Hälsa och integration

- en kartläggning av hälsotillståndet bland nyanlända och asylsökande

LÄNSSTYRELSEN
HALLANDS LÄN

Hälsa och integration - en kartläggning av hälsotillståndet bland nyanlända och asylsökande

Meddelande 2012:20 från Länsstyrelsen Hallands Län

ISSN 1101-1084

Text: Danica Mladenovic

Innehåll:

Forskning gällande ojämnlikhet i hälsa visar **s.3**

Hälsolitteracitet **s.7**

Ensamkommande barn – forskning visar: **s.9**

Hälsokommunikatörer – eventuellt ett nytt yrke i Halland! **s.11**

Nationella projekt gällande nyanländas hälsa **s.20**

Regionala projekt i Halland **s.21**

Samordnat regional arbete gällande hälsa och integration i Hallands län – Hur kan/ska vi arbeta vidare? **s.22**

Referenser **s.23**

Forskning gällande ojämnlikhet i hälsa visar:

"Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants- a cross-sectional register-based study" (2011) –

psykolog, PhD Anna-Clara Hollander m.fl, Karolinska Institutet, Stockholm.

Studien visar att det finns en stor riskfaktor för allvarlig psykisk ohälsa bland invandrare i ett höginkomstland (Hollander et al. 2011). Syftet med studien var att bedöma en eventuell skillnad i psykisk ohälsa mellan manliga och kvinnliga flyktingar- och övriga invandarargrupper från sex låginkomstländer i Sverige. Totalt deltog 43,168 flyktingar och övriga invandrare, varav 24,403 (56,5%) var flyktingar och 20,940 (48.5%) var kvinnor. Studiens storlek bestämdes utifrån antalet personer som uppfyllde kraven för medverkan under studiens genomförandeprocess. För att inkluderas i studien skulle personen enligt Migrationsverket och den svenska bokföringslagen uppfylla följande kriterier; vara mellan 18 och 65 år under året 2006, vara född utomlands men bosatt i Sverige, vara bosatt i Sverige mindre än tio år och att ha erhållit uppehållstillstånd antigen efter att beviljats asyl i Sverige som flykting eller genom familjeåterförening med en flykting familjemedlem i Sverige. Följande variabler användes i undersökningen; flykting, icke-flykting, ålder, civilstånd, kön, utbildning, ursprung (Afghanistan, Irak, Iran, Mellanöstern (utan Irak och Iran), Somalien och forna Jugoslavien och vistelsetid i Sverige.
Genom registerbasterad tvärsnittsdesign som metod visar resultaten att kvinnliga flyktingar från låginkomstländer är en större riskgrupp för psykisk ohälsa bland invandrarkvinnor, medan manliga flyktingar har samma risk mönster som manliga icke-flyktingar från låginkomstländer. Slutsatsen blev att orsak till migration är en viktig faktor för psykisk ohälsa bland invandrare.

"Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden" (2012) –

psykolog, PhD Anna-Clara Hollander m.fl, Karolinska Institutet, Stockholm.

Studien bygger på att framvisa kännedom gällande den höga dödligheten bland flyktinginvandrare. Forskning visar redan att flyktinginvandrare i Sverige har en sämre hälsa än resterande delen av befolkningen, men man vet inte mycket om deras dödlighet. Arbetskraftsinvandrare är inte med i undersökningen. I studien medverkar endast flyktingar och icke-flyktingar (övriga invandrare). Totalt deltog 86,395 personer i undersökningen, varav 49,3% var kvinnor och 24,2% var flyktingar. Studien startade i januari 1998 och pågick fram till personens död eller fram till slutet av studien i december 2006. Personerna som ingick i studien var mellan 18-64 år och hade fått uppehållstillstånd i Sverige mellan åren 1992-1998. Följande variabler användes i undersökningen; flykting, icke-flykting, ankomstår,

ålder, civilstånd, sysselsättningsstatus, boendestatus (bostadsområde), kön, utbildning, ursprungsland Irak, Iran och forna Jugoslavien och dödsorsak. Studien visade att manliga flyktingar i Sverige löper hög risk att dö i hjärt- och kärlsjukdomar. Några förklaringar skulle kunna vara stress under migrationsprocessen, stressen som upplevs både i hemlandet, under flykten på väg till Sverige och under asylprocessen. Stressen har en negativ effekt på den psykiska och fysiska hälsan och kan ge negativa konsekvenser även många år efter att man fått uppehållstillstånd i Sverige.

”Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt” (2005) – PhD Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad och Karin Johansson. Karolinska Institutet, Stockholm.

Syftet med denna studie var att skapa en kartläggning över integrations- och folkhälsoområdet med fokus i tillgången till viktiga resurser för hälsa och välbefinnande i olika grupper i Sverige. Studien genomfördes utifrån populationsstudier i Sverige. Frågor som levnadsvanor tas upp, bl.a. barns och äldres levnadsvanor. I en avhandling om äldres levnadsvillkor (2002) genomförd av Sonja Pudaric studerades fem riksfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar:
rökning, övervikt, fysisk inaktivitet, diabetes och högt blodtryck hos äldre personer. Det framkommer att äldre med låg socioekonomisk status hade starkt samband med alla
fem riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar, medan svenskfödda med högre inkomst rapporetrar hög fysisk aktivitet och mindre rökning (Lindencrona, 2005).
Gällande exempel på insatser för äldre personer som är födda utomlands presenterar Berleen (2003) i sin studie, verksamheter, såsom dagcenter. Flera invandrarföreningar bedriver dagcenter, där äldre personer får möjlighet att träffa andra med samma kulturella bakgrund och språk. I Uppsala kommun driver man dagcentret tillsammans med projektanställd personal, men även genom frivilliginsatser. Distriktssköterskor, arbetsterapeuter, dietister, biståndshandläggare, tandläkare och gynekologer ger målgruppen hälsoutbildning. En utvärdering har visat att antalet läkarbesök för ett antal kvinnor som studerats minskat med betydligt mer än hälften (Lindencrona, 2005). I Gottsunda har föreningen Bozorgan startat ett dagcenter för äldre iranier. En ökning har skett från 25 till 100 medlemmar, som deltar i olika aktiviteter. Utvärderingar visar att behovet av dagcenter är stort och att verksamheten fyller en stor funktion för de äldre (Berleen 2003).

År 2000 genomfördes en enkätundersökning som visade att 14 kommuner hade ett eller flera särskilda boenden med inriktning mot någon etnisk minoritetsgrupp. Våren 2002 hade 20 kommuner ett eller flera liknande boenden. Där finns personal med bred språkkompetens och olika aktiviteter anordnas, bl.a. matlag som tillagar maträtter från olika kulturer.

