

Nationell samsyn

kring hälsa och
första tiden i Sverige



Nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige

Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige
Integrationsverket
Box 633
601 14 Norrköping

© Integrationsverket 2004

Tryck: Elanders Berlings AB, Malmö, 2004

Innehåll

Nationell samsyn avseende »Hälsa och den första tiden i Sverige«	5
Angelägna förändringsområden	6
Samsyn	7
Uppdrag och arbetsprocess	9
Arbetsprocess	9
Kompletterat och delvis förändrat uppdrag	10
Hälsa och integration – folkhälsomål	11
Internationella åtaganden kring hälsa	11
Folkhälsopropositionen	12
Hälsa och den första tiden i Sverige	14
Särskilt angelägna utvecklingsområden	14
Ingångar	15
Statistik över mottagandet under 2003	16
Problemorientering	18
Tydliga utmaningar kring hälsa och den första tiden i Sverige	18
Vad vi hittills vet	19
Frisk- och riskfaktorer	20
Psykisk och fysisk ohälsa	22
Deltagande myndigheters uppdrag	24
Andra berörda myndigheters uppdrag	26
Referenser	27
Bilaga	29
Definitioner	31

Nationell samsyn avseende »Hälsa och den första tiden i Sverige«

Detta dokument omfattar alla nyanlända, inklusive asylsökande. Med den första tiden i Sverige avses individens etableringsperiod, dvs den tid man kan behöva stöd innan man kan leva och försörja sig i Sverige på egen hand, i normalfallet 2–5 år.

Nedan följer de principer som lägger grunden till det förslag till nationell samsyn som de medverkande parterna delar. Genom att applicera principerna i mer konkreta sammanhang ökar möjligheterna för en fortsatt och positiv utvecklingsprocess inom området hälsa och den första tiden i Sverige.

Samhällets ansvar och insatser

- 1 Integrationsfrämjande insatser skall syfta till mångkulturell samexistens på lika villkor utan segregrande strukturer eller hälsorelaterad ojämlikhet.
- 2 Samhälleligt stöd till nyanlända skall syfta till att öka förutsättningarna för levnadsförhållanden jämlika majoritetsbefolkningens.
- 3 Samhällets insatser skall präglas av ett hälsofrämjande perspektiv inkluderande främjande, förebyggande och behandlande insatser på olika nivåer.
- 4 Individens resurser och behov är utgångspunkt för samhällets insatser.
- 5 Arbete eller annan meningsfull sysselsättning för nyanlända (inklusive asylsökande) är under de flesta betingelser hälsofrämjande.

Samverkan

- 6 Samtliga parter skall verka för att inom samhällets totala resursram optimera samverkan och ansvarsfördelning.
- 7 Parternas samverkan skall präglas av respekt för och kunskap om varandras ansvarsområden och arbets sätt, så att samhällets stödstrukturer utgör en logisk helhet.

Information

- 8 Information skall ske på ett sådant sätt att varje individ med stöd av informationen får bästa möjliga förutsättning för rationella val utifrån sin livssituation.
- 9 Informationsgivarens insats skall värderas utifrån det sätt individen uppfattat informationen.

Samhällets insatser kontra individens ansvar och initiativ

- 10 Varje individ skall bemötas med respekt och ses som en medaktör i, snarare än objekt för, samhällets insatser.
- 11 Introduktionen skall i sin helhet och i sina delar stärka självbestämmande, egenvärde, egen aktivitet, eget problemlösande, delaktighet och ansvar.
- 12 Individen, såväl barn som vuxen, skall ses i sitt sociala sammanhang.
- 13 Samhällets insatser syftar till att maximalt underlätta integrationen av nyanlända, med god individuell självständighet, hälsa och livskvalitet.

Angelägna förändringsområden

Angelägna förändringsområden för den fortsatta utvecklingen av de berörda parternas arbete avseende främjande, förebyggande och behandlande insatser under den första tiden i Sverige är:

1. Förbättrad samverkan

- Att utarbeta bättre samverkan mellan hälso- och sjukvård och introduktionsverksamhet/introduktionsförberedande verksamhet för att identifiera och åtgärda fysiska, psykologiska och sociala riskfaktorer för ohälsa.
- Att initiera och utveckla en fortsatt samverkan kring barns bästa.
- Att samtliga centrala parter verkar för att parterna på lokal och regional nivå skapar eller vidareutvecklar befintliga samverkansnätverk i syfte att verka för en hälsofrämjande första tid i Sverige och motverka att ohälsa uppkommer.
- Att samverka kring rimliga tidsramar för integrationsstödande åtgärder som stimulerar självständighet och ger stöd på vägen mot egen försörjning.
- Att varje part på ett effektivt sätt säkerställer resurser för adekvata insatser och därvid överväga om stödet blir mer funktionell för individen om det sker i samverkan eller under samråd med annan part.
- Att samverka kring en tidig kartläggning av nyanländas livssituation, bakgrund och hälsa, där planering utgår från en samlad professionell bedömning som görs i dialog med den nyanlände.

2. Förbättrad information

- Att förbättra information till asylsökande och andra nyanlända om rätten till hälso- och sjukvård.
- Att säkerställa att hälsoinformation erbjuds till samtliga personer som en naturlig del av introduktionen/förberedande introduktionen.
- Att säkerställa att riktad information ges särskilt för dem som har funktionshinder eller andra medicinska begränsningar när det gäller deras särskilda rättigheter i Sverige.
- Att respektive part säkerställer att den nyanlände så tidigt som möjligt har fått sådan kunskap om hur den kan använda respektive parts stöd så att den nyanlände med bibehållen autonomi kan göra rationella val i olika situationer.

3. Förbättrat nyttjande av hälsoundersökning för asylsökande och andra nyanlända

- Att säkerställa att alla som har erbjudits hälsoundersökning har uppfattat den som en möjlighet.
- Att resultatet av hälsoundersökningen leder till att adekvata åtgärder genomförs.

4. Förbättrad hantering av frånvaro från planerade aktiviteter

- Att frånvaro från planerade aktiviteter uppmärksammas, utreds och följs upp i tidigt skede.
- Att samverkan och/eller utredning skall ske mellan berörda parter med individens förutsättningar och behov av introduktion i fokus vid längre frånvaro.
- Att vid frånvaro och rehabilitering eftersträva att i så stor utsträckning som möjligt använda befintliga strukturer för olika insatser.

5. Förbättrad mottagning av funktionshindrade

- Att ansvariga parter skall samverka kring och säkerställa att personer med funktionshinder erbjuds introduktion/introduktionsförberedande åtgärder som syftar till att optimera deras förutsättningar för ett jämlikt liv i Sverige.
- Att förutsättningar för introduktion/introduktionsförberedande insatser av personer med funktionshinder säkerställs.

6. Förbättrad mottagning av barn och ungdomar

- Att varje barn i förskola och skola har en individuell utvecklingsplan.
- Att säkerställa att förskola och skola samverkar med föräldrarna eller annan vårdnadshavare kring barnens introduktion.

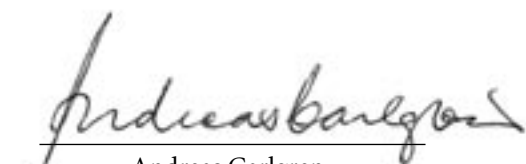
7. Förbättrad utbildning/kompetensutveckling

- Att tjänstemän och chefer på lokal nivå erbjuds möjligheter till att öka sin kompetens i samverkan ur ett hälsofrämjande perspektiv samt i att stödja människors egen handlingsförmåga på ett kulturrelativt sätt
- Att introduktionen och dess hälsofrämjande potential realiseras genom ett kontinuerligt kvalitetshöjande arbete på nationell, regional och lokal nivå.


Samsyn

Undertecknande parter har enats om principer för samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige, samt om angelägna förändringsområden för den fortsatta utvecklingen av de berörda parternas arbete.


Parterna åtar sig att verka för att principerna efterlevs och att inom sina områden verka för ett hälsofrämjande mottagande av nyanlända i Sverige.



Andreas Carlgren
Integrationsverket



Töres Theorell
Institutet för Psykosocial Medicin



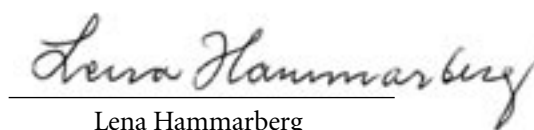
Harriet Wallberg-Henriksson
Karolinska institutet



Ulf Wetterberg
Landstingsförbundet



Janna Valik
Migrationsverket



Lena Hammarberg
Myndigheten för skolutveckling



Anna Hedborg
Riksförsäkringsverket



Kjell Asplund
Socialstyrelsen



Gunnar Ågren
Statens folkhälsoinstitut



Evert Lindholm
Svenska kommunförbundet

Uppdrag och arbetsprocess

Integrationsverket och Migrationsverket inbjöd i januari 2003 till ett möte på GD-nivå i syfte att få till stånd en överenskommelse för integration och hälsa, som ett komplement till *Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare*¹, som slöts mellan centrala myndigheter i april 2001. En sådan överenskommelse skulle bl.a. tydliggöra vem som har ansvar för vad och visa hur en samverkan mellan hälso- och sjukvård, kommun, arbetsmarknad, skola och försäkringskassa skulle kunna skapa bättre förutsättningar för integration genom ett hälsofrämjande perspektiv. De deltagande organisationerna² beslutade att:

- Träffa en överenskommelse om integration och hälsa. Överenskommelsen bör syfta till att samtliga invånare skall ha lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter också när det gäller individens hälsa och välmående. Den bör tydliggöra vem som har ansvar för vad, samt visa på hur samverkan mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvård, kommun, arbetsmarknad, försäkringskassa och forskning kan genomföras.
- Arbetet görs i två steg. Steg ett handlar om hälsa och den första tiden i Sverige, med en delöverenskommelse som undertecknas under hösten 2003. Steg två tar upp det vidare perspektivet integration och hälsa.
- Samtliga parter utser en representant – »expert« – till en kommande arbetsgrupp, som ska arbeta fram ett förslag till den första delöverenskommelsen om hälsa och den första tiden i Sverige.

Arbetsprocess

Arbetsgruppen har träffats 10 gånger, varav ett tvådagarsmöte i internatform. Förutom en probleminvente-

1 Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare träffades i april 2001 mellan Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket, Migrationsverket, Skolverket och Svenska kommunförbundet i syfte att utgöra en plattform för samordnat förändringsarbete och stärka samarbetet mellan berörda myndigheter.

2 Integrationsverket, Migrationsverket, Landstingsförbundet/Svenska kommunförbundet, Statens folkhälsoinstitut, Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), Karolinska Institutet, Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket (Arbetsmarknadsverkets och Skolverkets representanter fick förhinder)

ring har processen handlat om att skapa samsyn kring centrala begrepp³. Arbetsgruppen har haft besök av personer som genom forskning, projekt eller utredningar har skapat en bild av hur situationen kan förbättras genom ökad kunskap, samverkan och att varje part ser sin del som »stödkonstruktion« för individen.⁴ För att få med synpunkter från introduktionsdeltagare och personal, har en specialstudie där man arbetat med fokusgruppsintervjuer genomförts i Gävle och Stockholm på uppdrag av Integrationsverket (Ekblad 2003).

