen. Nyanlända kvinnor uppger detta i något större utsträckning.

Något högre andel nyanlända kvinnor upplever ekonomisk stress. Vad gäller män är omfattningen den samma i båda grupperna. Jämförelser gällande sysselsättning är inte möjliga eftersom deltagare i föreliggande studie är under etableringsprocessen. Det är dock viktigt att lyfta fram att mer än två tredjedelar haft ett förvärvsarbete med lön innan flytten till Sverige. Var tionde uppgav att de förvärvsarbetat med lön eller haft en inkomst utöver etableringsstödet. Nästan var femte uppgav att de vid tiden för enkätbesvarandet haft hälsoproblem som gjort att de inte kunnat vara aktivt jobbsökande.

Att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation är för majoriteten nyanlända i undersökningen antingen problematisk eller bristande. Författarna av föreliggande rapport känner inte till att hälsolitteracitet funnits med i någon folkhälsoenkät i Sverige. Därför är jämförelser av detta slag inte möjliga i en nationell eller regional kontext. Det är dock möjligt att reflektera över den betydelse hälsolitteracitet har för asylsökande och nyanlända inte minst i samband med hälsoundersökningar. Betydelsen av att ta till sig, förstå och tillämpa hälsorelaterad information i samband med hälsoundersökningar det vill säga både innan och under tiden för undersökningen har nyligen observerats (66).

Det är dock viktigt att påpeka att ovan beskrivna jämförelser grundas på observerade resultat bland deltagare i denna undersökning och deltagare i den senaste regionala folkhälsoundersökningen. I detta sammanhang är det därför högst angeläget att betona den främsta skillnaden som råder mellan dessa två undersökningar nämligen respondenternas ålder. Föreliggande undersökning inkluderar mestadels yngre respondenter, det vill säga de mellan 18 och 44 år att jämföra med den senaste regionala folkhälsoundersökningen vilkas deltagare varit övervägande över 44 år. Det finns således skäl att förmoda att observerade skillnader i hälsa och hälsorelaterade riskfaktorer hade varit något annorlunda om åldersfördelningen bland deltagarna i föreliggande undersökning varit mer lik deltagarna i den regionala undersökningen.

Jämförelser i ett bredare sammanhang

Andelen med god eller mycket god självrapporterad hälsa i föreliggande studie är högre än vad som observerats i studien om nyanlända irakier i Sverige (48). Självrapporterad hälsa i relation till ålder vid flytt till Sverige samt vistelsetid i landet och utbildning har tidigare studerats och resultaten i dessa studier skiljer sig något (42,43). På frågan om förändring av hälsotillståndet sedan permanent uppehållstillstånd beviljats rapporterade två tredjedelar av respondenterna i föreliggande studie ingen eller en förändring till det bättre. Vidare, föreliggande studie observerade att de nyanlända rapporterar att de haft ett behov av att söka tandläkarvård men att de inte gör det. Detta är i linje med vad som observerats bland migranter

i Danmark för tandläkarvård men däremot inte för övrig vård (67). Att övervikt och fysisk inaktivitet observerats bland nyanlända i föreliggande studie överensstämmer men vad som tidigare observerats i Malmö (44,60).

Sammanfattningsvis kan diskussionen ovan summeras i att specifika hälsoaspekter som självrapporterad hälsa, sjukdomar och läkemedel ligger i linje med den övriga befolkningen i Skåne. Oroväckande skillnader gäller främst psykisk ohälsa och tandhälsa. Oroväckande rön gäller också ett antal livsstils- och sociala bestämningfaktorer. En del av dessa faktorer är delvis individbaserade såsom övervikt, rökning och fysisk inaktivitet. Andra är mer på en samhällsnivå såsom bostad, ekonomisk stress, otillfredsställda vårdbehov, okunskap om hälso- och sjukvård men också förtroende för olika samhällsinstitutioner. För att främja hälsa på en strukturell nivå och preventivt arbeta mot oönskade negativa hälsoförändringar är det nödvändigt att i tid bemöta olika samhällsfaktorer som har en negativ påverkan på hälsa, det vill säga sociala bestämningfaktorer. Vikten av dessa faktorer och dess betydelse för hälsa har utförligt beskrivits av WHO:s oberoende kommission för hälsans sociala bestämningfaktorer (28). I linje med detta har Malmökommissionen gjort ett antal rekommendationer för att bemöta ojämlikhet i hälsa i Malmö (68). Bland dessa är rekommendationer avseende att minimera skillnader gällande levnadsvillkor, arbete, boendemiljö och hälso- och sjukvård (68). I detta sammanhang är resultaten i föreliggande rapport oroväckande. Det som omedelbart behöver bemötas är arbetslöshet, trångboddhet, osäker boendesituation, låg tillit och lågt förtroende för samhällsinstitutioner.