”Socialstyrelsens folkhälsorapport – Migration och hälsa” (2009)

Ojämnlikhet i hälsa

I folkhälsorapporten 2009 som på uppdrag av regeringen genomfördes av Socialstyrelsen introduceras ett stycke som belyser migration och hälsa. Det framgår att personer med utländsk bakgrund av många olika orsaker har en betydligt sämre hälsa än personer med svensk bakgrund. Personer som emigrerat till Sverige har i regel tagit med sig sin livsstil till det nya landet, t.ex. kost-, tobaks- och alkoholvanor. I många fall kan det ta flera år för individen att bryta ner den gamla livsstilen och anpassa sig till den nya. Men livsstilen från ursprungslandet kan spåras i invandrares sjukdomsmönster många år efter anländandet. Nyanlända flyktingar är målgruppen som skiljer sig en del från övriga grupper av invandrare. Personer som flyr från sitt hemland har oftast innan flykten levt under stor stress. Flykten utvidgar stressen ytterligare eftersom flykten ofta är omgiven av eländen och hot. Dessutom splittras många familjer i flykten under långa perioder. Efter anländandet i det nya landet utsätts målgruppen på grund av tid av ovisshet under asylprocessen av ytterligare psykisk påfrestning. Efter Den 31 december 2006 hade 17 procent av den svenska befolkningen utländsk bakgrund, dvs. personer med två utlandsfödda föräldrar (4 procent) och personer som var födda i något annat land (13 procent).

Infektioner

Många människor som flyttar från sina hemländer kommer ofta från samhällen där svåra infektioner är avsevärt vanligare än i Sverige. De vanligaste sjukdomarna är, hepatit B och C, tuberkulos och hiv. Bakterien Helicobacter pylori är en bakterie som de senaste två decennierna har blivit klargjord och den har blivit berömd för att orsaka magkatarr, magsår och blivit viktig riskfaktor för magsäckscancer. Utlandsfödda barn blir även en riskgrupp för sjukdomar som orsakas av helicobacter eftersom bakterien framförallt smittar inom familjen. Magsäckscancer är betydligt vanligare bland utlandsfödda än inlandsfödda.

Levnadsvanor

Många invandrare tar med sig levnadsvanor formade efter samhället personen flyttat från. Annorlunda matvanor samt tobak- och alkoholvanor som skiljer sig från de svenska levnadsvanorna. Passiv rökning i hemmet är något som många utlandsfödda barn blir utsatta för. I Sverige blir spädbarn till utlandsfödda föräldrar oftare utsatta för passiv rökning i hemmet än spädbarn till svenska föräldrar. Enligt SCB: s ULF-undersökningar från 2010-2011 röker utlandsfödda män mer än män födda i Sverige. Utlandsfödda personer har sämre matvanor än personer födda i Sverige och förklaringen kan vara att fiber låg kost är vanligare i samhällen utanför Sverige. Skillnaderna kan man se i förekomster av många sjudomar, bl.a. cancer i tjocktarmen som är betydligt vanligare utanför Sverige. Det nya samhället påverkar invandrarens livsstil i samband kulturförändring. Detta har upptäckts i vård av alkoholmissbruk bland barn till utlandsfödda personer. Ett mönster visar att de troligen påverkats mer än föräldrarna av de svenska alkoholvanorna.

Psykisk ohälsa

En stor del av de flyktingar som kommer till Sverige har i sina hemländer upplevt mycket skrämmande situationer och elände i samband med krig, politiskt våld, förföljelser och tortyr. Dessa upplevelser kan ofta leda till att den drabbade personen utvecklar posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Tillståndet utmärks av återkommande smärtsamma minnesbilder och störningar i hjärnans stresshanteringssystem. Upplevelserna medför även i vissa fall depression.
Studien,"*Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries*", presenterar resultat av PTSD hos flyktingar i exil i västvärlden. Resultaten visar att 8-10 procent av alla vuxna flyktingar och 7-17 procent av alla flyktingbarn i västvärlden lider av PTSD. Personer som blir drabbade av PTSD kan lida under en lång tid. Av vuxna flyktingar lider 4-6 procent av depression och nästan lika många av ångestsyndrom. Den danska studien *"Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001–2003"* visar att det är tre gånger vanligare att asylsökande vårdas på sjukhus efter självmordsförsök än att personer ur den övriga befolkningen gör det.

Diskriminering och psykisk ohälsa

Upprepade erfarenheter av diskriminerande behandlingar har en direkt påverkan på hälsan. Samtidigt kan diskriminering påverka hälsan indirekt om diskriminering leder till sämre levnadsvillkor. Enligt Statensfolkhälsoinstitutets folkhälsoenkät (2006) och Socialstyrelsens invandrarundersökning (1996) rapporterar invandrare som upplever sig diskriminerade dubbelt så ofta psykisk ohälsa jämfört med övriga invandrare. Studierna visar att diskriminering påverkar utlandföddas levandsvillkor. Exempelvis, koncentreras alltmer utlandsfödda till bostadsområden med låg status, samtidigt som andelen sverigefödda minskar i samma område. Diskriminering på arbetsmarknaden leder till arbetslöshet och lägre

inkomster. I många länder har studier visat att diskriminering leder till kronisk stress och i Sverige vårdas invandrare och barn till invandrare tre gånger så ofta som andra på sjukhus på grund av psykossjukdomar. Förklaringen kan vara de sociala faktorerna som att vara bosatt i ett bostadsområde med låg status eller låga inkomster. Dessa sociala faktorer kan sättas i förbindelse med den ökade risken för ungdomar med utländsk bakgrund att skadas i samband med våld.

Folkhälsoinsatser

Introduktionsprogram bör införas i kommunen där personen bosatt sig. Informationen ska bidra till kunskap och förståelse om hälsa, (ex. kost, tobak och alkohol), men även allmän information om det svenska samhället och språkutbildning i svenska. Personen ska även introduceras in på arbetsmarknaden, genom att erbjuda meningsfulla aktiviteter och socialt stöd till nyanlända flyktingar och asylsökande.

Hälsolitteracitet

Vad är kolesterol? Hur mycket ska jag träna? Hur ska jag ta den här medicinen? Bör jag vaccinera mig?
Varje dag får människor hälsorelaterad information som lämnar obesvarade frågor. Alla människor kan dock inte ta del av den utgivna informationen. Eftersom förståelse om hälsa och hälsokunskap är starkt relaterat till läs- och skrivkunnighet. Att kunna läsa, skriva och räkna är grunden till förståelse. Men många människor saknar fortfarande läs- och skrivkunskaper. Begreppet hälsolitteracitet är den svenska översättningen till engelskans begrepp ”Health literacy” och betyder- den goda förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa och sjukdom. Begreppet är relativt nytt i Sverige och forskning har påbörjats i Sverige vid Uppsalas Universitet. I USA och England finns det bra underlag och forskning som genomförts med nyanlända personer och asylsökande.

Att kunna förstå och använda information om hälsa och sjukdom underlättar vår möjlighet att fatta välgrundade hälsorelaterade beslut både när vi är friska och sjuka. Ett relaterat ord till hälsolitteracitet är hälsokompetens.