Arbetsgruppen har diskuterat förutsättningarna för att samverka om en hälsofrämjande introduktion samt minska behovet av hälso- och sjukvård och nyttjande av välfärdssystemet samt verka för en bättre etablering. Ohälsa och sjukdom är i sig en riskfaktor som kan innebära att en person som är nyanländ i Sverige blir socialt exkluderad. Det handlar ofta om samverkande faktorer, som att man blivit utsatt för traumatiska livshändelser före ankomsten i Sverige eller brister i mottagandet, som kan leda till utstötthet, social marginalisering och ohälsa.

Till skillnad från *Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare*, som i huvudsak fokuserar på introduktionen till svenskt arbetsliv, har denna arbetsgrupp enligt sina direktiv inkluderat introduktion av barn, handikappade, sjuka och äldre personers etablering i Sverige på jämlika villkor. Detta har gjorts dels för att förbättra introduktionen för de grupper som inte är aktuella för arbetsmarknaden, dels för att dessa personer ingår i familjer med personer vars arbetsinriktade introduktion blir störd om familjen inte fungerar väl, exempelvis för föräldrar till handikappade barn eller vuxna vars föräldrar som kommit hit som anknytningsgrupper. Det är vidare viktigt att personer med arbetsoförmåga, eller med risk för arbetsoförmåga, får jämlika möjligheter till arbetsinriktad rehabilitering och/eller en anpassad introduktion som utgår från den enskildes behov. Det finns en stor risk att personer med sjukdom eller ohälsa permanent kommer

3 Definitioner på centrala begrepp återfinns i bilaga 1.

4 Lars Rådch, utredare för Etableringen i Sverige, Katarina Löthberg och Lars Jansson från Equal-projektet ReKomp i Uppsala och Malmö samt Fredrik Lindencrona från projektet Hälsofrämjande introduktion som genomförs av Karolinska Institutet (KI) på uppdrag av Integrationsverket.

att uteslutas från svenskt samhällsliv, och att introduktionen därmed endast kommer att vara fullt funktionell för de helt »friska«. Kunskapen om introduktionens betydelse för en förbättrad hälsa behöver utvecklas.

Under arbetets gång har de medverkande organisationerna och myndigheterna enats om att i ett första steg formulera en samsyn kring frågor som rör hälsa och inträdet till det svenska samhället.

Kompletterat och delvis förändrat uppdrag

Vid ett uppföljande GD-möte i september 2003 identifierades tre huvudsakliga områden:

- Problembeskrivningen. Vad är respektive myndighets enskilda uppdrag? Synliggöra brister i ansvarsfördelningen.

- Varje myndighet bör beskriva sitt ansvar – offensivt. Samverkan, när den är effektiv, är inte alltid traditionell. Arbetsgruppen bör söka framkomliga vägar.
- Arbetsgruppen bör påtala brister i system och regelverk, områden som varken täcks in av myndigheternas specifika eller allmänna uppdrag.

Mötet enades om att ge arbetsgruppen i uppdrag att arbeta fram ett dokument som innehåller en bakgrundsbeskrivning, med exempel på systembrister, samt tre huvudområden:

- Varje myndighets ansvar. Vad kan göras utifrån ett konkret och offensivt perspektiv?
- Klargöra vilka områden som kräver samverkan för att det ska ge resultat.
- Visa på områden som faller mellan stolar. Behöver regeringen precisera ansvarsområden?

GD-gruppen var överens om att istället för en överenskommelse formulera en nationell samsyn om Hälsa och den första tiden i Sverige och att arbetet skulle pågå till februari 2004.

Hälsa och integration – folkhälsomål

»Integrationsperspektivet kommer att få en mer framträdande plats i det folkhälsopolitiska arbetet. Som ett led i detta bör insatserna som syftar till att förbättra hälsan hos invandrare öka.« Så inleds avsnittet om folkhälsa i Regeringens skrivelse 2001/02:129 *Integrationspolitik för 2000-talet*. Ett förverkligande av integrationspolitikens mål – lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund – omfattar även hälso- och socialpolitikens områden. Att tillvarata sina rättigheter genom att vara en aktiv samhällsmedborgare förutsätter god hälsa. I regleringsbrev för år 2004 har Integrationsverket, i likhet med 17 andra myndigheter⁵, fått i uppdrag att redovisa hur verket beaktar folkhälsan inom sitt verksamhetsområde samt redogöra för vilka insatser som har vidtagits eller kommer att vidtas för att nå det övergripande folkhälsomålen och målen för de elva målområdena i proposition 2002/03:35 *Mål för folkhälsan*.

Internationella åtaganden kring hälsa

Världshälsoorganisationen⁶

Allt sedan WHO inledde sitt arbete med att utveckla hälsofrämjande strategier för en förbättrad hälsa världen över, med konferenser i Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991, Jakarta 1998 och Mexico City 2000 som viktiga hållpunkter har utvecklingen fortgått framgångsrikt. Vid konferensen i Ottawa identifierades följande resurser och villkor som fundamentala för hälsa: fred, skydd, utbildning, mat, inkomst, ett stabilt eko-system, hållbara resurser samt social rättvisa och jämlikhet mel-

lan kön, minoriteter/majoriteter osv. I det hälsofrämjande arbetet ses hälsa (WHO 1986, sid. 1):

- som en resurs för var och ens vardagliga liv, inte som målet med livet
- som ett positivt begrepp som omfattar sociala och personliga resurser så väl som fysiska förutsättningar
- som beroende av hur en individ eller en grupp ges möjligheter att förverkliga sina ambitioner, att tillfredsställa sina behov och att förändra eller hantera sin omgivning
- skapad och levd av människor i deras vardagliga miljöer där de lever med familj och vänner, lär, arbetar, engagerar sig i sin fritid m.m.

Vid den senaste konferensen i Mexico City 2000, som handlade om hur idéer och forskningserfarenheter kring hälsofrämjande strategier kan omsättas i praktisk handling, kom hälsoministrar från 85 länder (däribland Sverige) överens om flera punkter (WHO, 2000). Sverige har genom detta skrivit under bl.a. följande punkter:

- att främjandet av hälsa och social utveckling är en central angelägenhet och ansvar för de politiska systemen som alla sektorer av samhället delar
- att det är viktigt och brådskande att påverka de sociala, ekonomiska och miljörelaterade faktorer som påverkar hälsan och att det kräver förstärkta mekanismer för samverkan för det hälsofrämjande arbetet över alla sektorer och på varje nivå i samhället
- att positionera främjandet av hälsa som en fundamental prioritering i lokala, regionala, nationella och internationella policys och program
- att ta den ledande rollen i att tillförsäkra aktivt deltagande av alla sektorer och det civila samhället, i implementeringen av hälsofrämjande verksamhet som stärker och utvecklar samverkan för hälsa
- att utveckla hälsoprioriteringar och att etablera hälsofrämjande policys och program för att tackla dessa
- att stödja forskning som för fram kunskap om de valda prioriteringarna
- att mobilisera finansiella och operationella resurser för att skapa mänsklig och institutionell kapacitet för utvecklingen, implementeringen, tillsynen och utvärderingen av landsomfattande handlingsplaner.

En hälsofrämjande introduktionsprocess bör inkludera ovanstående punkter. På så sätt kommer vår för-

5 Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Boverket, Integrationsverket, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Myndigheten för skolutveckling, Naturvårdsverket, Räddningsverket, Riksförsäkringsverket, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Statens jordbruksverk, Statens kulturråd, Statens skolverk, Statens strålskyddsinstitut, Ungdomsstyrelsen och Vägverket.

6 Texten hämtad från PM *Hälsofrämjande introduktion, en jordmån för god start i Sverige* av Ekblad, Lindencrona och Johansson Blight till ensamtutredare Lars Rådth (SOU 2003:75).

ståelse av hälsofrämjande nära Labonté & Littles (1992) definition av hälsofrämjande: en aktivitet eller ett program som är ämnad att förbättra sociala och miljömässiga levnadsvillkor på ett sådant vis att människors upplevelse av välbefinnande ökar⁷ (WHO 2001).

Barnkonventionen⁸

FN:s konvention om barnets rättigheter antogs av FN:s generalförsamling den 20 november 1989. Sverige ratificerade barnkonventionen 1990, som ett av de första länderna.

Barnkonventionen är en del av den internationella folkrätten och ger en universell definition av vilka rättigheter som borde gälla för alla barn i hela världen. Definitionen ska gälla i alla samhällen, oavsett kultur, religion eller andra särdrag. Konventionen handlar om det enskilda barnets rättigheter. Varje människa under 18 år räknas som barn, om inte han eller hon blir myndig tidigare enligt den nationella lagstiftningen. Barnkonventionen gäller för alla barn som befinner sig i ett land som har ratificerat den.

Artiklarna 2, 3, 6 och 12 anger huvudprinciperna i Barnkonventionen och är vägledande för hur helheten ska tolkas. Artikel 2 slår fast att alla barn har samma rättigheter och lika värde. Ingen får diskrimineras. Artikel 3 anger att det är barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet. Begreppet »barnets bästa« är konventionens grundpelare och har analyserats mer än något annat begrepp i barnkonventionen. Vad som är barnets bästa måste avgöras i varje enskilt fall. Artikel 6 säger att varje barn har rätt att överleva, leva och utvecklas. Artikeln handlar inte bara om barnets fysiska hälsa utan också om den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen. Artikel 12 handlar om barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne och att hänsyn ska tas till barnets ålder och mognad. Artikel 39 tar upp att samhället »ska vidta alla lämpliga åtgärder för att främja fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning av ett barn som utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande eller övergrepp; tortyr eller någon annan form av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning; eller väpnade konflikter. Sådan rehabilitering och sådan återanpassning ska äga rum i en miljö som befrämjar barnets hälsa, självrespekt och värdighet.«

Folkhälsopropositionen

Riksdagen fattade den 16 april 2003 beslut om mål för folkhälsan utifrån regeringens proposition 2002/03:35

⁷ Engelsk originalversion »any activity or program designed to improve social and environmental living conditions such that people's experience of well-being is increased« (WHO 2001, sid 10).

⁸ Sammandrag av text hämtad från Barnombudsmannens hemsida, www.bo.se.

Mål för folkhälsan där ett stort antal identifierade myndigheter engageras för ökad folkhälsa. I detta sammanhang är integrationen ett viktigt politiskt område.

Enligt propositionen är utgångspunkten för folkhälso-politiska strävanden alla människors lika värde. Det betyder att varje individ ska ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar. Hälsan och ohälsan, som vi i dag kan mäta dem, är ojämnt fördelade. Det beror mer på olika livsvillkor och levnadsvanor än på genetiska faktorer. Samhällets struktur kan också i sig vara den negativa faktor som utlöser ohälsa. Därmed är utvecklingen av hälsan något som är en samhällelig angelägenhet. För ett demokratiskt samhälle, med den humanistiska människosynen som grund, är det självklart att ändra de villkor som främst skapar de påverkbara skillnaderna i hälsa.

I propositionen anförs vidare att varje individ måste ha möjligheter att nå den hälsa som är individuellt möjlig.