Resultat i relation till mottagande och etablering av flyktingar
Kartläggningens olika resultat kan uppfattas leda till en generell slutsats om att de nyanländas hälsa utgör en god grund för en etableringsprocess. Grunden för denna slutsats går att finna i resultaten som rör parametrar som egenrapporterad hälsa och förekomsten av hälsoproblem i form av diagnosticerade och icke diagnosticerade sjukdomar och besvär. Detta är i delar riktigt men resultatet bör samtidigt förstås i relation till en definition av hälsa som inte enbart innefattar en avsaknad av olika sjukdomar utan också avser levnadsvanor- och

villkor som till viss del är individbaserade men också beroende av förutsättningarna i omgivningen. Psykisk ohälsa utgör en belastning för varannan nyanländ. Ett flertal riskfaktorer för framtida sjukdom är vanligt förekommande såsom livsstilsrelaterade faktorer som rökning, fysisk aktivitet och övervikt. Riskfaktorer inkluderar också trångboddhet, otillfredsställda vårdbehov, låg tillit samt svagt förtroende för vissa samhällsinstitutioner som sjukvården och tolkar.

Att förutsätta att nyanlända flyktingar har den kunskap det svenska hälso- och sjukvårdssystemet indirekt kräver är ett felaktigt antagande, vilket också bekräftas av kartläggningens resultat gällande häso-litteracitet. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kräver en hög nivå av kunskap för att kunna ta till sig, förstå och nyttja häso-relaterad information. Detta förutsätter att man bemästrar språket eller att informationen är tillgänglig på modersmålet. I detta sammanhang är det viktigt att påpeka att det inte är självklart för den nyanlända flyktingen att självmant söka information om aktuella eller framtida behov då det ofta kräver kunskap för att kunna avgöra behoven. Inläring av ett nytt språk och etableringens progression försvåras utan en god hälsa. Samhällsorienteringen är en obligatorisk del av etableringsstödet och utgör därför en viktig beståndsdel för en effektiv etablering. Då en god hälsa är en förutsättning för en god etablering bör häso-kommunikation ingå i samhällsorienteringen. Det gör den på några platser i landet medan andra saknar detta tillägg. Hur samhälls- och häso-kommunikation delges skiljer mellan olika delar i landet (69,70). Skillnaden kan återspeglas i innehållet men också i kommunikatörernas utbildningsbakgrund och förmåga. Eftersom ett preventivt arbete i häsofrågor kan leda till flera positiva effekter, såsom att stärka individens möjligheter att bibehålla en god hälsa och undvika risker för ohälsa, att effektivisera etableringsprocessen samt att sänka häso- och sjukvårdskostnader är betydelsen och nyttan av häso-kommunikation kopplat till samhällsorienteringen och dess olika former självfallen. Däremot behöver former standardiseras och professionen samhälls- och häso-kommunikation professionaliseras (16). Professionalisering bör omfatta grundläggande kunskap i bland annat folkhälsovetenskap, samhällskunskap och kommunikation. Föreliggande studies resultat utgör ett viktigt kunskapstillskott för alla kommunikatörer och verksamheter som i sin dagliga verksamhet möter nyanlända i behov av nödvändig och i flera avseenden

avgörande kunskap för en effektiv etablering. En kvalitetssäkrad hälsokommunikation kan tveklöst bidra till en hälsofrämjande och inkluderande, och därmed mer, effektiv etablering. En viktig förutsättning är dock att det ges förutsättningar för professionen inom samhällsorientering och samhälls- och hälsokommunikation att genom en behovsanpassad utbildning få de redskap den idag kan sakna.