Hälsolitteracitet är viktigt eftersom studier visar att 9 av 10 vuxna människor saknar kompetens för att kunna hantera sin egen hälsa och förebygga sjukdomar (CDC, ”*What we know about”*, NCHM, juli 2009, http://www.cdc.gov/healthmarketing/resources.htm). Begränsad hälsokunskap har visat sig störst bland vuxna från fattiga länder, minoritetsgrupper och bland personer som saknar utbildning. Begränsad hälsokunskap påverkar människors förmåga att:

- Förstå hur man hittar och kommer åt rätt hälsovård för sig själv och sina barn.
- Berätta, ta emot och förstå personlig information om hälsa till/av vårdpersonal och övrig omgivning.
- Förstå instruktioner för receptbelagd medicin och näringsrika livsmedel.
- Hantera kroniska sjukdomar.
- Ta emot och förstå hälsoinformation som rapporteras av media.
- Förstå och agera på begrepp som beredskap och risker i samband med ohälsosamma beteenden och miljöfrågor (t.ex. omröstning om rökförbud) m.m. (ibid.).

Studier visar att personer med låg hälsolitteracitet värderar sin hälsa mindre och har därmed ökad risk för sjukhusvård eller sjukvårdsbesök jämfört med personer med hög hälsolitteracitet. Otillräcklig hälsolitteracitet leder till ökade kostnader för samhället. Studier visar även att låg hälsolitteracitet medför sämre anpassbarhet till medicinska instruktioner, mindre användning av preventiva åtgärder samt ökad risk för medicinska misstag. Däremot anses hög hälsolitteracitet ha samband med god kunskap om sjukdom och hälsa samt mer följsamhet till sjukvårds- och egenvårdsråd (Läkartidningen nr 51–52 2011 volym 108).
I en studie där man undersökte de erfarenheter kvinnor hade av faktorer som de menade bidragit till deras förmåga att göra informerade beslut i samband med sjukskrivning, visade att coachning var en sådan faktor. Enligt de intervjuade kvinnorna var coachingen som bäst när den genomfördes av en person som var oberoende och neutral i förhållande till försäkringskassa, hälso- och sjukvård och arbetsplats. Samma studie visade även att personer i kvinnornas närhet eller information hämtad på Internet var viktiga för kvinnornas förmåga att fatta informerade beslut (ibid.).
Information om hälsan är viktigt, och om personen har tillgång till den, och om informationen används rätt kan den bidra till att patienten blir en aktiv samarbetspart, snarare än en passiv vårdkonsument. Om personens förmåga att känna igen symtom och tidigt reagera på dessa ökar, kan behandling sättas in tidigare och i optimala fall kanske förhindra vård eller sjukfrånvaro.

I en gemensam diskussion mellan länsstyrelserna på den interna hälsodagen i Stockholm den 8 november 2012 skrevs följande punkter ner gällande personer som har låg hälsolitteracitet:

- En person som saknar eller har låg hälsolitteracitet är oftast beroende av sitt nätverk. I det fallet beror allt på vilket närverk man har, dvs. make, vänner från hemland, svenska kontakter, barn med goda kunskaper i svenska m.fl.
- Vad personen har med sig hemifrån kunskapsmässigt har en stor betydelse, exempelvis, hälso- och sjukvårdskunskap, kulturella seder osv.

- Personer med låg hälsolitteracitet kan oftast drabbas av ångest då man inte vet vad man ska och kan göra eller vart man ska vända sig.
- Målgruppen hamnar på akuten oftare än andra.

Ensamkommande barn – forskning visar:

I SOU: rapport *Asylsökande ensamkommande barn - En översyn av mottagandet* (SOU 2011:64) utreds bestämmelsen om mottagande av asylsökande ensamkommande barn i 3 § lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA). Den 1 juli 2006 trädde de nu gällande bestämmelserna i LMA om ensamkommande barn i kraft. Innan 2006 fanns inga särskilda bestämmelser om asylsökande ensamkommande barn i LMA (SOU 2011:64)
När det gäller frågan om särskild problematik gällande asylsökande ensamkommande barn anges följande:

- bakomliggande trauma och psykisk ohälsa
- problem med anpassning till den nya kulturen
- barnens ålder är oklar
- svårigheter att anpassa till adekvat utbildning utifrån barnens
- kunskapsnivå (ibid.).

I utlänningslagen (2005:716) finns bestämmelser gällande barnets hälsa som säger att samhället ska ta hänsyn till barnets hälsa och utveckling utifrån vad situationen kräver. Ensamkommande barn har rätt till bästa möjliga hälsa, behandling av sjukdomar och rehabilitering. Levnadsstandarden ska anpassas till deras fysiska, psykiska och intellektuella utveckling. Kommunerna har ett ansvar vid mottagandet av ensamkommande barn och ska med hjälp av olika insatser bl.a. erbjuda:

- ett väl framarbetat integrationsarbete i kommunen eller ett bra samhällsengagemang
- möjlighet till stöd och planering även efter att barnet har fyllt 18 år (ibid.).

“Refugee children—a concern for European paediatricians” (2005), Staffan Mjönes. Länssjukhuset i Sundsvall.

Upp till 33 % av alla flyktingar som kommer till de olika Västeuropeiska länderna, inklusive Sverige, är barn. Flera studier om nyanlända flykting- och asylsökande barn visar att de flesta asylsökande barn med familj eller ensamkommande barn har utsatts för svåra traumatiska upplevelser. Många studier visar att krig inte skonar barnen (Mjönes, 2005). De flesta flykting- och asylsökande barn som kommer från krigsdrabbade länder och politisk förföljelse är på något sätt utsatta och traumatiserade. Vissa barn har bevittnat när föräldrarna blir utsatta för tortyr eller våldtäkter. Andra barn blir själva utsatta. Det är vanligt att barn har personliga minnen från förföljelser efter att ha hotats av skottlossning eller bombningar. Som en följd av detta blir barnen drabbade av post-traumatisk stress och depression, tillstånd som innebär lidande och motverkar barnens psykiska och fysiska utveckling. Undernäring och bristsjukdomar inträffar, som ofta leder till medfödda eller kroniska, obehandlade, tillstånd

som hjärt-och skelettmissbildningar och neurologiska tillstånd som cerebral pares och epilepsi. Många barn bär med dem kroniska infektionerna som i dagsläget är sällsynta i Europa, som malaria och tuberkulos. Många föräldrar och barn bär HIV (ibid.).
Sverige är aktiva deltagare i Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). Följande rekommendationer har CESP enats om som kan vara ett stöd för den behandlande läkaren som möter asylsökande barn:

- Ta reda på barnets ursprungsland.
- Vara insatt i hur barnet behandlas under asylprocessen.
- Ta ansvar för barnets grundläggande hälsovård.
- Göra en riskbedömning för infektionssjukdomar genom att ta reda på diagnos och behandling av sjukdomar som är vanliga i barnets ursprungsland.
- Vara väl förbered på att kunna identifiera och behandla PTS och depressioner orsakade av krig eller förföljelse.
- Behandla barn med kroniska sjukdomar.
- Uppskatta barnets sociala möjligheter. Se till att barnet har tillgång till förskola
- och skola, fritidsaktiviteter och kontakter med socialtjänsten.
- Se till att det finns en kvalificerad tolk när barnet möter vården (ibid.).

”Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt” (2005) – PhD Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad och Karin Johansson. Karolinska Institutet, Stockholm.