Enligt propositionen har folkhälsan, mätt i medellivslängd och dödlighet, stadigt förbättrats under de senaste årtiondena. Trots en ökad medellivslängd har antalet »friska« år dvs. år med fullgod hälsa inte ökat. Snarare kan man se en svag nedgång av antalet år med full hälsa för både män och kvinnor, men nedgången är tydligare för kvinnor. En betydande försämring har skett i befolkningen när det gäller psykisk ohälsa i form av nedstämdhet, ångslan, oro, ångest och sömnbesvär. Nästan dubbelt så många kvinnor som män lider av psykisk ohälsa. Kvinnors och mäns skilda villkor beträffande arbetsförhållanden, familjesituation, sociala relationer och ekonomiska tillgångar resulterar i olika sjukdomsmönster för kvinnor och män. Samtidigt som kvinnor lever längre än män uppvisar de fler symptom på sjuklighet. En annan stor utmaning för folkhälsan i Sverige är de omfattande ojämlikheterna i hälsa. De sociala skillnaderna i hälsa är påtagliga och förefaller inte ha minskat under den senaste tjugoårsperioden. Arbetare har genomgående större hälsoproblem än tjänstemän. Vidare har lågutbildade betydligt fler hälsoproblem än högutbildade.

Flera studier visar att personer som har invandrat till Sverige har sämre hälsa än genomsnittsbefolkningen (FHI 2002). En orsak till detta kan vara den diskriminering som många personer med utländsk bakgrund utsätts för t.ex. på arbets- och bostadsmarknaderna. Därutöver spelar levnadsvanor in samt erfarenheterna som har legat till grund för själva migrationen. För flyktingar är orsak till migrationen ofta traumatiska upplevelser i samband med krig, konflikter, förföljelser och tortyr⁹. Även tidigare förhållanden i hemlandet påverkar

⁹ Enligt diagnosmanualen (DSM-IV), *American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition, Washington, D.C., 1995) är kriteriet för PTSD att den drabbade personen skall ha varit utsatt för en traumatisk händelse med båda följande karakteristiska: 1. den drabbade skall ha upplevt, bevittnat eller konfronterats med en eller flera händelser som involverar faktisk eller hotande död eller allvarlig skada, eller ett hot mot den egna eller andras fysiska integritet. 2. den drabbades reaktion skall karakteriseras av intensiv rädsla, hjälplöshet eller fasa (vår anmärkning).

invandrades hälsa. Precis som för svenskfödda förekommer stora hälsoskillnader mellan könen.

Regeringen framhåller i propositionen att jämlikhet, jämställdhet och effektivitet bör vara viktiga utgångspunkter för folkhälsoarbetet. Jämlikhet innebär att människor oavsett klasstillhörighet, etnisk eller kulturell bakgrund, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder skall ges samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor. Jämställdhet i folkhälsoarbetet fokuserar på ojämlikheter i hälsa mellan könen. Effektivitet innebär att folkhälsoarbetet koncentreras till områden där vetenskap och beprövad erfarenhet talar för att bristen på insatser skulle kunna leda till ohälsa. Ett effektivt folkhälsoarbete bör innehålla både sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är enligt regeringen viktigt att understryka att hälsofrämjande insatser och ett hälsofrämjande perspektiv dessutom bör genomsyra hela samhället.

Satsningen på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bör enligt regeringens bedömning intensifieras ytterligare på lokal nivå. Regeringen ser med stor tillfredsställelse på den utveckling som skett under senare år med bl.a. ökad samverkan mellan myndigheter och frivilliga organisationer. Det finns enligt regeringens bedömning en stor potential i att utveckla denna samverkan ytterligare. Regeringen betonar också kommunernas och landstingens lagstadgade ansvar att arbeta med att främja hälsa genom förebyggande verksamhet. Vidare bedömer Statens folkhälsoinstitut att forskning och utvärdering av hälsofrämjande strategier på systemnivå i kommuner och landsting saknas.

Regeringen anser att det övergripande folkhälsomålet och målområdena bör kunna vara vägledande och fungera som stöd och inspiration i arbetet på lokal och regional nivå. Kommuner och landsting, frivilligorga-

nisationer och övriga aktörer kan bryta ned mål och delmål så att de blir uppföljningsbara och användbara utifrån olika aktörers behov och förutsättningar samt vidta åtgärder för att nå dessa mål. Ideella organisationer fyller viktiga funktioner i det lokala samhället, varför samarbete med ideella organisationer ofta kan vara av stort värde för folkhälsoarbetet på lokal nivå.

Riksdagsbeslut om mål för folkhälsan

Det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet ska vara att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Många faktorer i samhället påverkar folkhälsan. Det politiska ansvaret är fördelat mellan olika delar och nivåer i samhället. Ett samlat folkhälsoarbete kräver därför insatser av flera samhällsaktörer och inom flera politikområden. Riksdagen beslutade om elva målområden som visar kommuner, landsting, frivilligorganisationer och andra aktörer hur de egna verksamheterna kan inordnas i arbetet för att nå det övergripande målet.

Folkhälsa och integration

De uppsatta folkhälsomålen ger en tydlig anvisning om behovet av samverkan mellan samhällets olika aktörer. Det inledda arbetet kring folkhälsa kopplat till etablering och integration, med en fokusering på hälsa och den första tiden i Sverige, är alltså helt i linje med riksdagens beslut.

Arbetsgruppen har formulerat principer för nationell samsyn avseende »Hälsa och den första tiden i Sverige«, samt identifierat angelägna förändringsområden för den fortsatta utvecklingen av de berörda parternas arbete kring en förbättrad introduktion.

Hälsa och den första tiden i Sverige

Arbetsgruppen¹⁰ har haft i uppdrag att ge en problembeskrivning, beskriva respektive myndighets uppdrag, identifiera områden som kräver samverkan för att resultat skall uppnås samt påtala brister i system och regelverk, områden som varken täcks in av myndigheternas specifika eller allmänna uppdrag.

Detta dokument, som utgör bilaga till *Nationell samsyn kring hälsa och den första tiden i Sverige*, ger en översiktlig bakgrund och problembeskrivning. I dokumentet pekas några angelägna utvecklingsområden ut, och olika ingångar för de nyanländas etablering i Sverige beskrivs. Vidare görs en kortare sammanställning av det gemensamma kunskapsläget inom området och en kort beskrivning av de medverkande myndigheternas generella uppdrag.

Arbetsgruppen har diskuterat förutsättningarna för att genom en samsyn samverka om en hälsofrämjande introduktion samt minska behovet av hälso- och sjukvård och nyttjande av välfärdssystemet samt verka för en bättre etablering av de nyanlända. Arbetsgruppen konstaterar att ett hälsofrämjande perspektiv bör känneteckna all samverkan och alla insatser som görs i syfte att öka möjligheterna för människors etablering och delaktighet i det svenska samhället. Ohälsa och sjukdom är i sig en riskfaktor som kan leda till socialt utanförskap för en person som är nyanländ i Sverige. Det handlar ofta om samverkande faktorer, såsom exponering av traumatiska livshändelser före ankomsten i Sverige eller brister i mottagandet.

Till skillnad från *Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare*, som i huvudsak fokuserar på en arbetsmarknadsintroduktion, har denna arbetsgrupp enligt sina direktiv inkluderat introduktion av barn, handikappade, sjuka och äldre personers etablering i Sverige på jämlika villkor. Detta

har gjorts för att förbättra introduktionen för samtliga nyanlända, både de grupper som står relativt nära arbetsmarknaden, och de grupper som står längre från eller inte är aktuella för arbetsmarknaden.

Under arbetets gång har de medverkande organisationerna och myndigheterna enats om att i ett första steg formulera en samsyn kring frågor som rör hälsa och inträdet till det svenska samhället, vilka presenterats i det underskrivna huvuddokumentet. Nedan anges några särskilt angelägna utvecklingsområden som arbetsgruppen anser bör stå i fokus under en fortsatt arbetsprocess.

Särskilt angelägna utvecklingsområden

Följande förslag på aktiviteter syftar till att påskynda utvecklingsprocessen inom området »hälsa och den första tiden i Sverige«. Utifrån några av dessa förslag har ett pilotprojekt utvecklats av IPM och KI, till vilket deltagarna i arbetsgruppen givit sitt stöd.

- Kontinuerlig uppföljning av stödstrukturernas förmåga att främja hälsosamma och minska ohälsosamma effekter i »hela introduktionskedjan« för alla individer.
- Utveckling av adekvata indikatorer på individ- och systemnivå så att hälsoutvecklingen hos personer som är nyanlända i Sverige kan följas upp över tid.
- Forskning/uppföljning av utnyttjande/nyttan av hälsoundersökning.
- Forskning/uppföljning kring individuella och miljömässiga faktorer för arbete och etablering för målgruppen.
- Forskning/uppföljning kring personalens behov av kompetens och handledning i bemötande och hälsofrågor.
- Forskning/uppföljning kring framgångsrika program för att realisera introduktionens hälsofrämjande potential för deltagare och personal på nationell, regional och lokal nivå
- Utveckling av hälsokonsekvensanalyser som ett verktyg för att tydliggöra hur olika beslut, lagar, etc. påverkar hälsan hos berörda.

10 Integrationsverket: Else Berglund och Björn Colliander, IPM: Solvig Ekblad, KI: Fredrik Lindencrona/Åke Seiger, Landstingsförbundet: Stig Wintzer, Migrationsverket: Annelie Westerling/Clas Lind, Myndigheten för skolutveckling: Emily Broström/Agneta Nilsson, Riksförsäkringsverket: Ylva Eklund, Socialstyrelsen: Claes Tollin, FHI: Brita Törnell, Svenska kommunförbundet: Qaisar Mahmood/Stig Wintzer.

Ingångar

Vägen in i det svenska samhället kan ske på olika sätt, vilket också ger olika förutsättningar för etableringen i Sverige:

- A För den som söker asyl och beviljas uppehållstillstånd sker inträdet stegvis, via Migrationsverkets mottagningsystem, därefter till introduktionsprogram i kommunerna och vidare till det generella systemet.
- B Nära anhöriga till gruppen A (som kommit inom två år efter att A fått uppehållstillstånd) och kvotflyktingar kommer till Sverige med beviljat uppehållstillstånd och bosätter sig direkt i någon kommun. De omfattas liksom gruppen A av ersättningsförordningen¹¹, vilket innebär att de har rätt till individuellt utformade introduktionsprogram.
- C Andra invandrare, ofta anhöriga till grupp A och B, har någon form av uppehållstillstånd när de kommer till Sverige och bosätter sig direkt i någon kommun. De har rätt till kostnadsfri svenskundervisning, men har i övrigt inga särskilda rättigheter utöver det som gäller inom det generella systemet. Vissa kommuner erbjuder dock liknande introduktionsinsatser även till andra nyanlända än de som omfattas av ersättningsförordningen.

Via Migrationsverkets mottagningsystem¹²

Asylsökande som kommer till Sverige vänder sig till Migrationsverket, som har personal både vid gränsen och inne i landet. Så snart som möjligt efter det att den asylsökande har lämnat sin ansökan utreds om den sökandes skäl för asyl är tillräckliga. Om det bedöms att den asylsökande kan komma att få nej på sin ansökan, ser verket till att han eller hon får juridisk hjälp av ett så kallat offentligt biträde.