Metoddiskussion

Den för studien valda designen var en tvärsnittsundersökning över en period på ett år. Urvalsmetoden har valts till totalurval. Under planeringsarbetet utvärderades flertalet metodologiska upplägg. Att distribuera enkäten på svenska bedömdes tidigt inte vara lämpligt då få bemästrar språket så tätt inpå flykten till Sverige. De vanligaste språken bland de nyanlända vid tiden för undersökningens planering och uppstart var arabiska, dari, pashto och somaliska vilket också mätinstrumentet fastställdes på. Ett annat upplägg var att distribuera enkäter med vanlig post vilket också avstyrdes tidigt då de nyanlända ofta flyttar och kan vara skrivna på andra adresser. Detta avväjdes eftersom det säkerligen hade lett till en oönskad låg svarsfrekvens. Metoden som valdes för enkätutdelning var att utdelningen av enkäterna i pappersform skulle ske i samband med samhällsorienteringen. På så sätt ökade chanserna att nå ut till alla i etableringen och samtidigt bjuda in de nyanlända till att delta i undersökningen. En metod som också övervägdes i stället för pappersenkät var en digital enkät, men på grund av begränsade ekonomiska förutsättningar ansågs detta tillvägagångssätt inte genomförbart men hade särskilt underlättat för de med skriv- och lässvårighet. För att underlätta för nyanlända med dessa svårigheter anpassades enkäten i möjligaste mån, enkätens omfattning reducerades och en del svarsalternativ förenklades. Trots denna anpassning och möjlighet blev resultatet att väldigt få om några valde att fylla i denna enkät. Detta leder till slutsatsen att föreliggande studie är mer representativ för de med högre utbildningsnivå. Den valda metoden blev enkäter i pappersform som förpackades i adresserade och frankerade kuvert. Utdelningsförfarandet baserades på att samhälls- och hälsokommunikatörer distribuerade enkäter och informerade om undersökningen. På så sätt har den absoluta majoriteten av de nyanlända i etableringen kunnat bjudas in.

Svarsfrekvensen resulterade i att 681 enkäter erhöjts bland minst 1700 och högst 1740 utdelade. Anledningen till att antalet utdelade enkäter inte är exakt beror på flera orsaker. Deltagare kan vid de olika tillfällena för enkätutdelningen varit sjuka eller kan på grund av andra skäl ha uteblivit från mötena. En annan orsak kan vara att samhälls- och hälsokommunikatörer missat att dela ut enkäter. Därför kan ovan redovisade siffror gällande antalet utdelade enkäter vara överskattade vilket leder till en underskattning av den beräknade svarsfrekvensen. En annan orsak till denna observation är att uträkningen baserats på dagsspecifika närvarolistor för de olika knutpunkterna. Svarsfrekvensen resulterade i 39,5 % med en osäkerhet på 0,5 enligt ovan redovisade siffror.

Den senaste folkhälsoundersökningen i Skåne resulterade i en 54,8 % svarsfrekvens oberoende av kön. Jämförelsen mellan män och kvinnor i detta avseende resulterade i en högre svarsfrekvens bland kvinnor. Uppdelat på födelseland besvarades enkäten mest det vill säga högst svarsfrekvens av inrikesfödda (55,2 %) följt av övriga norden (46,8 %) och övriga Europa (33,9 %) samt de födda utanför Europa (25,4 %) (35). Svarsfrekvensen för studien om nyanlända irakier resulterade i ett bortfall på 49 % (svarsfrekvens 51 %) (48). Den nationella folkhälsoundersökningen noterade en oroväckande minskning överlag gällande svarsfrekvensen mellan år 2004 (bortfall 39,2 %) och år 2009 (47,9 % bortfall) (71). Bortfallet för den nationella folkhälsoundersökningen ”Hälsa på lika villkor” år 2015 var 51,2 % (svarsfrekvens 48,8 %) (72). Vad gäller svarsfrekvens för underökningarna om levnadsförhållanden (ULF/SILC) har det observerats en överlag kontinuerlig minskning mellan åren 1975 och 2015 till att vara 53,3 % (bortfall 46,7 %) för år 2015 (73). Svarsfrekvensen gällande den danska folkhälsoenkäten noterade också skillnader beroende på födelseland. De med icke-västerländsk bakgrund hade ett bortfall på 68,2 % (svarsfrekvens 31,8 %) (46). Denna företeelse observerades även av en annan dansk studie för vilken migranter deltagit i lägre grad (lägre svarsfrekvens) än inrikesfödda (54) men också i en svensk studie för vilken migranter haft ett lägre deltagande (43). Svarsfrekvens bland nyanlända noterades emellertid nyigen till 75 % i en prospektiv fall-kontroll undersökning i Västmanland (58).