Enligt WHO (2000) ökar risken för självmord/självmordsförsök hos barn inom familjer med låg socioekonomisk status och utbildning samt arbetslöshet (Lindencrona, 2005). Många utlandsfödda personer har en lägre socioekonomisk status än svenskfödda. Barnet står i relation till föräldrars identitets- och rollförändring och om föräldrarna drabbas av depression, stress eller annan form av psykisk ohälsa på grund av låg socioekonomisk status, påverkas även barnet. Man har även märkt en ökad risk för beteendeproblem hos barn till utlandsfödda.
Sammanställning av studier om beteendeproblem kopplade till mängden av traumatiska erfarenheter innan ankomst till Sverige visar att 2-3 gånger fler beteendeproblem identifieras hos barn till utlandsfödda och barn som fötts i ett annat land, än hos barn i samma ålder födda av svenskfödda föräldrar. Skolan har i den frågan ett övergripande ansvar.
Barns individualisering ökar genom skolan, eftersom barn med har en skolplikt. Skolan som då sköter barnets introduktion hjälper till att synliggöra barnet och då särskilt de barn som är speciellt sårbara.

Hälsokommunikatörer – eventuellt ett nytt yrke i Halland!

Partnerskap Skåne

Länsstyrelsen i Skåne har en samordnande roll för den regionala överenskommelsen om mottagande och introduktion av nyanalända och asylsökande i Skåne (RÖK). I denna regionala överenskommelse ingår förutom länsstyrelsen Skåne, Migrationsverket, Kommunförbundet Skåne, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Malmö Högskola, Region Skåne tillsammans med representanter för fyra geografiska kommunnätverk (Rosen, m.fl. 2011). RÖK är en plattform för ett regionalt samordnat arbete. Syftet med RÖK är att i länet samverka om introduktion för nyanlända invandrare, asylsökande och flyktingar. Utifrån ett regionalt perspektiv har plattformen utvecklat strategier för regionen inom integrationsområdet med fokus på introduktion. Genom att hela länets resurser samlas för att stödja regionalt och lokalt introduktionsarbete påskyndas den enskildes etablering i samhället. Fokusområdena i Skåne län är: arbete, hälsa, språk och bostad. RÖK: s arbetsformer är inte operativa utan snarare strategiska. RÖK är en samverkansplattform, där viktiga aktörer träffas och diskuterar regionala utvecklingsfrågor (ibid.). Av den anledningen tog länsstyrelsen initiativet till att skapa en mer operativ plattform som hamnar mellan de enskilda kommunerna och RÖK. Syftet med Partnerskap Skåne är att utveckla och samordna metoder som skapar bättre förutsättningar för nyanländas etablering i Skåne. Projektet bildades 2008 och en formell styrgrupp utgörs av RÖK: s strategiska samverkansgrupp. Partnerkap Skåne består av fem delprojekt som erbjuder operativa insatser till kommuner och aktörerer:

- Samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK), Integration i förening, Ökad inkludering genom språk, Regional plattform för migration och hälsa samt Kunskaps- och informationscenter för somalier (ibid.).

Bedömning av Partnerskap Skåne måluppfyllelse och avtryck

Ramböll Management Consulting har fått i uppdrag av Länsstyrelsen i Skåne län att genomföra en utvärdering av projektet Partnerskap Skåne.
Ramböll bedömer att Partnerskap Skåne har lyckats etablera en samverkansplattform som fungerar och samtidigt lyckats balansera strategiskt och operativt utvecklingsarbete. Genom samverkan med betydande aktörer på tjänstemans- och politikernivå har samverkansplattformen lyckats utveckla introduktion och etablering av nyanalända och asylsökande i Skåne. Ramböll bedömer framgången genom motiveringen att Partnerskap Skåne baseras på processer och strukturer som etablerats som en förutsättning för att kunna

utveckla det operativa – praktiska – arbetet av nyanländas etablering. Med det operativa/praktiska arbetet menar man de fem delprojekten. Ramböll genomförde intervjuer och enkätundersökningar bland Skånes kommuner samt med några Af-representanter för att sammanställa en analys med precisering av framgångsfaktorerna.

Övergripande framgångsfaktorer:

- **Neutral plattform:** Regional ”neutral” aktör ska helst vara drivande i arbetet för att säkra förtroendet (ibid.).
- **Alliansbyggande:** Identifiera nyckelpersoner med engagemang för frågan.
- **Bottom-up som utgångspunkt:** Intressenterna ska ges möjlighet att formulera sina egna behov som utgångspunkt för arbetet.
- **Kommunikation:** Tid och kraft måste läggas ner på att kommunicera arbetets utveckling och målen för att säkra gemensamt språkbruk.
- **Strategisk koppling:** Utvecklingsarbetet ska knyta regionala, befintliga policys inom området.
- **Styr mot tydliga mål:** Slutmålet ska formuleras väl. Vilka delar saknas för att komma dit?
- **Behåll målfokus:** Flexibilitet på aktivitetsnivå men ett stadigt fokus på målet ska finnas.
- **Organisk utveckling:** Utgå från en mindre verksamhet, skapa intresse och bygg vidare.
- **Tillvaratagande av befintligt engagemang:** Utgå från lokala befintliga utvecklingsinitiativ för vidareutveckling/regionalisering.
- **Mod och uthållighet:** Personerna som driver arbetet bör ha mod och uthållighet eftersom det krävs ett visst risktagande samt lösningar som ibland ligger utanför det egna arbetet.

Utmaningar:

- **Hur få med fler och andra aktörer**
  Det är viktigt och nödvändigt att så många berörda aktörer som möjligt samverkar och deltar i utvecklingsarbetet för att en inkluderande introduktion ska ge maximalt utfall i regionen. Kommuner och Af-representanter ska ha en central roll i arbetet. Ramböll anser att även representanter för näringslivet bör kopplas på utvecklingsarbetet och finnas med som naturlig partner. Lotsar och utbildningssamordnare får också en viktig roll, men Ramböll menar att det kan bli en utmaning att finna samverkan mellan dessa aktörer.
- **Hur undvika nya parallella system och dra nytta av pågående arbete på annat håll**
  Ramböll fastsäller att det redan existerar parallella utvecklingsprocesser som drivas av andra intressen än partnerskapet. Om det finns en dialog mellan parterna kan det leda till en framgångsrik samverkan. Problem kan uppstå om partnerskapets neutralitet kan bli lidande till förmån för en rivalitet.
- **Hur säkra att perspektivförändring leder till praktisk nyorientering**
  Ramböll bedömer att Partnerskap Skåne baseras på processer och strukturer som etablerats som en förutsättning för att kunna utveckla det operativa – praktiska – arbetet med nyanländas etablering. Ramböll noterar att den största utmaningen för partnerskapet är att säkra översättning från policyförändring till praktikförändring. Perspektivförändring måste även leda till operativ nyorientering (ibid.).

Samhälls- och hälsokommunikatörer (SHK)

SHK erbjuder operativa insatser och är ett av Partnerskap Skånes fem delprojekt.
Rambölls utvärdering av SHK syftar till att belysa:

- Hur ser SHK: s bidrag till introduktionsarbetet ut, utifrån Partnerskap Skånes mål?
- Vilka framgångsfaktorer och utmaningar finns av betydelse för SHK: s fortsatta arbete?

SHK är ett utvecklingsprojekt som arbetar hälsofrämjande med målgruppen nyanlända och asylsökande utifrån ett regionalt samordnat hälsofrämjande program. I Skåne finns det i dagsläget sju anställda SHK. De arbetar på den kommunala arenan och förmedlar i början av introduktionsperioden grundläggande samhälls- och hälsoinformation på modersmålet till nyanlända och asylsökande i Skånes kommuner. Informationen utgår från två huvudsakliga områden: hälsoinformation och samhällsinformation. Kommunikatörerna arbetar i dagsläget på språken: albanska, arabiska, kurdiska (sorani och kurmanji), persiska, engelska, somaliska samt (lätt) svenska.

- Hälsoinformationen berör dessa områden:
  Sjukvårdssystemet i Sverige, stress, kost, tandhälsa, egenvård, motion, hälsofrämjande faktorerer, alkohol, rökning, narkotika samt migration och hälsa. Dessutom pågår en diskussion om information om hjärt- och kärlsjukdomar, fetma och diabetes typ 2 eventuellt ska ges av SHK.
- Samhällsinformationen berör dessa områden:
  Hur Sverige styrs, mänskliga rättigheter, socialförsäkringar, skola och utbildning, bostäder, arbetet och försörjning, kommunalomsorg, barnuppfostran, sociala koder, hushållsekonomi och konsumentfrågor.

Syftet med delprojektet SHK är att hälsofrämjande informationsinsatser ska öka den enskildes möjligheter till etablering och egenförsörjning i det svenska samhället. Alla kommunikatörerer har genomgått en utbildning, bl.a. en kurs på Lunds universitet: *”Hälsofrämjande arbete i det mångkulturella samhället”*. Kommunikatörerna utför sitt arbete i de kommuner som har tecknat ett avtal med Partnerskap Skåne om medverkan i projektet. Tillsammans med Region Skåne, Migrationsverket och ERF medfinansierar dessa kommuner projektet. Styrgruppen är densamma som för Partnerskap Skåne, dvs. den strategiska samverkansgruppen. Projektägare för SHK är Länsstyrelsen i Skåne län. I projektet arbetar en projektledare med metodutveckling, arbetsledning, kvalitetssäkring och återkommande rapportering till styrgruppen samt en samordnare på 50 % som ansvarar för att planera det operativa arbetet samt ansvara för löpande kontakter med medverkande kommuner (ibid.).

SHK: s måluppfyllelse

År 2011 medverkade 11 kommuner i SHK-projektet. Utifrån intervjuer med företrädare från samtliga kommuner i Skåne som använder SHK framkommer det att SHK i viss utsträckning har skapat nytta och värde för de nyanlända som har mottagit samhälls- och hälsoinformation genom SHK. Framförallt uppskattas att informationen ges ut på egna modersmålet. SHK själva uttrycker att deltagarna uppskattar inte bara den kunskapsrika informationen utan även att den ges ut på modersmålet.
De kommunala företrädarnas bild av SHK: s arbete:

- Lyhördhet, hänsyn och anpassning inför kommunernas önskemål och behov.
- Genom planering av form, upplägg och omfattning och innehåll har det funnits en nära dialog mellan SHK och kommunen. Exempelvis, har samhälls- och hälsoinformationen lagts in i SFI-undervisningen.
- Särskilda temadagar med material eller hela informationspaket till målgruppen.
- Kompetent och professionell personal som gått kurser på universitet.
- SHK har med satsande medel kunnat kraftsamla och nå kommuner som annars inte skulle ha förutsättningar att erbjuda insatserna till nyanlända (ibid.).

Migration och hälsa – Milsa

Milsa är ett delprojekt av Partnerskap Skåne och är en regional stödplattform för migration och hälsa. Milsa utgår ifrån att det existerar en hög ohälsa bland nyanlända vilket medför hinder för integration i det svenska samhället. Hälsa är en mänsklig rättighet och forskning visar att hälsan bland olika invandrargrupper, nyanlända och asylsökande är betydligt sämre i jämförelse till den övriga svenska befolkningen. Forskningen ovan visar även att bl.a. migrationsprocessen påverkar hälsan och därför krävs enorma hälsofrämjande insatser. Kompetensutveckling inom olika yrkesområden är nödvändigt. Dessutom måste man genom samverkan arbeta för att utveckla nya arbetsformer och yrkesroller.

Det är viktigt att tänka på att varje enskild individ har olika behov och därför bör etableringsprocessen förhålla sig till den nyanlända individens behov och förutsättningar!
Parallellt med att forskning visar en betydligt högre ohälsa bland nyanlända och asylsökande finner man att teorin och praktiken inom området inte möter varandra. Det finns inget så praktiskt som en bra teori! Genom teorin får vi brukarkunskap som ska sättas in i insatserna för nyanländas hälsa. Hur ska det hälsofrämjande arbetet se ut?

- projekt, interventioner i samarbete
- gemensamma processer
- Behovs och rättighetsbaserat.

Milsa består av fyra forskningsbaserade delprojekt:

- kartläggning av nyanländas hälsa
- nyanländas möjligheter till fysisk aktivitet
- bedömning av arbets-/prestationsförmåga
- professionalisering av hälsokommunikatörer

Delprojekt 1: ”Kartläggning av nyanländas hälsa” – PhD Slobodan Zdravkovic, MAH.

Projektet är baserat på forskning inom området och utgångspunkten är: God hälsa ger en god livskvalité och tvärtom. Fokus ligger i nyanländas ohälsa och integreringen i samhället. Design för metoden blir färdigt 2013 och uppstart av projektet sker i början av 2014 t.o.m. juni 2015.

- Projektet arbetar för snabb och effektiv etablering av nyanlända på arbetsmarkanden, med tydliga och produktiva etableringsinsatser som skall ske utifrån individuella behov. Arbetsförmedlingens etableringshandläggare ska göra sina bedömningar utifrån samtal med varje enskild individ. Målet är att i ett tidigt stadium, dvs. redan i den tidiga etableringsprocessen och i samtalen med personen identifiera ohälsorelaterade faktorer och åtgärda dessa. Exempelvis genom kompetensutvecklig bland etableringshandläggarna som ska möjliggöra god kännedom om vem man ska kontakta för att personen ska erbjudas rätt vård samt övriga insatser. För att arbetet ska lyckas krävs det fler etableringshandläggare och specialister.
- Genom att i tidigt stadium identifiera individens behov ger man sjukvården redskap och beredskap för anpassning av insatser.
- I projektets genomförande sker bl.a. kompetensutveckling och utbildning av etableringshandläggare. Genomförandegruppen består av en förening av styrgrupper och arbetsgrupper samt utbildning av etableringshandläggare.
- Enligt en muntlig rapport från Arbetsförmedlingen framkommer det att samarbetet med psykiatrin fungerar väldigt bra, men att samarbetet med primärvården är det svåraste!

Delprojekt 2: ”Bedömning av arbets- och prestationsförmåga” – Prof. Per-Olof Östergren, LU.

”Hälsa som tillgång eller ohälsa som hinder”

Projekt är forskningsbaserat och sätter fokus i relationen mellan hälsa och arbete.
I projektarbetet tittar man på två modeller. Den ena är förslitningsmodellen och den andra tillväxtmodellen. Båda modellerna är till för kunskapsutveckling.

• Tillväxtmodellen – hälsovinst! Utifrån tillväxtmodellen talar man om att erhålla ett arbete i ett tidigt stadium, som medför god hälsa och motverkar utanförskap.
• Förslitningsmodellen – Här ser man bild av att samhället selekterar, dvs. människor som har en sämre arbetsförmåga riskerar att vara utan arbete under en väldigt lång tid. Har man inte förmågan att kunna arbeta försämras hälsan betydligt mer, framförallt den psykiska hälsan. Vilket kan leda till negativa konsekvenser och medföra högre kostnader för samhället. Av den anledningen är det viktigt att genom kunskapsallianser, som ska bestå av forskare, praktiker och hälsokommunikatörer arbeta med en modell för kapacitetutveckling:

- Ökad kapacitet (för att genomföra den ansedda policyn) hos individer
- Ökad kapacitet (för att genomföra den ansedda policyn) i den organisation/system som ska göra detta.
- Utveckla en möjliggörande miljö (för att genomföra den ansedda policyn)

Delprojekt 3: ”Nyanländas möjligheter till fysisk aktivitet” – docent Lars Lagergren, MAH.

Forskningen noterar att det redan existerar kunskap om att fysisk aktivitet är bra för hälsan. Samtidigt som ny kunskap ständigt framkommer via pågående studier.
Målet med detta delprojekt är att genom ett samarbete mellan hälsokommunikatörerna och föreningslivet skapa möjligheter för fysisk aktivitetet, föreningsliv och miljö. I studier som utvärderat aktiva pensionärer som är fysiskt aktiva i olika föreningar visar att inte en enda person med utländsk bakgrund deltar. Slutsatsen visar att det handlar om klass.

Delprojekt 4: ”Professionalisering av rollen som SO/SHK och HK” – prefekt Patricia Staaf, MAH.

Med projektet menar man att kommunernas ansvar ligger i att öka kompetensen bland alla samhällsorienterare och hälsoinformatörer. Kommunernas högsta tjänstemän har uppgiften att få läkarna att förstå sina uppdrag. I den enskildes möte med samhällsorienteraren är det samhällsorienteraren som ska hänvisa personen till landstingen. Endast i Skåne, Stockholm och Östergötland har landstingen hälsokommunikatörer. Genom ett nationellt samarbete kan detta spridas vidare och etableras i de övriga länen. Till hälsokommunikationen kopplas begreppet hälsolitteracitet som läkare, tjänstemän och övriga yrkesgrupper bör få kunskap om. Målet är att på ett effektivare sätt informera varje enskild individ hur viktigt det är att aktivt delta i hälsofrämjande processer och ta egna initiativ.

<u>Tema nyanlända – ”Utan hälsa, ingen etablering”</u>

Stockholms län påbörjade år 2008 projektet ”*Tema nyanlända”* som avslutades i juni 2011. Projektet startades som ett verktyg för att fortsätta utvecklingsarbetet som identifierats inom integrationsområdet (Länsstyrelsen i Stockholms län, 2011). I konsultföretaget FBA: s nulägesbeskrivning från 2007 framgår det att Stockholmsregionens svagheter på integrationsområdet bl.a. handlar om att institutioner och regelverk inte är anpassade till problembilden. Projektet som fungerade som en regional kunskapsbas för samverkan och kunskapsspridning ägdes av länsstyrelsen i Stockholms län tillsammans med Kommunförbundet, Stockholms län, Stockholms läns landssting och Täby kommun. Arbetsförmedlingen, Migrationsverket, Stockholms stad, Järfälla, Huddinge och Södertälje kommuner var projektets samarbetspartners (ibid).

Projektets fokus var tre övergripande teman: arbete, boende och hälsa för ett förbättrat flyktingmottagande. På temat hälsa genomfördes tre fokusseminarier: hälsofrämjande etablering, nyanlända kvinnors hälsa och etablering samt nyanlända barns hälsa i mottagandeprocessen. Varje fokusseminarium identifierade några centrala problem, diskuterade olika utvecklingsmöjligheter samt etablerade nätverk mellan relevanta aktörer.
En expertgrupp sammansatt av områdesexperter från olika discipliner fanns med till varje fokusområde. Expertgruppen bestod av representanter från Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Transkulturellt centrum, Arbetsförmedlingen och Länsstyrelsen (ibid.).
Diskussioner som förts i nätverket var kring hälsofrämjande insatser, kunskap och stöd samt kompetensutveckling av personal. Framförallt diskuterades en samlad bild av vad som uppfattas som utmaningar och lösningar.

Hälsofrämjande insatser – **lösningar:**

- Etableringsinsatserna ska anpassas efter individens förmåga.
- Projektet ”*Hälsospåret”* i Uppsala kommun har integrerat fysisk träning och sjukgymnastik i den kommunala SFI-undervisningen. Mer anpassad undervisning med fokus på hälsa och egenvård bör finnas för att minska risken för målgruppen att fastna i passivitet och i sjukvårdsystemet.
- I Södertälje kommun finns insatsen *”Hälsoskola” till nyanlända flyktingar* som består av en femveckorskurs med fokus på migration, stress och hälsa. Kliniskt utbildad personal arbetar med kognitiva insatser. Genom delaktighet och trygghet i ett socialt sammanhang främjas inlärning.
- Stärka kvinnornas roll till snabbare försörjning.

Hälsofrämjande insatser – **utmaningar:**

- Risk för stigmatisering och förstärkt känsla av diskriminering genom att rikta folkhälsoinsatser mot särskilda grupper av utlandsfödda personer.

- Stärka kvinnornas roll till snabbare försörjning. Studier visar att utrikes födda kvinnor blir mer diskriminerade på arbets- och bostadsmarknaden, vilket innebär att deras sociala position är låg i det svenska samhället.
- Snabb etablering på arbetsmarknaden. Lång arbetslöshet medverkar psykisk ohälsa (ibid.).

Kunskap och stöd – **lösningar:**

- Hälsokommunikatörer i Stockholm arbetar för att förbättra nyanländas hälsa med hjälp av information om hälsa på modersmålet.
- Arbetsförmedlingens projekt Directa tillsammans med Botkyrka, Huddinge och Södertälje kommuner är ett samverkans- och utvecklingsprojekt för att utveckla nya metoder, verktyg och arbetssätt för nyanlända. Målet är att målgruppen ska få tillgång till rätt stöd under sin introduktionstid. Projektet bygger på delaktighet, kommunikation och dialog för en snabbare etablering på arbetsmarknaden.
- Projekt gällande barn och ungdomar. I Sundbybergs stad har projektet ”*Livets träd”* etablerats. Projektet handlar om att stärka barn att arbeta förebyggande tidigt i introduktionen. Projektet är uppbyggt efter en modell från Uganda och arbetet sker i samverkan mellan olika yrkesgrupper.
- I Huddinge kommun har det startats ett Resurscentrum för nyanlända barn (RCN). Två projekt har startats, ”*KomSamman”* och ”*Kuratorstöd för nyanlända barn i förskolan (KUSK).”* KUSK arbetar med alla nyanlända familjer utifrån förebyggande insatser för att upptäcka ohälsa i den tidiga integrationsprocessen. KomSamman riktar sig till både föräldrar och barn och fungerar som en gruppverksamhet.
- Stockholms stad arbetar mycket med att skapa rutiner i sitt arbete för ensamkommande barn och ungdomar genom fritidsaktiviteter och lovverksamhet.

Kunskap och stöd – **utmaningar:**

- Nyanlända och asylsökande har ofta svårt att navigera sig i det svenska samhället. Exempelvis, i det svenska vårdsystemet och i mataffären osv. Att hamna utanför de nya samhällssystemen har studier visat, orsakar ohälsa. Det är en utmaning för det svenska samhället att skapa metoder som ska underlätta att målgruppen lättare navigerar sig i samhället.

Kompetensutveckling av personal – **lösningar:**

- Sollentuna kommun äger projektet ”*Barnvänlig flyktingintroduktion”* med fokus på att höja kompetensnivån inom personalgrupperna. I samarbete med Rädda Barnen genomfördes projektet för personalen vid flyktingmottagningarna och introduktionsenheterna i Sollentuna m.fl.
- Migrationsverkets projekt ”*Barnkonventionen i mottagandet av asylsökande barnfamiljer”* hade målet att utveckla mottagandet av barn med utgångspunkt i FN:s barnkonvention. Genom ett forum och gemensam handledning för erfarenhetsutbyte mellan barnhandläggarna kunde varje handläggare få vidareutbildning och kompetensutveckling. Fokus sattes i att arbete med

barnkonsekvensanalyser som är en metod för att utreda på vilket sätt ett beslut eller en åtgärd påverkar barns och ungdomars levnadssituation.

Kompetensutveckling av personal – **utmaningar:**

- Personal som möter nyanlända personer behöver utbildning kring bemötande och specifika hälsofrågor. Exempelvis inom och utanför vården, bör personal få utökade kunskaper om kulturella olikheter.
- Skolans personal måste få utökade kunskaper gällande bemötande i arbetet med nyanlända och ensamkommande barn.
- Arbetsförmedlingens handläggare ska ha arbetsförberedande insatser och kunskaper om bemötande.

Nationella projekt gällande nyanländas hälsa.

Förbättrad struktur och samordning vid hälsoundersökningar (HU) –

Lubin Lobo, Eva Thyselius och Josefin Wångdahl, Uppsala universitet/Smittskyddsinstitutet.

Detta samverkansprojekt mellan Landstingen i Stockholm, Norrbotten, Östergötland och Skåne samt Migrationsverket, SKL, Smittskyddsinstitutet och Socialstyrelsen pågår fram till juli 2014 med syfte att öka antalet hälsoundersökningar (HU) i landet. Projektets undersökningar visar att endast 54 % av de asylsökande på nationell nivå får en hälsoundersökning och att de ser olika ut i landet. Orsakerna till detta kan vara:

- Att asylsökandes perspektiv saknas
- Brister i informationen mellan Migrationsverket och Landstingen
- Gammalt system för överföring av info om vilka som ska hälsoundersökas
- Stor rörlighet i målgruppen.

Projektet rör asylsökande men man har medvetet valt att intervjua tidigare asylsökande som nu är nyanlända. Projektet fångar upp de nyanländas behov och önskemål genom att träffa målgruppen på olika håll i landet och återför successivt informationen till berörda myndigheter. Det kallas tillämpad forskning. Undersökningarna visar att Migrationsverket respektive landstingen inte är medvetna om det egna eller andras uppdrag och hur de står i relation till varandra. Kallelserna till hälsoundersökning är oftast på svenska med texten att det sker på uppdrag av Migrationsverket. Konsekvensen kan bli att en del asylsökande drar sig tillbaka och inte vill delta, pga. rädsla och osäkerhet. Därför är det viktigt att vara medveten om att asylsökande består av många olika språkgrupper, dvs. det är ingen homogen grupp med generellt låg nivå av läskunnighet, en ovana mot enkäter och framförallt ett misstroende mot myndigheter. Sammanfattningsvis framkommer att svenskar är väldigt oerfarna vad det gäller mångkultur.

IMHAd-projektet – Malmö Institute for Studies of Migration (MIM)

Forsknings- och metodutvecklingsprojekt avslutades i december 2011 och ägdes av Malmö Institute for Studies of Migration.
IMHAd undersöker om samhälls- och hälsokommunikatörernas arbete har effekter på nyanlända irakiers kunskaper om och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige, om kostvanor, fysisk aktivitet, BMI, psykisk hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Undersökningarna genomfördes utifrån folkhälsoenkäter där svaren på folkhälsofrågorna analyserades av IMHAd som gav en bild av irakiernas hälsa (www.lansstyrelsen.se/skane). Med hjälp av djupintervjuer studerades även irakiernas syn på sexuell och reproduktiv hälsa

och rättigheter. Dessutom undersöker IMHAd hur samhälls- och hälsokommunikatörerna utbildats och förberätts för uppdragen (ibid.). Hittills kan IMHAd presentera:

- Underlag för samhälls- och hälsokommunikatörernas genomförda arbete för att kvalitetssäkra arbetet och utveckla metoder för ett hälsofrämjande arbete.
- Att nyanlända irakiers hälsa är sämre än totalbefolkningens.
- Kunskaper om nyanlända irakiers hälsa, sociala och ekonomiska situation samt förändringar från den tidpunkt då uppehållstillstånd beviljades och två år framåt
- En bild av målgruppens syn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt information om den har influerats av hälsokommunikatörernas arbete.
- IMHAd: s rapporter publiceras under den gemensamma rubriken ”*Olika villkor – olika hälsa”* på www.mah.se/MIM (Fernbrant & Cantor-Graae, 2011).

Regionala projekt i Halland.

Salut – Samverkan, hälsa och integration Andersberg – Delrapport, september 2012

Syftet med utvecklingsprojektet Salut är att stödja stadsdelen Andersbergs invånare i Halmstad kommun mot förbättrad hälsa och möjlighet till arbetsåtergång. Projektet ska utveckla konkreta insatser för att stödja de individer som är särskilt utsatta för ohälsa.
På systemnivå syftar projektet till att bl.a. ta fram och arbeta mot en gemensam målbild och utveckla mer funktionella arbets- och samarbetsformer mellan vårdcentral, kommunens enhet för ekonomi bistånd, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. På individnivå syftar projektet till att bl.a. stödja individen med insatser som främjar hälsa (ibid.).

Salut startade i april 2012 och kommer att pågå t.o.m. mars 2013 (Kaderland, 2012). Flera aktörer är involverade i projektet, bl.a. Region Halland- (uppdragsgivare genom finansiering av Samordningsförbundet), Andersbergs vårdcentral, psykiatrin med vuxen psykiatrisk mottagning (VPM) och ungdom psykiatrisk mottagning (UPM), Arbetsförmedlingen (AF), Försäkringskassan (FK) och Halmstads kommun, m.fl.
Andersbergs invånare uppgår till fler än 5 000 personer. Majoriteten har utländsk bakgrund med härkomst från mer än 50 olika nationer. Undersökningar med uppgifter från bl.a. Halmstads kommun, Försäkringskassan, SCB, LUA och HFAB belyser situationen i Andersberg avseende hälsa, arbete, försörjning, jämfört med resten av Halmstad och riket (ibid.).
Gällande hälsoläget visar en statistik ur Halmstads kommundokument: *”Tänk annorlunda”* att det finns stora skillnader mellan Andersberg och övriga stadsdelar i Halmstad. År 2009 låg ohälsotalet på 59 % i Andersbergsområdet, medan Halmstad (övriga stadsdelar) hade ett ohälsotal på 32,6 % (ibid.). Delrapporten är ett resultat av 114 intervjuer med befolkningen i området samt representanter för myndigheter och organisationer. Syftet med intervjuerna var att undersöka hur olika aktörer arbetar och hur de upplever samarbetet med andra, samt att få

en bild av hur olika parter uppfattar situationen hos befolkningen i Andersberg gällande hälsa, arbete och integration. Under samtalen har behov av insatser uppmärksammats samt vad man önskar förbättra/förändra för att öka hälsan hos befolkningen i området (ibid.).

Rapportens resultat visar bl.a. att det finns ett behov av insatser för individer med omfattande psykosociala problem. Denna grupp vänder sig till vårdcentralen för hjälp med vägledning, coachning, sortering av problem och resurser, samhällsinformation och orientering, och frågor som inte har relevans för sjukvården. På organisationsnivån visar rapporten att många aktörer och myndigheter har utvecklat insatser och metoder som framstår som framgångsrika. Metoder som socialt fältarbete, hembesök, grannsamverkan, coachning eller direkta insatser på plats, t.ex. i form av en arbetsförmedlare i området. Därför blir frågan om det finns ett behov av en gemensam plattform för att samordna insatser och aktiviter i syfte att mobilisera detta engagemang i samma riktning? (Kaderland, 2012).

Samordnat regional arbete gällande hälsa och integration i Hallands län – *Hur kan/ska vi arbeta vidare?*

Många funderingar framkom under den interna hälsodagen i Stockholm den 8/11-12. Exempelvis, diskuterades hur pass väl sjukvården i Sverige är förberedd på nyanlända och särskilda grupper som är extra utsatta och vilka konsekvenser det får?

Vem har ansvaret för en nyanländ hörselskadad person?

- Runt om i landet har det visat sig att myndigheter och andra aktörer lätt skyller på någon annan för att slippa ta ansvar.
- Ansvaret är delat mellan många aktörer – Migrationsverket, AF, kommuner, landsting och individen.
- Landstinget står för sjuk- och hälsovården och andra har ansvar för den förebyggande vården.
- Kommunerna har folkhälsoansvaret.
- Landstinget har ett hälso- och sjudvårdsansvar men fokuserar bara på sjukvården.
- Länsstyrelsen har ett visst folkhälsoansvar genom förebyggande arbete inom vissa delar.
- Regionförbunden har ett folkhälsoansvar.

Finns det särskilda grupper som är extra utsatta och vilka konsekvenser får det?

- Nyanlända med funktionshinder
- Ensamkommande barn: familjen som är kvar känner inte till hur barnet har det nu och vi som möter barnet här känner inte till historien.
- Nyanlända barn som kommer med förälder/förälder kan bli osynliga om föräldrar blir/är upptagna av egna problem. Viktigt att snabbt få information om hur barnet mår.
- Personen som är kvar på ABO lång tid efter PUT har en sämre tillgång till aktiviteter eller sjukvård.

Referenser

Litterateur:

Amir Kaderland., 2012. ***Salut – Samverkan, hälsa och integration Andersberg.*** Delrapport. Region Halland & samordningsförbundet Halland.

Anna-Clara Hollander m.fl, ***Gender-related mental health differences between refugees and non-refugee immigrants – a cross-sectional register-based study***, 2011. Karolinska Institutet, Stockholm.

Anna-Clara Hollander m.fl, ***Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden***, 2012. Karolinska Institutet, Stockholm.

Berleen, G, 2003. ***Bättre hälsa hos äldre.*** Stockholm, Statens folkhälsoinstitut.

Cecilia Fernbrant & Elizabeth Cantor-Graae, ***Olika villkor – olika Hälsa***, 2011. Malmö Högskola.

Fredrik Lindencrona, Solvig Ekblad & Karin Johansson, ***Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt***, 2005. Karolinska Institutet, Stockholm.

Kajsa Rosen, Nina Olsson & Mathias Blob, 2011. ***SLUTRAPPORT Utvärdering Partnerskap Skåne.*** Ramböll.

Länsstyrelsen i Stockholms län, 2011. ***Tema nyanlända – Utan hälsa, ingen etablering***. ISBN 978-7281-417-2

Mia Antoni Stæhr & Ebbe Munk-Andersen, 2006. ***Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001–2003.*** UGESKR LÆGER 168/17

Mina Fazel, Jeremy Wheeler, John Danesh, ***Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries***, 2005, www.thelancet.com Vol 365. University of Oxford.

Socialstyrelsen*,* ***Folkhälsorapport 2009,*** Artikelnr 2009-126-71.

SOU 2011:64

Staffan Mjönes, 2005. ***Refugee children—a concern for European paediatricians.*** Länssjukhuset i Sundsvall.

Internetkällor:

CDC, "What we know about", NCHM, juli 2009,
http://www.cdc.gov/healthmarketing/resources.htm

www.lansstyrelsen.se/skane -
http://www.lansstyrelsen.se/skane/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/mottagning-och-etablering-av-nyanlanda/rok/halsa/R%C3%96K%20uppdatrad%20IMHad.pdf

www.lansstyrelsen.se/skane

www.mah.se/MIM

Föreläsningar & Informationsdagar

Slobodan Zdravkovic, 23/11-2012. ***Delprojekt 1: Kartläggning av nyanländas hälsa.*** Länsstyrelsen i Skåne. Malmö

Per-Olof Östergren, 23/11-2012. ***Delprojekt 2: Bedömning av arbets- & prestationsförmåga.*** Länsstyrelsen i Skåne. Malmö

Lars Lagergren, 23/11-2012. ***Delprojekt 3: Nyanländas möjligheter till fysisk aktivitet.*** Länsstyrelsen i Skåne. Malmö

Patricia Staaf, 23/11-2012. ***Delprojekt 4: Professionalisering av rollen som SO/SHK och HK.*** Länsstyrelsen i Skåne. Malmö

Lubin Lobo, Eva Thyselius och Josefin Wångdahl, 8/11-2012. ***Förbättrad struktur och samordning vid hälsoundersökningar (HU).*** Uppsala universitet/Smittskyddsinstitutet. Föreläsningen ägde rum i Stockholm. Länsstyrelsen i Stockholms län.

LÄNSSTYRELSEN
HALLANDS LÄN

Länsstyrelsen i Hallands län
Slottsgatan 2 • 301 86 Halmstad
Telefon: 035-13 20 00
halland@lansstyrelsen.se
www.lansstyrelsen.se/halland