Om skälen för asyl inte är tillräckliga beslutar Migrationsverket om avvisning. Den asylsökande kan då antingen acceptera beslutet och resa hem eller överklaga beslutet till Utlänningsnämnden. Om också Utlänningsnämnden bedömer att skälen för asyl inte är tillräckliga, avslår nämnden överklagandet. Utlänningen ska då lämna Sverige. Migrationsverket kan bistå med viss hjälp, till exempel betala och anordna hemresan. Om personen inte självmant vill resa hem, blir det polisens uppgift att se till att han eller hon lämnar Sverige.

De allra flesta som får nej av Migrationsverket överklagar beslutet. Det betyder en ny väntan. Många kan få vänta sammanlagt mellan ett och två år innan deras ärenden avgjorts slutgiltigt av Utlänningsnämnden. Väntan blir ännu längre om en ny ansökan (vilket kräver nya skäl) lämnas in.

Personer som har sökt asyl i Sverige och väntar på beslut får välja om de vill bo hos släkt och vänner eller på någon av Migrationsverkets förläggningar. Mer än

hälften väljer att ordna sitt boende själv. Under väntetiden ska alla asylsökande (även de som ordnat eget boende) delta i organiserad verksamhet av olika slag. Det kan till exempel handla om svenskundervisning, engelska, data, snickeri, sömnad, praktik eller att hjälpa landsmän tillrätta.

Asylsökande får ha ett vanligt arbete, om deras ärende hos Migrationsverket beräknas bli längre än fyra månader. De som har egna pengar ska betala för sitt uppehälle.

Asylsökande kan få hjälp med bostad, ofta på förläggning. De asylsökande som inte har egna pengar kan från Migrationsverket få dagersättning som ska räckta till mat, kläder och skor, fritid, hälsa och hygien m.m. Dagersättningen kan sänkas om de asylsökande håller sig undan och försvårar asylutredningen eller om de inte deltar i den organiserade verksamhet som ordnas av enheten.

Asylsökandes rätt till vård

Asylsökande har rätt till hälsoundersökning samt till akut sjuk- och tandvård och till vård som inte kan anstå. Det är den ansvarige läkaren eller tandläkaren som bedömer vad som är sådan vård.

Asylsökande barn och gömda barn har samma rätt till sjuk- och tandvård som de barn som är bosatta i Sverige.

Asylsökande barns rätt till skola

Asylsökande barn och ungdomar upp till 19 år har sedan 1 januari 2002 samma rättigheter till förskola, förskoleklass, särskola, skolbarnomsorg samt utbildning i grund- och gymnasieskola som barn bosatta i Sverige. Det är vårdnadshavaren som söker om plats och det är kommunen som ansvarar för att erbjuda undervisning. Asylsökande barn har dock ej skolplikt.

Barn i familjer som fått avslag och är gömda har inte rätt att gå i skolan. Barn som bor »öppet« i väntan på att avvisning ska verkställas får gå kvar i skolan och skolbarnomsorgen liksom i förskolan och förskoleklassen till dess att de lämnar landet.

Den som får sin asylansökan beviljad, antingen av Migrationsverket eller av Utlänningsnämnden, får i regel permanent uppehållstillstånd.

Via introduktionsprogram i kommunerna¹³

Asylsökande som får uppehållstillstånd blir skrivna i den kommun där de bor. Då upphör dagersättningen, och kommunen tar över ansvaret för att, i samverkan med andra aktörer, samordna introduktionen.

Staten betalar via Integrationsverket ut ersättning till kommuner och landsting för flyktingmottagande. Ersättningsförordningen omfattar den som fått uppehållstillstånd som direktinrest kvotflykting eller efter att ha sökt asyl, dvs. den som gått igenom Migrationsverkets mottagningsystem (oavsett skälen för uppehållstillstånd). Dessutom omfattas nära anhöriga som

11 Ersättningarna regleras i förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. (ErsF).

12 Ytterligare information finns på Migrationsverkets hemsida www.migrationsverket.se.

13 Ytterligare information finns på Integrationsverkets hemsida www.integrationsverket.se

kommit inom två år efter att en asylsökande eller en kvotflykting fått uppehållstillstånd. I undantagsfall kan andra anhöriga än make/maka/sambo och minderåriga barn få uppehållstillstånd på grund av familjeanknytning. Då krävs att man kan bevisa att man bott tillsammans omedelbart före släktingens flyttning till Sverige och att det finns ett ekonomiskt, socialt och känslomässigt beroendeförhållande.

Kommunen får en schabloniserad ersättning för varje flykting och annan utlänning som tas emot och omfattas av ersättningsförordningen. Ersättningen är tänkt att täcka kommunens ökade kostnader för, i genomsnitt, tre och ett halvt år. Därutöver får de kommuner som har en överenskommelse om flyktingmottagande med Integrationsverket varje år en grundersättning.

Kommunen kan få ersättning för ensamkommande barn under 18 år, samt för särskilda kostnader för äldre, sjuka eller funktionshindrade. En kommun kan också söka ersättning för kostnader som inte täcks av andra ersättningar. Det gäller endast kostnader under introduktionen, dvs. år för uppehållstillstånd och följande tre år.

Introduktionen är en säråtgärd som syftar till ett effektivt inträde i det svenska samhället.

Kommunen ska upprätta en introduktionsplan för varje nyanländ som omfattas av ersättningsförordningen. Introduktionsplanen samordnas med andra myndigheter. Efter avslutad introduktion ska individen kunna ta del av och bidra till svenskt arbets- och samhällsliv. Individen ansvarar själv för sin introduktion och kommunen ansvarar för att personen får det stöd som behövs för att introduktionen ska bli framgångsrik. Den nyanländes utbildning, kunskaper och erfarenhet beaktas. Introduktionstiden är i normalfallet högst två år, men kan förlängas med hänsyn till individens behov.

Vårdkostnader

Landsting och kommun kan söka ersättning för kostnader för hälsoundersökningar. Ersättning betalas för personer med uppehållstillstånd, som inte har varit inskrivna vid någon av Migrationsverkets mottagningsenheter, s.k. kvotflyktingar och anknytningar, men bara om de inte har hälsoundersökts tidigare eller om undersökningen görs av smittskyddsskäl. Staten skall ansvara för alla kostnader för hälso- och sjukvård åt asylsökande.

För personer som omfattas av ersättningsförordningen kan både landsting och kommuner även söka ersättning för långvarig och kostnadskrävande vård och behandling eller insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) m.m. Då måste behovet av vård ha funnits vid ankomsten till Sverige och finnas kvar i minst tre år.

Direkt bosättning i kommun

Övriga nyanlända med uppehållstillstånd, kommer direkt in i det generella systemet, dvs. omfattas av samhällets generella stöd utifrån de allmänna regler som gäller.

Kommunerna får ingen särskild statlig ersättning för att ordna individualiserad introduktion för målgruppen. I allt högre grad erbjuder dock kommunerna en likartad möjlighet till introduktion, som för flyktingar. Skälet är att många ur denna grupp har lika stora behov av stöd för att nå målet om egenförsörjning som flyktinggruppen. I praktiken är skillnaden mellan gruppen arbetslösa invandrades och flyktingars behov av introduktion ingen annan än kommunens direkta skyldigheter. Landstingen får ingen särskild ersättning från staten för hälso- och sjukvård åt nyanlända med uppehållstillstånd.

Många ur denna grupp får sin huvudsakliga försörjning täckt genom socialtjänstens försörjningsstöd.

Försörjningsstöd

Försörjningsstödet, ofta kallat socialbidrag, är inte tänkt att vara en permanent form av försörjning, utan utgör ett yttersta skydd när inga andra försörjningsformer står till buds. Den som lever på försörjningsstöd har begränsade möjligheter att själv bestämma över och planera sin ekonomi. Som exempel kan nämnas att man inte »får«¹⁴ äga avyttringsbara tillgångar (bostadsrätt, bil etc.) även om det skulle gynna ekonomin. Att man inte kommit in på arbetsmarknaden – och därmed inte omfattas av de till arbetsmarknaden kopplade försäkringarna – är en vanlig orsak till försörjningsstödsberoende. Reformen med äldreförsörjningsstöd, som trädde i kraft den 1 januari 2003, innebär att gruppen äldre invandrades ekonomi normaliserades.

Under 1980- och 1990-talen skedde en dramatisk ökning av försörjningsstödsomkostnaderna i Sverige. Den ökade flyktinginvandringen, särskilt i början av 90-talet, har starkt bidragit till denna ökning. Ca en tredjedel av samtliga bidragshushåll under hela 90-talet bestod av hushåll med utländsk bakgrund, samtidigt som hälften av de totala kostnaderna gick till dessa hushåll. Detta berodde bl.a. på den allmänna ekonomiska försämringen under 90-talets början med ökad arbetslöshet, vilket drabbade den invandrade befolkningen särskilt hårt (Franzén 2003).

Statistik över mottagandet under 2003¹⁵

Under år 2003 fick 46 857 personer uppehållstillstånd i Sverige. Drygt hälften, 24 553 fick tillstånd på grund av anknytning, av dem är 4 763 anhöriga till flyktingar och har anlänt inom två år efter att den anhörige fått uppehållstillstånd (dvs. omfattas av ersättningsförordningen).

5 518 fick tillstånd sedan de sökt asyl, av dem fick 4 326 tillstånd på humanitära grunder, dvs. bedömdes inte ha flyktingskäl. Dessutom fick 942 personer tillstånd på den s.k. flyktingkvoten.

14 Detta tolkas lite olika av kommunerna, därför får det stå inom citattecken.

15 Statistiska uppgifter hämtade från www.migrationsverket.se.

Det betyder alltså att av dessa 46 857 omfattas 11 223 personer av ersättningsförordningen – 5 518 har passerat Migrationsverkets mottagningssystem, 4 763 är nära anhöriga och 942 kvotflyktingar.

Övriga uppehållstillstånd:

- 9 234 enligt EU/EES-avtalet
- 5 509 gäststuderande

- 782 adoptivbarn
- 319 personer fick permanent uppehållstillstånd av arbetsmarknadsskäl
- 10 169 personer fick tidsbegränsade uppehållstillstånd av arbetsmarknadsskäl

Problemorientering

I detta avsnitt ges en kort översiktlig beskrivning av de områden som arbetsgruppen diskuterat.

Ett flertal rapporter pekar på att ohälsa och hälsorelaterad problematik har sin grund i flera samverkande faktorer mellan individ och miljö på olika nivåer, och troligen är ohälsa det största individuella hindret för en framgångsrik introduktion. Då detta inte behandlas i den centrala överenskommelsen har Integrationsverket initierat en utökad samverkan med ytterligare aktörer för att bredda målgruppen och minska ohälsans effekter vid etableringen i Sverige. Arbetet har lett till en ökad samsyn kring hälsa och vikten av hälsofrämjande åtgärder och tidiga insatser under den första tiden i Sverige.

Tydliga utmaningar kring hälsa och den första tiden i Sverige

Det generella systemet är byggt med utgångspunkt från andra förutsättningar än de som gäller idag. Sammansättningen av Sveriges befolkning är heterogen och ser radikalt annorlunda ut idag än när välfärdssystemet byggdes upp.

Särlösningen introduktion är avsedd för att överbrygga initiala svårigheter innan individen fullt ut deltar i samhället. Tanken är att alla nyanlända som har särskilda behov ska få det stöd de behöver för att komma in i samhället. Tyvärr uppfattas ofta introduktion som en särlösning enbart för de individer som omfattas av ersättningsförordningen, vilket är olyckligt eftersom denna grupp enbart omfattar ca en tredjedel av alla nyanlända. Under de senaste tre åren har en utveckling skett av samverkan mellan myndigheter i syfte att förbättra introduktionen. Utgångspunkten har varit *Överenskommelse om utvecklingen av introduktionen för flyktingar och andra invandrare* som slöts mellan centrala myndigheter i april 2001. Målgrupp för introduktion är enligt överenskommelsen alla nyanlända, inklusive asylsökande. Fokus i överenskommelsen är egenförsörjning, vilket i första hand berör människor i arbetsför ålder.

Få idag blir många imorgon

I det lokala sammanhanget, i kommunerna, utgör personer som deltar i introduktionen en relativt liten del av befolkningen. Antalet personer som på grund av ohälsa inte kan tillgodogöra sig introduktionstiden på ett effektivt sätt är idag ca 25 procent. Över tid växer gruppen och blir ett allt tydligare problem i kommunen, eftersom det i princip saknas utflöde från gruppen. Sannolikheten för att de i ett senare skede av livet i Sverige kommer att bli egenförsörjande och aktivt deltagande personer i samhället är liten. Till problembilden bör läggas att personer med permanent funktionshindrande ohälsa riskerar att påverka sina anhörigas förutsättningar för introduktion.

Genom att tillåta att personer exkluderas från introduktionsinsatser på grund av ohälsa har vi drastiskt minskat samhällets möjligheter att faktiskt stödja personerna in i samhället, sannolikheten för att åtgärder skall lyckas minskar ju längre personen vistats i Sverige. Om förutsättningar för individualiserade insatser finns i ett tidigt skede ökar däremot sannolikheten betydligt för att individen blir en aktiv och egenförsörjande medborgare, trots eventuell ohälsa.

Det finns även data som visar att också nyanlända med goda förutsättningar stöter på hinder som gör att de misslyckas med sitt arbetsmarknadsinträde (Vogel et al 2002). Enligt en enkätstudie till 140 kommuner om samverkan i introduktionen visar preliminära resultat att samarbetet mellan ansvariga organisationer fungerar bäst om samordning sker parallellt på chefs- och handläggarnivå. Detta skapar fler alternativa vägar i introduktionen och en mindre frustrerande samverkansprocess. Samarbete och dialog med introduktionsdeltagaren kring planering av dennes etablering tycks även ha positiva effekter, t.ex. när det gäller egenförsörjning (Linden-crona et al 2003, Linden-crona 2004). För att förbättra förutsättningarna för alla nyanländas etablering behöver introduktionsprogrammen som genomförs av kommunala och statliga myndigheter för att understödja etableringsprocessen, utvecklas såväl under som efter programmets avslutning. Den kvalitativa studien med introduktionspersonal och chefer visar att hälsofrämjande strategier måste riktas till både individ- och systemnivå.

Hälsofrämjande introduktion

Introduktionsmiljön bör vara utformad i enlighet med Antonovskys (Antonovsky, 1987) begrepp om att skapa en känsla av sammanhang, där det blir centralt att verksamheten och insatser är meningsfulla och i överensstämmelse med den nyanländes behov. Perspektivet på introduktionsdeltagaren behöver därför vara att han eller hon har egna resurser och är en aktiv dialogpart kring planeringen och genomförandet av dennes introduktion (Lindecrona & Ekblad 2003). Utifrån resultaten av kvalitativa gruppintervjuer¹⁶ är följande faktorer av betydelse i bemötande av den nyanländes psykosociala behov:

- Att skapa en känsla av sammanhang genom att som nyanländ vara delaktig och aktiv är av central betydelse för den enskilde och anhörigas hälsa och återhämtningsförmåga.
- Att utgå från individuella behov och erbjuda en hälsofrämjande introduktion med psykosociala strategier, samordning och uppföljning mellan aktörer samt den enskilde.
- Att främja kompetensutveckling hos personal i mottagandet som inte bara handlar om en ökad utbildning utan också om attityder och en attitydförändring.

Vad är ohälsa

Upplevelsen av hälsa/ohälsa är nära kopplat till individens upplevelse av att kunna agera och att kunna påverka sin situation. Ohälsa skulle därmed kunna definieras som subjektivt upplevd nedsättning av den fysiska och/eller psykiska förmågan, dvs. att personen mår så dåligt att det påverkar funktionsförmågan och övrig livssituation, oavsett om man »objektivt sett« är sjuk eller frisk. Det omgivande samhället och personens reaktion på sin egen hälsa/ohälsa spelar stor roll. Några citat från specialstudien åskådliggör detta:

Introduktionsdeltagare: Varför ska man lämna sitt land och komma till nya länder och tvingas börja om från början. T.ex. (pekar i rummet) han är läkare, jag är ingenjör, han är ingenjör, de andra har också bra erfarenhet från något yrke. Där (i hemlandet) kanske man har bra hälsa men man har också många problem. Man vill undvika problemet, eller man kan inte stanna där, man flyr och kommer hit. Här får man dålig hälsa under väntan i början.... Det här landet det ska bli vårt land, vi måste vara aktiva här. Om man tappar hälsan, hur ska man vara aktiv?

Introduktionsdeltagare: Jag tror att hälsan är ett ord som betyder allt med kroppen och situationen också. Det är jätteviktigt att man känner sig frisk, annars händer ingenting... en person eller människor är de viktigaste resur-

serna för ett samhälle. Och om man blir sjuk, kan man inte jobba (Ekblad 2003).

Inkomstbaserade försäkringar

En utrikes född person som aldrig arbetat i Sverige, omfattas inte av det generella systemets inkomstbaserade socialförsäkringsförmåner, t.ex. sjukpenning. För asylsökande som har arbetat i Sverige är situationen oklar. Arbetsförmedlingens uppdrag att genomföra arbetsinriktad rehabilitering för personer som inte har arbetat i Sverige och har en funktionsnedsättning p.g.a. av sjukdom eller handikapp prioriteras inte. Kommunerna kan inte, som försäkringskassan, hindra »felaktiga« intyg/sjukskrivningar/sjukanmälningar där frånvaro från planerade aktiviteter har andra orsaker än sjukdom. De saknar medel, kompetens och till viss del incitament för att förhindra utslagning p.g.a. ohälsa.

Angående framtidens introduktion går vi mot en utveckling där varje myndighet tar ett tydligare ansvar för introduktionen inom ramen för sina ordinarie uppdrag. Rådhuset föreslår i utredningen *Etableringen i Sverige – möjligheter och ansvar för individ och samhälle* (SOU 2003:75) att introduktionens roll som en samlösning skall minska. Vi ser att risken är stor för att de grupper vi talar om, de som står längst ifrån arbetsmarknaden, kommer att i än högre grad exkluderas från särskilda insatser inom introduktionen och därmed vägen i Sverige.

Ohälsa och sjukdom är i sig en riskfaktor för att bli socialt exkluderad för en person som är nyanländ i Sverige. Det handlar ofta om samverkande faktorer, såsom exponeringar av traumatiska livshändelser före ankomst och i brister i bemötandet under mottagningsprocessen, som kan leda till utstötthet och social marginalisering. Arbetslöshet och misslyckad etablering påverkar stresspanoramats, eftersom det leder till förlorad social samvaro, status och bekräftelse samt till svag ekonomi, vilket i sin tur leder till stigande negativ hälsospiral för den enskilde individen. Dessutom har en bristande institutionell effektivitet i mottagandet och introduktion av flyktingar framkommit. Därför behöver samsynen fokusera på introduktionsprogrammets förutsättningar som bygger på att ge delaktighet och inflytande för de nyanlända i deras etablering samt integration.

Vad vi hittills vet

Ojämlighet i folkhälsan är ett stort problem generellt i samhället och ett ännu större problem i de områden som präglas av hög grad av segregation. Den sammantagna bilden visar att personer som invandrat till Sverige utsätts och har utsatts för fler risker att drabbas av ohälsa än majoritetsbefolkningen, vilket är oroväckande.

¹⁶ Nyanländas psykosociala behov och personalens kompetensbehov – en belysning genom fokusgruppsintervjuer i Gävle och Stockholm, Ekblad 2003

Hälsoläge bland nyanlända

Det saknas kunskap och statistik om hälsoläge bland dem som är nya i Sverige samt om rehabiliteringsbehov, men många olika rapporter (SOU 2000:3, SOU 1999:137, FHI's rapport 2002, Stiftelsen Äldrecentrum, Integrationsverket 2002) pekar på att utlandsfödda, vare sig de kommit som flyktingar eller som andra invandrare, har ökad risk för fysisk och psykisk ohälsa jämfört med infödda svenskar. Skillnaderna kvarstår även om man tar hänsyn till vissa skillnader i arbetsförhållanden och privat livssituation. De utlandsföddas ohälsa försämrar deras etablering och integration i samhället, påverkar övriga familjens hälsa och ger samhällsekonomiska konsekvenser.

Det finns ingen tydlig nationell bild, men olika lokala och regionala undersökningar visar att ohälsan är mycket hög under de invandrades första fem år i Sverige. Nyttjandet av sjuk- och hälsovård under de första åren i Sverige är flera gånger högre för en invandrare än en svensk. I synnerhet gäller detta för psykiatrisk vård (SoS 2003). Riksrevisionsverket pekar på att ca 25 procent som genomgår introduktion är sjukanmälda. Lokalt förekommer ännu högre siffror och variationen är stor mellan kommunerna.

Det finns inte några enkla samband mellan etnisk ursprung och hälsa. De utlandsföddas hälsa bestäms av olika faktorer på individ- och gruppnivå samt av samhällsfaktorer både i hemlandet och i Sverige. Levnads- och matvanor, kön, klasstillhörighet, utbildningsnivå och yrke är starkt relaterade till hälsa och påverkar individen i det nya landet. Att delta i ett meningsfullt sammanhang har stor betydelse för hälsan. Migrationen i sig innebär förlust av ett kulturellt och socialt sammanhang. Migrationen kan även innebära att individen tvingas till en lägre socioekonomisk position i sitt nya sammanhang.

Att många flyktingar lider av posttraumatisk stress är välkänt, men man glömmer lätt att migrationen i sig och det som händer i samband med den kan ge upphov till ytterligare påfrestningar i form av postmigrationsstress. Människor verksamma inom människovårdande yrken såsom vård, skola, omsorg, rättsväsende, socialtjänst etc. bör ha grundläggande kunskap om migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation. De bör även ha tillgång till kontinuerlig kompetensutveckling i bemötande och behandling av människor med olika bakgrund. Det behövs mer kunskap om hälsans – och ohälsans – konsekvenser för introduktionen och i förlängningen hela integrationsprocessen.

Personal: Många säger.... hur orkar ni arbeta med de här traumatiserade flyktingarna, och de har blivit torterade, och behöva lyssna till det... men det är ju inte det som är problemet, att möta de här personerna. Problemet är just den här zebrastrukturen runtomkring, att kunna göra något för dem.

Personal: Jag tycker det fattas en... jag tycker att folk skulle behöva en slags basutbildning i flyktingfrågor, och migrationsprocesser, bland annat (Ekblad 2003).

Frisk- och riskfaktorer

Inom folkhälsovetenskapen talar man om frisk- och skydds- och riskfaktorer. Det går inte att göra en strikt uppdelning i risk- och friskfaktorer. En frisk- och skyddsfaktor kan under vissa omständigheter förändras från något positivt och hälsofrämjande till något negativt som försämrar hälsan. Det gäller t.ex. arbete, socialt nätverk, »coping»¹⁷, självkänsla och livshållning. Det innebär inte nödvändigtvis att de övergår att bli riskfaktorer, men de upphör att vara frisk- och skyddsfaktorer. Det gör individen mer utsatt.

Frisk- och skyddsfaktorer för nyanlända är arbete, sociala stödsystem, nätverk/vänner, och förmåga att bemästra nya situationer. I det senare ligger förmågan till stresshantering och också en optimistisk grundsyn på livet. Vi vet också att en friskfaktor för barn är föräldrar som orkar se dem och svara på deras känslomässiga behov, att de har en känslomässigt varm och stödjande relation till båda sina föräldrar, förmåga att få vänner men också att lösa konflikter och ha en optimistisk syn på livet. En frisk- och skyddsfaktor för barn är också kontinuitet i tillvaron. Många barnfamiljer har erfarenheter av flera flyttningar under asyl- och introduktionsperioden, något som skulle behöva belysas närmare.

Riskfaktorer är låg utbildning, ekonomiska svårigheter, låg kontroll och låg känsla av sammanhang. Till riskfaktorerna hör också avsaknad av vänner, ojämlika relationer och kränkningar inom familjen.

Förändrade vanor

Den generella politiken garanterar en materiell miniminivå för levnadsstandarden som ofta ligger över den nivån individen hade i hemlandet. Många personer som invandrar till Sverige får uppleva en höjd materiell standard. Synen på förebyggande hälso- och sjukvård kan vara annorlunda och standarden är ofta högre i Sverige. Även kostvanor, väderlek och andra faktorer som påverkar hälsotillståndet är annorlunda.

De strategier för och kunskap om hälsa som man hade i hemlandet är inte alltid tillämpliga i Sverige. Vissa grundläggande hälsofrämjande faktorer som exempelvis kost, egenvård och motion är ofta nya begrepp. Det kan också vara så att individen i samband med integrationsprocessen gör vissa, för hälsan, betydande livsstilsändringar som kan vara både positiva och negativa, där individen har svårt att förutse konsekvenserna p.g.a. bristande kunskap.

Asylperioden

Att vara asylsökande innebär att befinna sig i en dokumenterat svår livssituation. Det är därför viktigt att barn och vuxna får det stöd och den vård de har rätt till och behöver. Barns hälsosituation under asyltiden påverkas i mycket hög grad av hur de vuxna i deras omgivning mår. Fångar inte samhället upp den asylsökande som

17 Med coping menas här en individs förmåga att hantera stress.

har problem tidigt i processen så att denne kan få adekvat stöd, helst till självhjälp, fördröjer det kanske möjligheterna för individen att leva ett fullvärdigt liv. Det gäller under asyltiden, under introduktionen eller vid återvändande till hemlandet.

Barn och ungdom

Många av de nyanlända barnen har under långa tidsperioder utsatts för svåra psykiska och sociala påfrestringar, såväl före som efter ankomsten till Sverige. De kan ha upplevt våld, rädsla, sorg och maktlöshet men inte fått möjligheten att bearbeta sina känslor utan tvingats att hålla dem tillbaka. Dessa känslor bär de med sig och de kan yttra sig på olika sätt. Många familjer på flykt tvingas under kortare eller längre perioder leva separerade. Mottagandet och förhållandet under den första tiden i Sverige har stor betydelse för barnets psykiska hälsa och fortsatta utveckling. För skolans del innebär det att lärare tillsammans med elevhälsans personal behöver skaffa sig en bild av barnets bakgrund, upplevelser, skolgång, kunskaper och livssituation (Skolverket, 1999).

Varje år anländer flera ensamkommande barn till Sverige. Enligt FN:s barnkonvention har dessa barn samma rättigheter till skydd, omvårdnad och undervisning som alla andra barn i Sverige.

Samtidigt som behoven har ökat av särskilda insatser för att möta det ökande antalet barn med utländsk bakgrund, har skolans resurser för elevhälsovård minskat. Det finns tecken på ökade svårigheter och tuffare livssituation för en del barn och ungdomar i samhället. Barnombudsmannen rapporterar att antalet sökande till barn- och ungdomspsykiatri ökat kraftigt, samtidigt som väntetider på över två år förekommer.

Resultat från en fokusgruppsintervju med skolsköterskor (Shahnavaz & Ekblad, 2002) identifierade två vanliga bemärstringstrategier (»coping«) hos asylsökande barn: 1. att barn koncentrerar sig på studierna och presterar bra och 2. att barn uppträder som vuxna bl.a. genom att de slutar leka.

Skolans roll för hälsa

Förskolan och skolan har en viktig roll i alla barns och ungas utveckling. Det är en av de samhällsverksamheter som har de största förutsättningarna att utjämna socialt betingad ohälsa. Asylsökande barn och barn med uppehållstillstånd har samma rätt till förskola, skolbarnomsorg, skola, särskola samt utbildning i grund- och gymnasieskola som övriga barn bosatta i Sverige. För barn i familjer som fått avslag och är gömda har inte kommunen skyldighet att ge plats i förskola och skola. Barn som bor »öppet« i väntan på att avvisning ska verkställas får dock gå kvar i skolan och skolbarnomsorgen liksom i förskolan och förskoleklassen till dess att de lämnar landet.

En av utgångspunkterna för hälsofrämjande skolutveckling är att en god lärmiljö också främjar hälsa. En

verksamhet som kan ge trygghet, och samtidigt gynna självkänslan och delaktighet främjar både lust i läran och känslan av välbefinnande. Hälsoarbetet pågår i alla sammanhang. Det innebär ett ständigt arbete som handlar om att lyssna, se, ge återkoppling, ingjuta mod, tillit, bekräfta kunskaper, ge optimism och framtidshopp.

Myndigheten för skolutveckling ser betydelsen av att barn och ungdomar får möjlighet till undervisning på modersmålet, annars kan barnet hamna på för låg utbildningsnivå, t.ex. i matematik pga. bristande språkkunskaper i svenska. Skolpersonal behöver därför göra en individuell bedömning av barnets behov och förutsättningar. Behoven för dem som inte får stanna och dem som får stanna är olika.

Vuxenutbildning

För de nyanlända som kommer till Sverige i vuxen ålder är det viktigt att ta vara på deras resurser, att bygga vidare på tidigare utbildning och yrkeserfarenheter. Även vuxnas utbildning bör omfattas av hälsofrämjande insatser. Detta gäller i särskild grad sfi och annan form av undervisning under introduktionsperioden.

Alla vuxna nyanlända har rätt till undervisning i svenska för invandrare (sfi), vilket gör att målgruppen är mycket heterogen med skilda förutsättningar och utbildningsbakgrund. Av dem som invandrade till Sverige under 1999 var det endast drygt 55 procent som påbörjat sfi-studier inom en tidsperiod av två år. Andelen som blir godkända efter 2,5 år har varit i stort sett oförändrat (34–37 procent) under de senaste åren (SOU 2003:77).

Individinriktad vägledning, byggd på en omsorgsfull kartläggning och studieplanering ur ett individperspektiv, är en förutsättning för framgångsrika studier i svenska eller kompletterande yrkesutbildningar. Denna kartläggning bör ske i nära samverkan med inblandade aktörer, men kommunen bör ha det övergripande ansvaret för att adekvat kartläggning av individens förutsättningar, behov och önskemål sker inom de olika områden som berör inträdet till det svenska samhället.

Särskild uppmärksamhet och flexibilitet bör riktas mot äldre, lågutbildade, funktionshindrade och småbarnsföräldrar, så att även deras behov tillgodoses utifrån ett individuellt perspektiv.

Introduktionsdeltagare: Jag och min kompis, vi har studerat i 4–5 år kanske, och vi kan inte prata svenska. Jag säger hela tiden: jag tänker inte på skolan. Jag känner mig som i ett fängelse när jag är i skolan. Jag sitter och min lärare pratar och pratar och jag förstår ingenting. Jag tänker på mitt land, jag tänker på krig, jag tänker så och så hit och dit. Vi vill ha jobb t.ex. kurs och sen få jobb.... För att prata svenska behöver vi kontakt i Sverige men det finns inte.

Personal: Det ser man ju, jag hade en ung kvinna, jag såg att du (vänder sig till annan deltagare i fokusgruppsintervjun) gick igenom henne igår i den här utvärderingen, och

hon gick två månader på SFI och sen var hon sjukskriven resten av introduktionen. Och då hade hon t.o.m. fått ett halvt års förlängning p.g.a. maken kom. Och det där är ju tragiskt. Hon hinner få barn under den här tiden och jag ser ju att de kommer aldrig att komma i kapp och bli delaktig i det svenska samhället. Tyvärr så ser man det, just det här, när de blir sjukskrivna redan under introduktionstiden de hinner inte komma ikapp med språket eller någonting (Ekblad 2003).

Arbetsliv

Arbetslivet är en av de viktigaste arenorna för etablering och integration. På en arbetsplats har man möjlighet att komma i kontakt med det svenska samhället och människor av olika bakgrund. Men ett arbete är ingen garanti för integration, eftersom olika etniska grupper ofta är segregerade när det gäller bostäder, skola, arbete och inkomster, vilket leder till bristande interaktion och förståelse mellan grupperna.

Arbetsmiljöfaktorer orsakar skillnader i hälsa mellan män och kvinnor och mellan olika yrken. Arbetsvillkoren för anställda inom vård och omsorg (där många som inte är födda i Sverige arbetar) har försämrats. Vårdpersonal har en särskilt dålig hälsoutveckling.

Att enbart få arbete långt under sin kompetensnivå kan också leda till ohälsa. Bland utlandsfödda är det ovanligare att ha arbete på sin egen kunskapsnivå än hos majoritetsbefolkningen. År 2001 hade endast 39 procent av utlandsfödda akademiker ett arbete som motsvarar deras utbildningsnivå, jämfört med 85 procent av svenskfödda (AMS 2001).

Personal: Om man ser utifrån ett arbetsmarknadsperspektiv så för dem som har sjukdomar och handikapp, arbetshandikapp som vi definierar det, att man är förhindrad att ta vissa arbetsuppgifter, så har vi ju speciella arbetsförmedlingar för rehabilitering. Och där är ju den här gruppen förhindrad till samma möjligheter genom att de ställer språkkrav, motsvarande betyg i SFI ... det är en ojämlik situation (Ekblad 2003).

Arbetslöshet

Arbetslöshet, låg social position, marginalisering och diskriminering är betydelsefulla sociala faktorer som kan leda till ökad sårbarhet hos individen för sjukdom, samt till sämre levnadsvanor som rökning, fysisk inaktivitet och ohälsosamma kostvanor.

Arbetslösheten är högre bland utrikes födda än hos majoritetsbefolkningen, även om situationen förbättrats något under senare år.

Arbetslösa utsätts för särskilt svår stress – både ekonomiskt och socialt – som ger dem en sämre hälsa. Under 1990-talet ökade arbetslösheten, samtidigt som villkoren för de arbetslösa försämrades. Invandrare, ensamstående föräldrar och ungdomar drabbades särskilt av arbetslöshet och fattigdom. Slutbetänkandet *Unga utanför* (SOU 2003:92) belyser situationen för gruppen unga i ålder

16–24 år som varken studerar, arbetar eller är anmälda som arbetslösa. Enligt betänkandet finns det tre väsentliga faktorer för utanförskapet: utlandsfödd, sårbar uppväxtmiljö och psykisk skörhet/insufficiens.

Psykisk och fysisk ohälsa

Den psykiska ohälsan har ökat i hela befolkningen och utgör ett allvarligt hot mot folkhälsan. Psykiska sjukdomar svarar, näst efter hjärt-kärlsjukdomar, för den största delen av diagnostiserade sjukdomar i Sverige. Det behövs mer kunskap om problemen och strategier för att behandla och förebygga psykisk ohälsa.

Utrikes födda vårdas oftare på psykiatrisk avdelning än svenskfödda, har ökad risk för självmordsförsök och begår oftare självmord. En kunskapsöversikt (FHI 2002) visar att omkring 10–40 procent av dem som upplevt eller bevittnat dödshot eller råkat ut för allvarlig skada har utvecklat PTSD (post traumatiskt stress syndrom). Bland dem som genomgått tortyr är andelen betydligt högre.

Longitudinella undersökningar över individers upplevelse av sitt hälsotillstånd stämmer väl överens med den framtida utvecklingen av hälsan. Den som uppger sig ha dålig hälsa löper en ökad risk för att dö i förtid. Andelen med uppgiven god hälsa är mycket hög bland svenskfödda män (85 procent) och kvinnor (82 procent), lägre eller betydligt lägre bland utrikes födda, vilket till stor del förklaras av skillnader i livsstil (rökvanor och övervikt). Den största effekten för de invandrades låga andel av god hälsa hade dock socioekonomiska faktorer (FHI 2002).

Funktionshinder

Antalet utrikes födda personer i Sverige med funktionsnedsättning uppskattas till ca 100 000. Räknar man in dem som är födda i Sverige av utrikes födda föräldrar ökar antalet. Sammantaget har mellan 100 000 och 170 000 personer med utländsk bakgrund någon form av funktionsnedsättning, beroende på hur man räknar. Bland så kallade kvotflyktingar är andelen med funktionshinder högre än bland andra flyktingar, då detta kan utgöra ett av kriterierna vid uttagning.

Det är situationen – miljö, människors attityder m.m. – som gör ett funktionshinder till handikapp, inte funktionshindret i sig. Att vara funktionshindrad och invandrad innebär en dubbel utsatthet. Många personer med funktionsnedsättning och annan etnisk bakgrund möter ofta svårigheter i sina kontakter med myndigheter och organisationer. I olika rapporter uppges att kontakter mellan myndigheter och personer med annan etnisk bakgrund som har funktionsnedsättning ofta tar längre tid och ger upphov till missförstånd i högre utsträckning än motsvarande kontakter med personer med funktionsnedsättning och svensk bakgrund.

Rehabilitering

Sjuktalet har enligt Riskförsäkringsverkets (RFV) statistik i stort sett fördubblats i hela Sverige sedan år 1995. Det saknas studier av hur stor andel som utgörs av utrikes födda personer. Vi vet dock att situationen generellt sett är sämst i de bostadsområden där utrikes födda utgör en betydande andel.

Försäkringskassans rehabiliteringsansvar

Den som har sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning kan få hjälp med arbetslivsinriktad rehabilitering genom försäkringskassan. (Förtidspension/sjukbidrag heter nu aktivitetsersättning för unga, 19–30 år, eller sjukersättning.) Försäkringskassans främsta uppgift är att uppmärksamma behov av rehabilitering och att samordna åtgärder som vidtas av andra myndigheter och arbetsgivare. Kassan har möjlighet att köpa utredningar för att få underlag för bedömning av arbetsförmåga, behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och vilka åtgärder som kan vara

lämpliga. Kassan kan också köpa aktiva arbetslivsinriktade åtgärder till de som har anställning men där arbetsgivaren inte kan bekosta åtgärden.

En person som inte har arbetat i Sverige har ingen sjukpenninggrundande inkomst och har därför ingen rätt till sjukpenning vid sjukdom. För dessa kan försäkringskassan utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering och ge ersättning för merkostnader under en sådan rehabilitering som varar högst ett år. Kassans handläggare kan också köpa en utredning om han eller hon anser att det behövs. De rehabiliteringsåtgärder som blir aktuella svarar andra myndigheter för, som kommun och arbetsförmedling.

En person som lider av en sjukdom men inte har kvalificerat sig för rätt till sjukpenning kan ansöka om sjukersättning. Försäkringskassan ska då bedöma om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och om nedsättningen bedöms vara minst ett år.

Deltagande myndigheters uppdrag

Integrationsverket

Integrationsverket har att bevaka allas lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter oavsett etnisk och kulturell tillhörighet. IV:s uppgift är att verka för en utveckling av introduktionen för nyanlända flyktingar och andra invandrare, att främja integrationen samt att följa tillståndet och utvecklingen inom olika samhällssektorer i förhållande till de integrationspolitiska målen.

Enligt regleringsbrev för år 2004 skall Integrationsverket redovisa hur verket beaktar folkhälsan inom sitt verksamhetsområde samt redogöra för vilka insatser som har vidtagits eller kommer att vidtas för att nå det övergripande folkhälsomålet och målen för de elva målområdena i proposition 2002/03:35.

Institutet för Psykosocial Medicin

IPM – Institutet för Psykosocial Medicin – som inrättades 1981 är en nationell forskningsmyndighet under Socialdepartementet. Uppgiften är att producera, sammanställa och sprida kunskap kring stress och psykosociala aspekter på olika hälso- och sjukdomsprocesser. IPM har ett myndighetsövergripande forskningsprogram *Migration och hälsa*. Utöver forskning ingår också dokumentation, utbildning, rådgivning och information till myndigheter, kommuner och landsting, företag, samt massmedia. IPM ska även samordna övrig forskning som pågår i samhället inom området stress, återhämtning och psykosocial hälsa. Verksamheten finansieras dels genom ett statsanslag och dels genom medel från externa bidragsgivare.

Karolinska Institutet

Karolinska Institutet är idag ett av Europas största medicinska universitet. Det är också Sveriges största centrum för medicinsk utbildning och forskning med 30 procent av den medicinska utbildningen och 40 procent av all medicinsk akademisk forskning i landet. Verksamhetsidéen är att genom forskning, utbildning och information medverka till att förbättra männi-

skors hälsa. Forskningen spänner över ett brett fält: från grundläggande forskning i molekylärbiologi till folkhälsovetenskap, transkulturell psykologi och psykiatri samt omvårdnadsforskning.

Internationellt och nationellt samverkar Karolinska Institutet med såväl hälso- och sjukvård som näringsliv, universitet och högskolor.

Integrationsverket och Karolinska Institutet bedriver i samverkan ett fyraårigt projekt *Hälsofrämjande introduktion* som kommer att belysa hur introduktionen för nyanlända flyktingar bör organiseras och genomföras för att den ska bidra till att stärka hälsa och välbefinnande.

Landstingsförbundet

Landstingsförbundet är landstingens och regionernas intresseorganisation. Förbundets verksamhetsidé är att tillsammans med medlemmarna stärka regional livskraft och välfärd samt regionalt självstyre. Bland huvuduppgifterna ingår att verka för en bättre folkhälsa och utveckling av hälso- och sjukvården. I detta ingår att verka för utveckling av behandlingsmetoder för människor som har immigrerat, bör metoder och vägar att nå hela befolkningen med preventivt folkhälsoarbete, hälsoinformation, friskvårdsinsatser m.m. utvecklas.

Landstingsförbundet är också landstingens arbetsgivarorganisation. I denna egenskap anser förbundet att en viktig förutsättning för rätt anpassad vård, omsorg och service är att personalen och patienterna kan kommunicera och förstå varandra. Det är därför av stor betydelse att det bland personalen i landstingen och regionerna finns de som är utrikes födda och därmed har annan språk- och kulturkompetens. Denna kompetens är en mycket värdefull tillgång som det gäller att ta tillvara i verksamheten. Sett i ett framtidsperspektiv kommer den att bli än viktigare, då allt fler patienter kommer att ha invandrarbakgrund.

År 2000 var ca 10 procent av de anställda i landstingen och regionerna utrikes födda, det motsvarar mer än 24 400 anställda. Inom befolkningen (18–64 år) var drygt 13 procent utrikes födda. Av hel- och deltidsanställda som nyanställdes mellan 1997 och 1998 utgjorde de utri-

kes födda ca 16 procent. De var alltså mer representerade bland de nyanställda än bland de avgångna. Detta märks mest bland läkarna och tandläkarna, ca 30 respektive 40 procent av de nyanställda var utrikes födda.

Migrationsverket

Migrationsverket är Sveriges centrala utlänningsmyndighet och ansvarar bl.a. för handläggning av ansökan om visum, uppehållstillstånd och medborgarskap. Verket ansvarar för asylprocessen, från ansökan till uppehållstillstånd eller självmant återvändande. Under väntetiden erbjuder Migrationsverket asylsökande dagserättning och bostad, samt organiserar verksamhet för dem. Migrationsverket ska även ta ut och föra över kvotflyktingar, ofta direkt från flyktingläger. I uppgifterna ingår att verka för att alla berörda myndigheter samverkar på bästa sätt kring individen i mottagningssystemet.

Myndigheten för skolutveckling

Den 1 mars 2003 delades Skolverket i två myndigheter. Skolverket ska främst svara för utbildningsinspektion, nationell uppföljning och utvärdering av den svenska skolan.

Myndigheten för skolutveckling ska stödja kommuner och andra huvudmän i deras utveckling av verksamheterna i förskola, skola och vuxenutbildning. Myndigheten ger exempelvis stöd till kompetensutveckling, erbjuder verktyg för kvalitetsutveckling, skapar mötesplatser via nätverk och konferenser och ger ut kunskapsöversikter och annat material.

Ett av myndighetens prioriterade områden är utvecklingsinsatser till områden som präglas av segregationens negativa effekter. Syftet är att fler elever i dessa områden ska nå målen för utbildningen. Uppmärksamheten får samtidigt inte innebära ett alltför stort fokus på vissa barn som snarare leder till ytterligare exkludering.

Inom ramen för detta uppdrag ska också situationen uppmärksammas för de elever som anländer sent under sin skolgång till Sverige, liksom förutsättningarna för svenska som andraspråk, m.m.

Skolan har uttalat ett ansvar när det gäller att ta tillvara de värden som ligger i en kulturell mångfald. Skolan är en social och kulturell mötesplats som både har en möjlighet och ett ansvar för att stärka förmågan att förstå och leva sig in i andras villkor och värderingar hos alla som arbetar där. Elevers lärande och hälsa påverkas positivt av en trygg och individuellt anpassad lärmiljö.

Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket (RFV) och försäkringskassorna administrerar tillsammans socialförsäkringarna och sva-

rar för huvuddelen av samhällets ekonomiska skyddsnät. Riksförsäkringsverket ansvarar på central nivå för bl.a. tillsyn över försäkringskassorna och ska verka för att socialförsäkringen och bidragssystemet tillämpas likformigt och rättvist i hela landet. Försäkringskassorna handlägger och fattar beslut i enskilda ärenden. Socialförsäkringsadministrationen skall också verka för att förebygga och minska ohälsa och skall, genom att offensivt arbeta med och samordna rehabilitering, bidra till att ge sjuka och funktionshindrade personer möjlighet att åter kunna arbeta.

Socialstyrelsen

Genom nationell uppföljning och utvärdering ska Socialstyrelsen kartlägga och analysera läge, innehåll och kvalitet inom hälso- och sjukvård, hälsoskydd och smittskydd, folkhälsa, välfärdsförhållanden och socialtjänst. Med detta som underlag ska regering, landsting och kommuner kunna värdera, utveckla, förbättra och ompröva lagar och verksamhet. Huvuduppgifterna består av bl.a. tillsyn av medicinsk verksamhet, hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd, smittskydd och medicinteknik, uppföljning och utvärdering, kunskapsförmedling, utveckling och utbildning, statistiksamordning inom den sociala sektorn, samt epidemiologisk övervakning av hälsa och välfärd med hjälp av bl.a. hälsodataregister.

Statens folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut (FHI) har till huvuduppgift att förbättra folkhälsan. FHI ansvarar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, genom att ställa samman och till kommuner och landsting sprida forskningsresultat om metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Särskild vikt ska fästas vid insatser för de grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. FHI har i uppdrag att beakta etniskt och kulturell mångfald i sitt arbete, internt och externt.

Svenska Kommunförbundet

Svenska Kommunförbundet är en sammanslutning av Sveriges kommuner, samverkande med kommunernas regionala förbund. Förbundet har att tillvarata kommunernas intressen, främja deras samverkan och tillhandahålla service åt dem. Förbundet är kommunernas arbetsgivarorganisation. Ett övergripande mål för verksamheten är att stödja och utveckla den kommunala självstyrelsen. En av de väsentligaste uppgifterna för Svenska Kommunförbundet är att bevaka kommunernas intressen gentemot staten och att slå vakt om denna kommunala självstyrelse.

Andra berörda myndigheters uppdrag

Arbetsmarknadsverket

Inom Arbetsmarknadsverket, AMV, är det Arbetsförmedlingen (AF) och Arbetslivstjänster som har de direkta kundkontaktarna. Arbetsmarknadsstyrelsen, AMS, är den centrala myndigheten. I varje län finns en länsarbetsnämnd. Vid AMS och länsarbetsnämnderna finns styrelser som beslutar i övergripande frågor. AMS ger riktlinjer och uppdrag till länsarbetsnämnderna, fördelar resurser och följer upp verksamheten i länen. Länsarbetsnämnden har motsvarande ansvar för arbetsförmedlingarna i det egna länet. Arbetslivstjänster är en resultatenheter inom AMS.

Arbetsförmedlingen Rehabilitering finns representerad i alla län och organiserar specialister inom den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

AF är ansvarig för arbetsinriktade åtgärder i en rehabiliteringsplan/arbetsplan för arbetslösa, där utlandsfödda utgör en betydande andel. För att undvika att ett arbete som inte motsvarar individens kompetens blir en återvändsgränd, bör AF erbjuda individen stöd

och råd för sin fortsatta planering av arbetslivet, även efter den första anställningen.

AMS allmänna råd (5 kap, §26) anger att »Personer som fått permanent uppehållstillstånd skall, om de söker arbete genom Arbetsförmedlingen, skrivas in där och därmed behandlas på samma sätt som svenska arbetssökande eller medborgare i EU/EES-länder. De kan också få arbetsmarknadspolitiska program i samma utsträckning som svenska medborgare (gäller fr.o.m. 1 maj 1999).«

Personer som ännu inte fått sitt permanenta uppehållstillstånd kan således inte anvisas till arbetsmarknadspolitiska program. De kan däremot inom ramen för samverkan ta del av arbetsförmedlingens service och tjänster, till exempel vid kartläggning av en persons arbetsförmåga.

Under år 2003 har AMS omorganiserats för att bättre svara mot myndighetens uppdrag. Omorganisationen har medfört en hårdare prioritering av myndighetens arbete. Ett antal policydokument har fastställts av ledningen däribland en samverkanspolicy vilken tydliggör verkets samverkan med andra aktörer. Samverkan ska ge ett mervärde och bidra till att det arbetsmarknadspolitiska uppdraget förverkligas.

Referenser

- Antonovsky, A. 1987, *Hälsans mysterium*, Natur och Kultur.
- Arbetsmarknadsstyrelsen, 2001, *Rätt man på fel plats – en studie av arbetsmarknaden för utlandsfödda akademiker som invandrat under 1990-talet*. Ura 2001:5, ISSN 1401-0844
- Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket, Migrationsverket, Skolverket & Svenska Kommunförbundet, 2001, *Överenskommelse om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare*
- Barnombudsmannens hemsida, www.bo.se
- Ekblad, S. *Nyanländas psykosociala behov och personalens kompetensbehov – en belysning genom fokusgruppsintervjuer i Gävle och Stockholm*. Stockholm: Institutet för Psykosocial Medicin, september 2003 (Dnr IPM5.1-2003/0203). En specialstudie på uppdrag av Integrationsverket (INT-33-02-2482), som komplement till överenskommelsen mellan myndigheter (INT-34-02-2402)
- Ekblad, S., Lindencrona, F., Johansson Blight, K. (2003) *PM Hälsofrämjande introduktion, en jordmån för god start i Sverige till ensamutredare Lars Råd* (SOU 2003:75)
- Janlert, U. 2000 *Folkhälsovetenskapligt lexikon*, Natur och Kultur, 2000
- Franzén, Eva, 2003. *I välfärdens väntrum. Studier av invandras socialbidragstagande*. Doktorsavhandling, Handelshögskolan, Göteborg
- Integrationsverket, 2002, *På rätt väg? Utvärdering av storstadssatsningen*
- Integrationsverkets hemsida: www.integrationsverket.se
- Labonté, R. & Little, S. (1992) *Determinants of health: empowering strategies for nurses*. Vancouver, Registered Nurses Association of British Columbia. referred in WHO (2001) Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Rootman, I. et. al. (ed). WHO regional publications, European series; No 92
- Lindencrona, F., Ekblad, S. (under revision, 2003) The meaning of health in a Health Promoting Introduction for refugees and other Immigrants – An explorative qualitative study of the view of professionals. *Journal of Community and Applied Social Psychology*
- Lindencrona, F. 2004 *Collaboration as a strategy for improving health and social services* (manuscript)
- Migrationsverkets hemsida: www.migrationsverket.se
- Proposition 1997/98 *Sverige, framtiden och mångfalden: från invandrarpolitik till integrationspolitik*. Stockholm: Riksdagen
- Proposition 2002/03:35 *Mål för folkhälsan*, Stockholm: Riksdagen
- Shahnavaz S. & Ekblad, S. 2002 *Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktingbarn. Fokusgruppsintervju med skolsköterskor i en av södra Stockholm invandrarstäta kommuner*. Stressforskningsrapport nr 307-2002, IPM. Stockholm
- Socialstyrelsen, 2000 *Olika villkor – olika hälsa*, SoS-rapport 2000:3 ISBN 91-7201-429-6
- Socialstyrelsen, 2003, *Psykiatrisk vård till vuxna asylsökande*, Rapport till regeringen
- SOU 1999:137 Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*
- SOU 2000:3 Delbetänkande från Kommittén för välfärdsbokslut över 1990-talet *Välfärd vid vägsäl*
- SOU 2000:19 Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan*
- SOU 2003:75 Betänkande av Utredningen om flyktingmottagande och introduktion *Etableringen i Sverige – möjligheter och ansvar för individ och samhälle*
- SOU 2003:77 Betänkande av Sfi-utredningen *Vidare vägar och vägen vidare – svenska som andrspråk för samhälls- och arbetsliv*. Regeringskansliet. Stockholm
- Statens Folkhälsoinstitut, 2002, *Födelselandets betydelse – om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*
- Stiftelsen Äldrecentrum 2000:18 *Äldre invandras hälsa*. (Rapport 13 i projektet *Äldre och Folkhälsa*) Helena Altvall
- Vogel, J., Hjerm, M., Johansson S-E, 2002 *Integration till Svensk Välfärd. Om Invandras Välfärd på 90-talet*. SCB: Stockholm. Levnadsförhållanden, Rapport 96
- WHO 1986 *Ottawa charter for health promotion*. WHO/HPR/HEP/95.1
- WHO 2000 Fifth global conference on health promotion. Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From ideas to action. www.who.int/hpr/ncp/docs/mexico_ministerial_statement.pdf
- WHO 2001 *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (edited by Irving Roothman et.al). WHO regional publications. European Series; No 92

Bilaga

Definitioner

Definitioner markerade med * är hämtade från Folkhälsovetenskapligt lexikon, Janlert, Natur och kultur, 2000.

Habilitering: samordnade insatser som syftar till att allsidigt främja utveckling och bästa möjliga funktionsförmåga hos person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning.*

Hälsa enligt WHO:s definition: »Hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart en frånvaro av sjukdom eller svaghet«.

Hälsofrämjande: Labonté & Little's (1992) definition av hälsofrämjande: en aktivitet eller program som är ämnad att förbättra sociala och miljömässiga levnadsvillkor på ett sådant vis att människors upplevelse av välbefinnande ökar¹ En kompletterande definition av Nutbeam (1985) är följande: »the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health«

Hälsoindikatorer: Mätbar variabel som på något sätt ger uttryck för hälsotillståndet i en population. Hälsoindikatorer kan mäta såväl sjukdomar och ohälsa som positiva aspekter på hälsan (t.ex. livskvalitet). En hälsoindikator kan vara en beståndsdel i ett hälsoindex.*

Hälsosamtal: Se Socialstyrelsens Allmänna Råd 1995:4.

Introduktion: Samhällets riktade insatser för flyktingar och nyanlända under deras första tid i Sverige som syftar

till att var och en skall ha möjlighet att försörja sig och bli delaktig i samhällslivet.

Jämlig hälsa: Förhållandet att alla skall ha en rättvis möjlighet att uppnå sin fulla hälsopotential, och – mer pragmatiskt – att ingen skall missgynnas från att nå detta mål om det kan undvikas.*

Ohälsa skulle kunna definieras som: Subjektivt upplevd nedsättning av den fysiska och/eller psykiska förmågan, dvs. att personen mår så dåligt att det påverkar funktionsförmågan och övrig livssituation, oavsett om man »objektivt sett« är sjuk eller frisk. Det omgivande samhället och personens reaktion på sin egen hälsa/ohälsa spelar stor roll.

Ojämlig hälsa: Skillnader i hälsotillstånd mellan grupper och individer som är onödiga, möjliga att undvika och som dessutom anses orättvisa.*

Rehabilitering: generell beteckning för samordnade medicinska, sociala och yrkesinriktade åtgärder som syftar till att hjälpa människor med funktionsnedsättning att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och kunna leva ett så normalt liv med så god livskvalitet som möjligt.*

Samverkan: Gemensamt handlande för visst syfte.*

¹ Engelsk originalversion »any activity or program designed to improve social and environmental living conditions such that people's experience of well-being is increased« (WHO 2001, sid. 10).