Den observerade trenden under senare tid är att svarsfrekvenser sjunker för undersökningar i dessa fält. Föreliggande undersökningens svarsfrekvens är förhållandevis tillgodoenlig den regionala svarsfrekvensen (35). Det som är viktigt att ha i åtanke är att föreliggande studie har en underrepresentation av kvinnor och de med förgymnasial utbildning samt en överrepresentation av äldre och de med eftergymnasial utbildning. Utöver detta är det viktigt att tillägga att låg grad av tillit till det nya landet och dess institutioner kan ha inverkat på ett icke-deltagande av en del nyanlända. Tillit för institutioner i ett nytt land kan ta tid att bygga upp inte minst för de som flyr länder med krig och förföljelse.

En annan viktig aspekt är att undersökningen avsåg att studera hälsa bland vuxna nyanlända i etableringen. Detta har lett till att de nyanlända som av olika skäl inte kunnat få etableringsstöd indirekt exkluderats. De nyanlända som inte kommer med i etableringen är de som är allvarligt sjuka eller har någon form av avgörande begränsning. Totalt rör det sig om 224 individer för hela landet under år 2015. Detta medför att slutsatser presenterade i denna rapport inte avser de nyanlända som inte omfattas av etableringsstödet och gäller således en friskare population. En annan selektionsbegränsning omfattar alla nyanlända som på grund av att de inte blivit kommunplacerade inte kommit med i etableringen. Denna grupp har haft rätt till etableringsstöd men inte kunnat få stöd förrän bostadsfrågan lösts vilket har medfört att färre nyanlända kommit med i samhällsorienteringen under undersökningens insamlingsperiod och kan således ha lett till att ett lägre antal bjudits in till att delta. Författarna gör bedömningen att det dock inte föreligger några skäl att tro att denna grupp skiljer sig i något avseende vad gäller hälsotillstånd vid tidpunkten för beviljad asyl jämfört med den grupp som deltagit i studien. Konklusionen är således att denna selektionsbegränsning inte kan ha påverkat slutsatserna. Dock är det viktigt att notera att långvarig vistelse på anläggningsboenden kan leda till negativa förändringar gällande olika hälsoaspekter då tiden på anläggningsboenden innebär ingen egen bostad, inget etableringsstöd och inte den ekonomiska ersättning man är berättigad till som laglig medborgare i landet.

I fråga om översättningsförfarandet görs bedömningen att detta förfarande utfört med högst möjliga precision. Kvalificerade översättare har varit involverade i denna process tillsammans med språkkunniga samhälls- och hälsokommunikatörer. Utöver detta har granskningsprocessen övervakats av en projektmedarbetare med många års erfarenhet av folkhälsofrågor och enkäter. Bedömningen som görs är att översättningen inte kan, men om den haft, haft en minimal påverkan på frågornas innebörd.

En ytterligare viktig aspekt är självrapportering eller självbedömning av den egna hälso- eller hälsorelaterade förmågan. De nyanlända kan till viss del uppfatta att de befinner sig i en underordnad situation och kan därför tänkas rapportera hälsorelaterad information olik den i verkligheten rådande. Upplevelse av en underordnad situation i mötet med myndigheter tillsammans med viljan och behovet till etablering kan eventuellt också tänkas i vissa fall leda till en överskattning av den egna hälsorelaterade förmågan. Detta kan således innebära att de observerade resultaten för vissa utfall eller egenskaper inte är lika positivt förankrade i verkligheten.

SAMMANFATTNING

De nyanländas hälsotillstånd är överlag i linje med den övriga befolkningen i Skåne. Självrapporterad hälsa, en del hälsobesvär och använda läkemedel följer liknande mönster. En klar förbättring i upplevelsen av ens bäst tänkbara liv sedan flytten till Sverige har iakttagits. Huvudparten av deltagarna i föreliggande studie har en högre utbildningsnivå, har tidigare erfarenhet av förvärvsarbete och har långsiktiga planer på att stanna i Sverige. De flesta ser ljus eller mycket ljus på framtiden och ser sig själva nå ett betydligt bättre tänkbart liv om ett år. Majoriteten anser att egen insats är mycket betydelsefull när det gäller att påverka sin egen hälsa. För de flesta har hälsotillståndet inte förändrats eller förändrats till det bättre sedan flytten till Sverige vilket är ännu tydligare efter beviljat uppehållstillstånd. Majoriteten har inte en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Övervikt och fetma samt fysisk inaktivitet och rökning är påverkbara livsstilsfaktorer som utgör en hälsorisk i denna grupp nya medborgare. Trångboddhet, osäker bostadssituation, låg tillit och lågt förtroende för samhällsinstitutioner är vanligt förekommande bland nyanlända. Trots att majoriteten inte upplever ekonomisk stress har få en kontantmarginal att klara oförutsedda situationer. Nästan var femte har ett hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande. Mer än hälften har varit utsatta för allvarliga hot om våld innan flykten och nästan varannan lider av dålig psykisk hälsa. Mer än en tredjedel har känt sig kränkta eller dåligt bemötta under tiden i landet. Var femte vet inte vart man vänder sig vid behov av hälso- och sjukvård. De nyanlända upplever en lägre livskvalitet än den övriga populationen i Skåne. Problematisk och bristande förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation är vanligt förekommande bland de nyanlända.

REKOMMENDATIONER

För att gagna en hälsofrämjande inkludering och etablering i samhället förslår författarna följande rekommendationer.

Strukturella insatser, insatser på samhällsnivå bör uppmärksammas:

- Att verksamheter som erbjuder stöd i olika former bör anpassa sina insatser efter de behov som observerats i studien
- Att erhållna rön används som underlag för evaluering av rådande riktlinjer och insatser inom verksamheter verksamma i bemötandet och etableringen av nyanlända
- Att de nyanlända med högre utbildningsnivå ur ett hälsoperspektiv har en god utgångspunkt för sin etablering
- Att det rådande hälsotillståndet bland nyanlända bemöts med förbättrade sociala villkor för att motverka en försämring i hälsa som:
 - Trångboddhet
 - Osäker bostadssituation
 - Effektiv etablering på arbetsmarknaden
 - Tillgång till utbildning
 - Förutsättningar för delaktighet

Vårdgivare behöver särskilt uppmärksamma:

- Psykisk ohälsa och otillfredsställda vårdbehov bland nyanlända
- Att många varit utsatta för allvarliga hotelser om våld innan flykten
- Preventivt arbete gällande livsstilsfaktorer som rökning, fysisk inaktivitet och övervikt
- Att majoriteten av dagliga rökare vill sluta röka
- Problematisk tandhälsa
- Det rådande låga förtroende som de nyanlända har för sjukvården och tolkar
- Att betydande antal inte fått hälsosamtal eller hälsoundervisning sedan flytten till Sverige
- Att betydande antal uppger försämrad hälsa sedan flytten till Sverige
- Att rådande hälsolitteracitet bland nyanlända är problematisk och bristande
- Att mer än var femte har en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning
- Att nästan var femte inte blivit vaccinerad och att var tionde inte vet om de blivit vaccinerade
- Att många känner sig stressade i sin vardag

Etableringshandläggare behöver särskilt uppmärksamma:

- Att majoriteten har erfarenhet av förvärvsarbete från hemlandet
- Att de flesta ser ljus på framtiden och har långsiktiga planer på att stanna i Sverige
- Att var femte har hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande
- Det rådande låga förtroende som de nyanlända upplever särskilt för tolkar

- En låg tillit till andra människor
- Att många nyanlända har dålig psykisk hälsa
- Att många känner sig stressade i sin vardag

Samhällsorientering/Samhälls- och hälsokommunikation behöver särskilt uppmärksamma:

- Att de nyanlända anser att den egna insatsen för att påverka sin egen hälsa är mycket betydelsefull
- Att utveckla metoder för att stärka de nyanländas möjlighet till bättre kontroll över sin hälsa
- Att oroväckande levnadsvanor bland nyanlända är rökning, fysisk inaktivitet och övervikt
- Att rådande hälsolitteracitet bland nyanlända är problematisk och bristande
- Att kunskapen kring AIDS i några avseenden är bristfällig
- Otillfredsställda vårdbehov och okunskap om vården
- Förtroendet för olika samhällsinstitutioner särskilt för institutioner med lågt förtroende som sjukvården och tolkar
- Behovet av kompetenshöjning och professionalisering av professionen samhälls- och hälsokommunikatörer

REFERENSER

- (1) Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 2008:344. Stockholm: Justitiedepartementet L7.
- (2) Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.
- (3) Migrationsverket. Avgjorda asylärenden beslutade av Migrationsverket, 2014. 2015; Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se>. Läst 12/9, 2016.
- (4) Migrationsverket. Avgjorda asylärenden beslutade av Migrationsverket, 2015. 2016; Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se>. Läst 12/9, 2016.
- (5) Migrationsverket. Kontrollåtgärder ger fortsatt effekt på antalet asylsökande till Sverige. Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2016/2016-07-25-Kontrollatgarder-ger-fortsatt-effekt-pa-antalet-asylsokande-till-Sverige.html>. Läst 12/10, 2016.
- (6) Migrationsverket. Migrationsverket. Vanliga begrepp när det gäller statliga ersättningar. 2014; Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Kommuner/Statlig-ersattning/Vanliga-begrepp.html>. Läst 1/10, 2016.
- (7) Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet I.
- (8) Länsstyrelsen Skåne. Partnerskap Skåne - Vi bygger framtidens integrationsprocess. Tillgänglig: <http://www.lansstyrelsen.se/skane/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/Pages/partnerskap-skane.aspx>. Läst 9/9, 2016.
- (9) Migrationsverket. Inkomna ansökningar om asyl, 2015. 2016; Tillgänglig: <http://www.migrationsverket.se>. Läst 12/9, 2016.
- (10) Nationalencyklopedin. Migration. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/migration>. Läst 5/9, 2016.

- (11) Migrant Integration Policy Index (MIPEX).
Tillgänglig: <http://www.mipex.eu/>. Läst 8/9, 2016.
- (12) International Organization for Migration. Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports Genève, Schweiz: International Organization for Migration; 2016.
- (13) Migrant Integration Policy Index (MIPEX). Health. 2015;
Tillgänglig: <http://www.mipex.eu/health>. Läst 8/9, 2016.
- (14) Statskontoret. Etablering av nyanlända. En uppföljning av myndigheternas genomförande av etableringsreformen. 2012.
- (15) Integrations- och jämställdhetsdepartementet. Förordning om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. 2010.
- (16) al-Adhami Maissa. Förstudie MILSA - hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. Malmö: Länsstyrelsen Skåne; 2015.
- (17) Länsstyrelsen Skåne. Samhälls- och hälsokommunikatörer i Skåne.
Tillgänglig: <http://www.lansstyrelsen.se/skane/Sv/manniska-och-samhalle/integration/partnerskap-skane/samhallskommunikatorer/Pages/index.aspx>. Läst 07/09, 2016.
- (18) Reviderad prognos över behovet av nya bostäder till 2025 [Elektronisk resurs]. : Boverket; 2016.
- (19) Nyanländas boendesituation : delrapport. 1. uppl. red. Karlskrona: Boverket; 2015.
- (20) Regeringskansliet. Snabbspår - snabbare etablering av nyanlända. 2016;
Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/nyanlandas-etablering/snabbspar---snabbare-etablering-av-nyanlanda/>. Läst 2/9, 2016.
- (21) Vogel Joachim, Hjerm Mikael, Johansson Sven-Erik. Integration till svensk välfärd? : om invandrares välfärd på 90-talet = [Integration towards Swedish living standards? : living conditions of immigrants to Sweden in the 1990s]. Stockholm: Statistiska centralbyrån (SCB) : Arbetslivsinstitutet; 2002.
- (22) Nyanländas etablering : är statens insatser effektiva? Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
- (23) Nyanländas etablering : är statens insatser effektiva? Stockholm: Riksrevisionen; 2015. s. 9.
- (24) Nyanländas etablering : är statens insatser effektiva? Stockholm: Riksrevisionen; 2015. s. 12.
- (25) The official visitor site of Malmö, Sweden. Tillgänglig: <http://www.malmotown.com/researrangorer/article/malmo-det-sjalvklara-valet/>. Läst 5/9, 2016.

- (26) WHO definition of Health, 1948. Tillgänglig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Läst 4/10, 2016.
- (27) Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – elva målområden. 2015; Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>. Läst 1/9, 2016.
- (28) Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
- (29) van der Linde R. M., Mavaddat N., Luben R., Brayne C., Simmons R. K., Khaw K. T., et al. Self-rated health and cardiovascular disease incidence: results from a longitudinal population-based cohort in Norfolk, UK. *PLoS One* 2013 Jun 3;8(6):e65290.
- (30) Kaplan M. S., Berthelot J. M., Feeny D., McFarland B. H., Khan S., Orpana H. The predictive validity of health-related quality of life measures: mortality in a longitudinal population-based study. *Qual.Life Res.* 2007 Nov;16(9):1539-1546.
- (31) Burstrom B., Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J.Epidemiol.Community Health* 2001 Nov;55(11):836-840.
- (32) Chandola T., Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn.Health* 2000 May;5(2):151-159.
- (33) Folkhälsan i Sverige : årsrapport 2014. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
- (34) Folkhälsan i Sverige 2016 : årlig rapportering. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
- (35) Fridh M., Birgit M., Lindström M., Grahn M., Roswall M. Folkhälsorapport Skåne 2013 - en undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. : Region Skåne; 2013.
- (36) Folkhälsomyndigheten. Hälsorapport. 2016; Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/undersokningar/halsorapport/>. Läst 5/9, 2016.
- (37) Blair A. H., Schneeberg A. Changes in the 'healthy migrant effect' in Canada: are recent immigrants healthier than they were a decade ago? *J.Immigr Minor.Health.* 2014 Feb;16(1):136-142.
- (38) Hamilton T. G. The healthy immigrant (migrant) effect: In search of a better native-born comparison group. *Soc.Sci.Res.* 2015 Nov;54:353-365.
- (39) Rechel B., Mladovsky P., Deville W. Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices. *Health Policy* 2012 Apr;105(1):10-16.

- (40) Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int.Health.Hum.Rights* 2015 Oct 28;15:29-015-0064-9.
- (41) Lindert J., Ehrenstein O. S., Priebe S., Mielck A., Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc.Sci.Med.* 2009 Jul;69(2):246-257.
- (42) Zdravkovic S., Grahn M., Björngren Cuadra C. Self-reported health and country of origin. Does level of education and length of stay in Sweden make a difference? *Eur.J.Public Health* 2014 Oxford University Press;24(suppl 2).
- (43) Leao T. S., Sundquist J., Johansson S. E., Sundquist K. The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethn.Health* 2009 Feb;14(1):93-105.
- (44) Lindstrom M., Sundquist K. The impact of country of birth and time in Sweden on overweight and obesity: a population-based study. *Scand.J.Public Health* 2005;33(4):276-284.
- (45) Laban C. J., Komproe I. H., Gernaat H. B., de Jong J. T. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc.Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2008 Jul;43(7):507-515.
- (46) Christensen A. I., Ekholm O., Glumer C., Andreasen A. H., Hvidberg M. F., Kristensen P. L., et al. The Danish National Health Survey 2010. Study design and respondent characteristics. *Scand.J.Public Health* 2012 Jun;40(4):391-397.
- (47) Födelselandets betydelse : en rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
- (48) Sundell Lecerof S. Olika villkor – olika hälsa Hälsan bland irakier i åtta av Sveriges län 2008. 2010.
- (49) Daryanis A. Olika villkor - olika hälsa Hälsan bland Irakier folkbokförda i Malmö mellan 2005-2007. 2010.
- (50) Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. s. 373-390.
- (51) Stafström M., Dahlstedt I., Emmelin M., Fernbrant C., Sundell-Lecerof S. HELMI – Health, Migration and Integration. Somaliska och thailändska kvinnors hälsa och arbetsmarknadsanknytning i Sverige. 2012.
- (52) Lindstrom M., Sundquist J., Ostergren P. O. Ethnic differences in self reported health in Malmo in southern Sweden. *J.Epidemiol.Community Health* 2001 Feb;55(2):97-103.

- (53) Westman J., Martelin T., Harkanen T., Koskinen S., Sundquist K. Migration and self-rated health: a comparison between Finns living in Sweden and Finns living in Finland. *Scand.J.Public Health* 2008 Sep;36(7):698-705.
- (54) Dinesen C., Nielsen S. S., Mortensen L. H., Krasnik A. Inequality in self-rated health among immigrants, their descendants and ethnic Danes: examining the role of socioeconomic position. *Int.J.Public.Health.* 2011 Oct;56(5):503-514.
- (55) Nielsen S. S., Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *Int.J.Public.Health.* 2010 Oct;55(5):357-371.
- (56) Moullan Y., Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *Eur.J.Public Health* 2014 Aug;24 Suppl 1:80-86.
- (57) Malmusi D. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *Eur.J.Public Health* 2015 Apr;25(2):293-299.
- (58) Lofvander M., Rosenblad A., Wiklund T., Bennstrom H., Leppert J. 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. *Scand.J.Public Health* 2014 Dec;42(8):734-742.
- (59) Nayak R. K., Zdravkovic S., Janzon E. Incidence of myocardial infarction among Swedish and immigrant smoking women: can physical activity modify the risk? An epidemiological study on the Malmo Diet and Cancer Study. *Scand.J.Public Health* 2013 Nov;41(7):672-679.
- (60) Lindstrom M., Sundquist J. Immigration and leisure-time physical inactivity: a population-based study. *Ethn.Health* 2001 May;6(2):77-85.
- (61) Urban M., Burghuber O. C., Dereci C., Aydogan M., Selimovic E., Catic S., et al. Tobacco addiction and smoking cessation in Austrian migrants: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015 Jun 4;5(6):e006510-2014-006510.
- (62) Byberg S., Agyemang C., Zwisler A. D., Krasnik A., Norredam M. Cardiovascular disease incidence and survival: Are migrants always worse off? *Eur.J.Epidemiol.* 2015 May 13.
- (63) Bo A., Zinckernagel L., Krasnik A., Petersen J. H., Norredam M. Coronary heart disease incidence among non-Western immigrants compared to Danish-born people: effect of country of birth, migrant status, and income. *Eur.J.Prev.Cardiol.* 2015 Oct;22(10):1281-1289.
- (64) Manhica H., Toivanen S., Hjern A., Rostila M. Mortality in adult offspring of immigrants: a Swedish national cohort study. *PLoS One* 2015 Feb 23;10(2):e0116999.

- (65) Norredam M., Olsbjerg M., Petersen J. H., Juel K., Krasnik A. Inequalities in mortality among refugees and immigrants compared to native Danes--a historical prospective cohort study. *BMC Public Health* 2012 Sep 10;12:757-2458-12-757.
- (66) Wängdahl Josefin. Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande? [Elektronisk resurs]. Uppsala: Uppsala universitet; 2014.
- (67) Nielsen S. S., Hempler N. F., Waldorff F. B., Kreiner S., Krasnik A. Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scand.J.Public Health* 2012 May;40(3):260-270.
- (68) Malmös väg mot en hållbar framtid : hälsa, välfärd och rättvisa. 2. uppl. red. Malmö: Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö; 2013.
- (69) Samhällsorientering för nyanlända : länsstyrelsernas gemensamma redovisning. : Länsstyrelsen i Jönköpings län; 2014.
- (70) Samhällsorientering för nyanlända : länsstyrelsernas gemensamma redovisning. : Länsstyrelsen i Jönköpings län; 2015.
- (71) Boström G. Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter? https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/nationella-folkhalsoenkaten-vad_betyder_bortfallet-100330.pdf: Folkhälsomyndigheten.
- (72) Statistiska centralbyrån. Teknisk Rapport En beskrivning av genomförande och metoder "Hälsa på lika villkor" Nationellt urval. 2015; Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/>. Läst 10/9, 2016.
- (73) Statistiska centralbyrån. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 1975-2015. Tillgänglig: http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/#c_li_316695. Läst 2/10, 2016.

ISBN 978-91-7104-748-9 (tryck)

ISBN 978-91-7104-749-6 (pdf)

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE