

# Hälsoskola i teori och praktik – framgångsfaktorer att lyckas

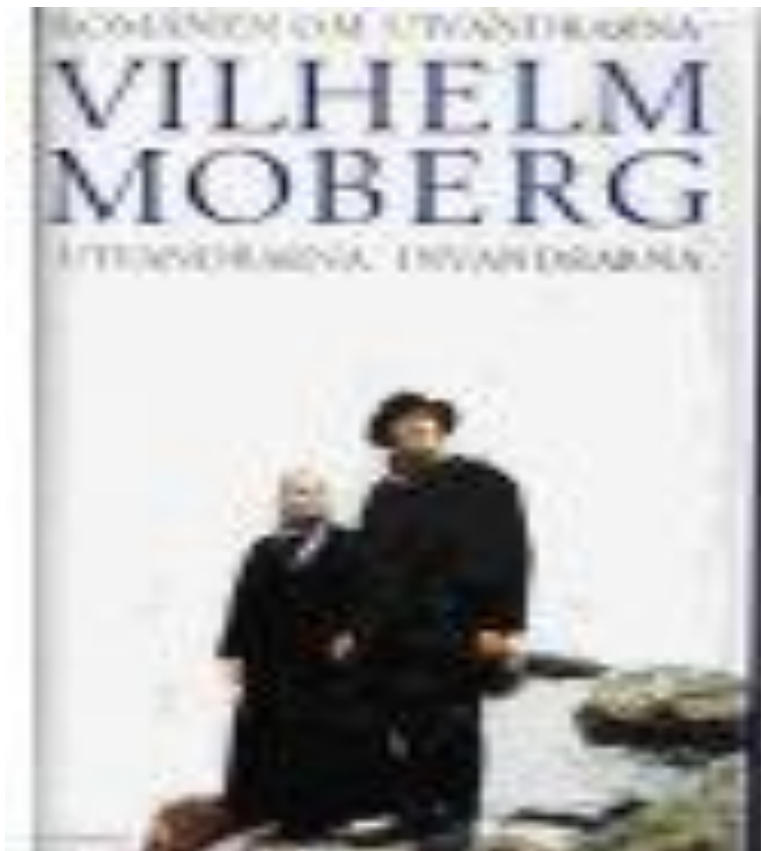
Leg psykolog **Solvig Ekblad**, adjungerad professor i mångkulturell hälso-  
och sjukvårdsforskning

E-post: [Solvig.Ekblad@ki.se](mailto:Solvig.Ekblad@ki.se)

**13 september, 2016, 10.20-11.10, Piperska Muren**

**UTBILDNING: HÄLSOSKOLA, Sveriges kommuner och landsting**

# Då och nu!



# PsykologTidningen nr 6, 2016

- Kritik mot nya asyllagen:  
"Använd den erfarenhet och evidens som finns"
- Att beslutsfattare inte tar hänsyn till evidens och erfarenhet är ett demokratiproblem, säger psykologen **Solvig Ekblad** angående den skärpta asyllagen. **Hon får medhåll av många i kåren, däribland Anders Wahlberg, ordförande i Psykologförbundet.** – Det är märkligt att de fattar beslut utan att ta hänsyn till vårt och andra professionsförbunds underlag.



# Att drabbas av separationer och förluster – migrationsrelaterad stress och individuell sårbarhet

- Hemlandsfasen; uppbrott och handlingskraft
- Flyktfasen; osäkerhet och oro
- Första tiden i det nya landet; omställning, anpassning, osäkerhet, och hemlängtan
- Återvändande fasen kan utveckla asylkris
- Etablering, permanent uppehållstillstånd, PUT-syndrom

# Transkulturellt perspektiv på hälsa och våra värderingar

## Innebär här:

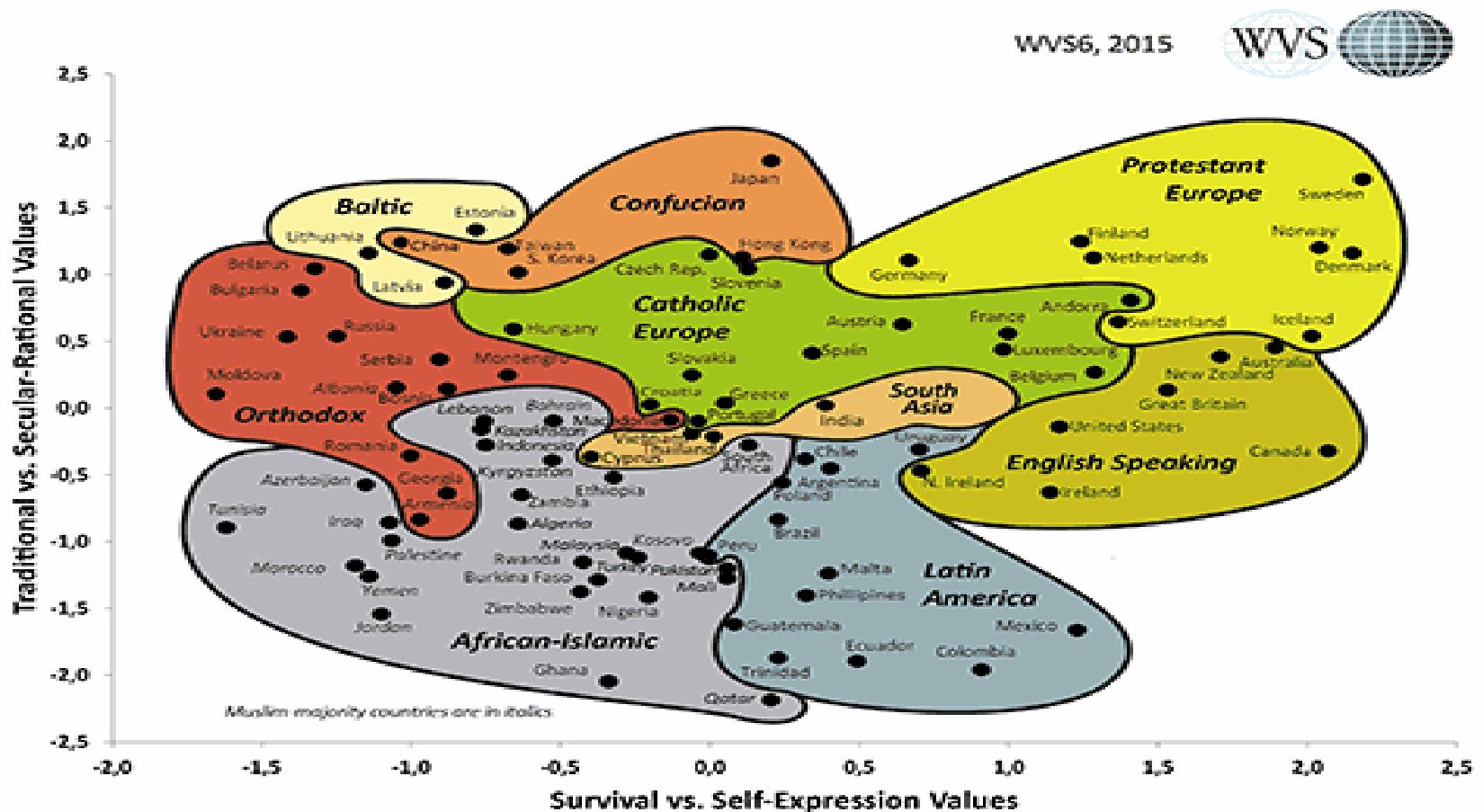
**Att som kliniskt utbildad personal kunna reflektera över betydelsen av egen och andras bakgrund, kulturell och annan, och nuvarande levnadsförutsättningar i ett maktperspektiv och vilken betydelse det får för bemötandet med nyanlända.**

## Metafor





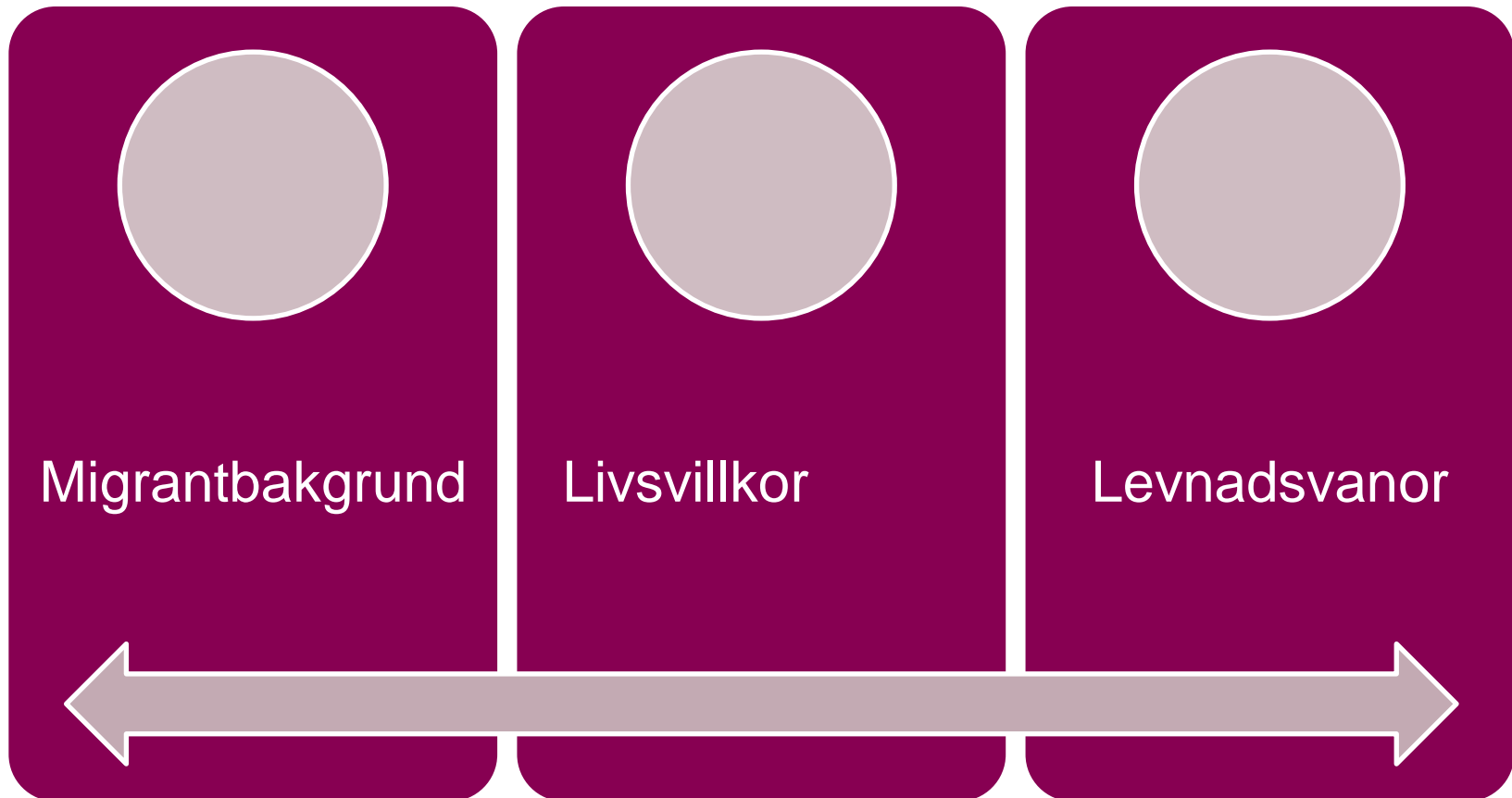
# World Values Survey. Ronald Inglehart “Cultural evolution” (2015)



# Psykisk ohälsa – stigma, rädsla att söka vård - Relationskulturer

- Attityd att psykisk ohälsa handlar om svår psykiska sjukdomar som schizofreni, tappat kontrollen över tankar, svag karaktär och en oförmåga att bemästra stress
- ”Onda ögat”
- Löser ohälsa inom familjen – svag tilltro till myndigheter
- Integration av psykisk ohälsa i primärvården underlättar att söka vård – första linjens psykiatri
- Exempel på symptom, bedömning och uppföljning

# Faktorer av betydelse för hälsan





# ”Healthy migrant effect?”

- Studien visar i en europeisk kontext att policy för att integrera utrikesfödda födda utanför EU kan sänka skillnader i migranternas hälsa

Gianfrani et al. BMC Public Health (2019) 19:463  
DOI:10.1186/s12889-019-3095-5

BMC Public Health

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Migrant integration policies and health inequalities in Europe

Margherita Gianfrani<sup>1\*</sup>, Luisa Franzini<sup>2</sup> and Giulia Mezzano<sup>3,4</sup>

### Abstract

**Background:** Research on socio-economic determinants of migrant health inequalities has produced a large body of evidence. There is lack of evidence on the influence of structural factors on levels of fragility groups, frequently exposed to health inequalities. The role of poor socio-economic status and country-level structural factors, such as migrant integration policies, in explaining migrant health inequalities is unclear. The objective of this article is to examine the role of migrant socio-economic status and the impact of migrant integration policies on health inequalities during the 2008 economic crisis in Europe.

**Methods:** Using the 2012 wave of European Life Survey data for a set of 23 European countries, we tested multilevel mixed-effects ordered logit models for self-assessed poor health (SFPH) and self-reported chronic illness (SCHI). We examined associations with the SFPH and SCHI outcomes, allowing for both individual socio-economic determinants of health and country-level structural factors. We also tested the moderating effect of health care organization on the SFPH and SCHI outcomes. Migrant integration policies were used from the Migrant Integration Policy Index (MIPI).

**Results:** Being a non-European citizen or born outside Europe does not increase the odds of reporting poor health conditions, in accordance with the healthy migrant effect. However, the country context, in terms of standards in migrant integration policies, shows negatively all of the three measures of health inequalities: reported health status, fragility, and problems in access and self-reported chronic illness in foreign people living in European countries and partially of self-reported migrant effect.

**Conclusions:** Policies for migrant integration can reduce migrant health disparities.

**Keywords:** Health inequalities, Socio-economic determinants of health, Migrant integration policy, Migration and health in Europe

### Background

Achieving health equity through the reduction of health inequalities has been included among the measures of health systems performance by the World Health Organization [1]. Research on socio-economic determinants of health inequalities in general, and on migrants health inequalities in particular, has produced a large body of evidence, mainly for the US and Europe [1, 2]. In Europe, there is substantial evidence on socio-economic inequalities in health, starting from Whitehall

studies in the 1960s [3]. At the same time, given the persistence of socio-economic health inequalities [4], the European Union has encouraged action in many countries providing a framework and the principles to tackle health inequalities [5–7]. On the one hand, the importance of policies aiming at improving opportunities for full social participation, which is considered a key factor for good health, has been the focus of many documents at all institutional levels [8–10]. On the other hand, like in the US [8], there is leading evidence on how structural factors, such as migrant integration policies, influence the lives of fragile groups, such as migrants who are generally affected by socio-economic health inequalities [11]. A recent European survey shows that migrants suffer from health inequalities, despite the fact that they are

\* Correspondence: gianfrani@karolinska.se  
<sup>1</sup>Unit of Economics, Università della Svizzera italiana (USI), Via Vinca 2, 6900 Lugano, Switzerland  
<sup>2</sup>Department of Economics, Università degli Studi di Perugia via Perugia 15123 Italy  
 Full list of author information is available at the end of the article



© Gianfrani et al. Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

# Komplex struktur av aktörer inom mottagningen för nyanlända – 4 kommuner

- Har kortat tiden för den **första administrativa myndighetskontakten** för nyanlända från **3-4 veckor till omkring 4 timmar.**
- **Regeringen** gav i slutet av juli 2016 AF, FK, MV, Pensionsmyndigheten och Skatteverket en **förlängd uppgift att utveckla sitt samarbete i flera kommuner** för att göra etableringsprocessen för nyanlända snabbare och sträcker sig till 31 dec 2017.
- I genomsnitt har man i pilotprojektet **sparat ca 27 000 kronor per individ.**

# Delegationen för Migrationsstudier om varför utrikes födda personer klarat sig sämre än svenskfödda:

1. **”Skälet till invandring.** Skyddsbehövande och deras anhöriga har svårare att få arbete än arbetskraftsinvandrare.
2. **Humankapital.** Utrikes födda personer har mindre svensk arbetslivserfarenhet och sämre kunskaper i svenska språket.
3. **Sociala nätverk.** Utrikes födda personer har färre informella kontakter på arbetsmarknaden än inrikes födda.
4. **Trösklarna till arbetsmarknaden.** Brist på enklare arbeten och höga ingångslöner kan göra det svårare för både unga och utrikes födda personer att komma in på arbetsmarknaden.
5. **Diskriminering.** Det finns tydliga belägg för att stora grupper av utrikes födda diskrimineras när de söker arbete” (2015:3, sid v).

# Tre huvudsakliga kategoriindelningar av potentiellt traumatiserade händelser

- **Opersonliga trauman** (t ex olyckor och naturkatastrofer).
- **Interpersonella trauman**, som orsakas av andra människor som t ex krig, misshandel, våldtäkt eller rån.
- **Anknytningstrauman**, som inträffar i anknytningsrelationer (händelsetrauma såsom fysisk misshandel och sexuella övergrepp, ska skiljas från långtgående relationell traumatisering, som tar sig formen av utebliven känsloreglering, känslomässigt övergivande).

# Vad som karakteriserar individuellt trauma

- När en person **förlorar illusionen att världen är trygg och förutsägbar**, att **människor i omgivningen är goda**, man blir **bekräftad/ behandlas på ett värdigt sätt** (Brewin & Holmes, 2003)
- En livssituation som framkallar känslor såsom **hjälploshet, skräck, rädsla**
- Genusperspektiv på tortyr, våld, flykt, separationer
- **World Assumptions scale** (Janoff-Bulman, 1989)



## Vad som karaktäriserar kollektiv trauma

- Pretraumatiska erfarenheter baserad på **social oro**
- **Rädsla** som delas i nätverket leder till nedbrytning av den grundläggande sociala sammanhållningen
- En marginaliserad grupp som en måltavla av **negativa känslor**
- **Förstörelse** av familjeband och nätverk i närsamhället

(Blanco, Blanco & Días, 2016, p.187).

# Prevalens av PTSD i befolkningen & flyktingar

- Alla som erfarit svåra trauman utvecklar inte PTSD pga **resiliens**
- En meta-analys visar att **PTSD var 30,6%** (Steel et al 2009)
- **Tio gånger högre (15-37%) än i befolkningen, risk för kroniska symptom**
- **Samsjuklighet**
- **Kvinnor har högre ohälsa**

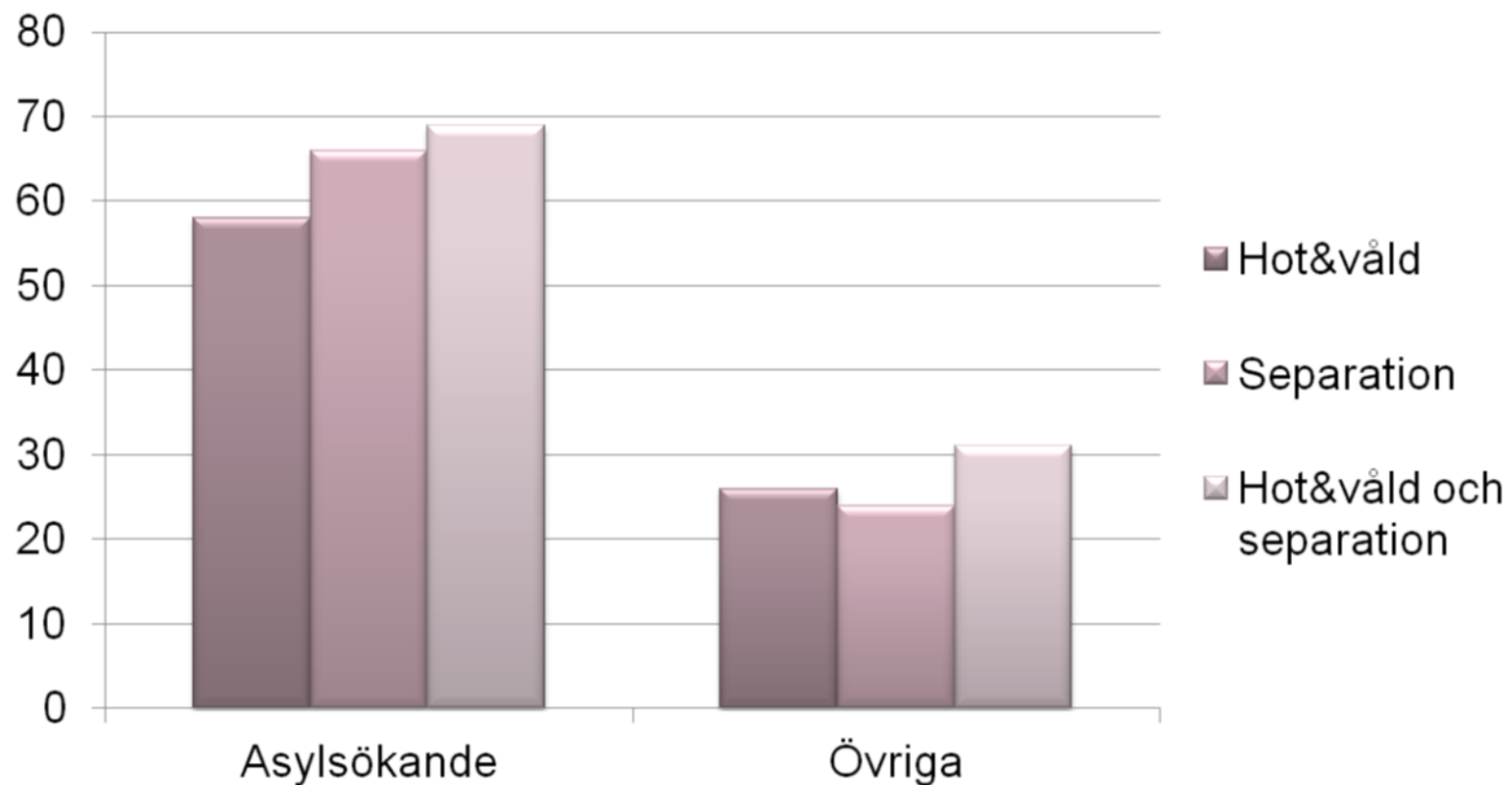




# Flyktingar löper större risk drabbas av diabetes – en svensk amerikansk studie

- Resultatet som publicerades i Lancet som 2016
- Forskarna följde 61 386 flyktingar som var boende i olika typer av områden mellan januari 2002 och december 2010 och **7.4%** utvecklade diabetes typ 2 (övriga bofasta 4-6%).
- Av de som bodde i **socioekonomiska högriskområden** hade **7.9%** fått typ-2-diabetes. De som bodde i **måttligt utsatta områden**, var siffran **7.2%** och **5.8%** för dem som bodde i icke-utsatta områden.
- **Orsaker** kan vara **kronisk stress, begränsad inkomst och sysselsättning, att leva i ett segregerat och kriminellt belastat område samt inskränkt rörelsefrihet.**

**Figur 1. Psykisk ohälsa och Exponering. Prevalens (%) psykisk ohälsa i olika grupper av exponering (Ekblad et al, 2013) N=555 asylsökande i Södertälje**



# CRPD-konventionen – ett kraftfullt verktyg för den psykiska hälsan

- I artikel 1 definieras **funktionsnedsättning** som *”personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhällen på lika villkor som andra.”*
- CRPD:s övervakningskommitté använder begreppet **”personer med psykosocial funktionsnedsättning”** för att beskriva personer med långvarig psykisk ohälsa
- [www.mind.se](http://www.mind.se)

# Skyddande faktorer

(studier i bl a Australien)

2 viktiga hörnstenar i mottagarlandet, när individen oavsett status återhämtar sig från traumatiska upplevelser:

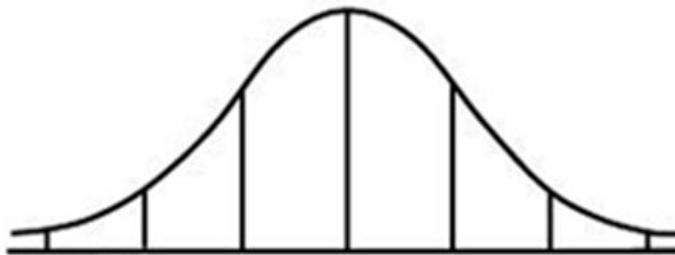
- Rätt att arbeta/studera
- Rätt till hälso- och sjukvård



## "Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen" (2016) [www.forte.se](http://www.forte.se)

1. Hantera effekter av väntetider och osäkerhet
2. Minimera risk för utanförskap
3. Skapa gränsöverskridande synsätt på integration
4. Motverka att nyanlända barn i familjer faller mellan stolarna
5. Öka samverkan mellan det offentliga och det civila samhället

# Kulturkrockar uppstår när vi ser vårt hälso- och sjukvård som "normal" i mångkulturella Sverige



# Risken att medikalisera sociala problem – behov av en kompletterande holistisk referensram

- Anknytning
- Säkerhet & trygghet
- Identitet & roller
- Mänsklig rättigheter
- Existentiell menings-  
skapande

(Silove, 1999)

## 3 F:n



**föreställningar**



**farhågor**

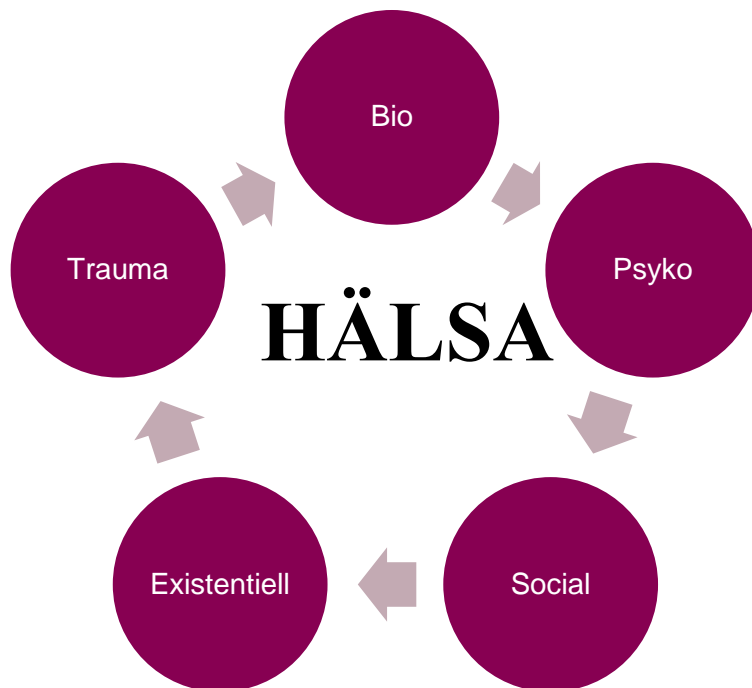


**förväntningar**



# En holistisk syn på HÄLSA (Ekblad et al 2013)

Jmf FNs konvention för personer med funktionshinder (CRPD)



## ■ Hälsosystem som psykologiska sköldar (Silove, 1999)

- personlig säkerhet
- anknytning
- identitet och rollfunktion
- rättvisa
- existentiell dimension

## Frivilligas insatser

- *”Volontärernas insatser har fått en allt större betydelse i arbetet med både barn och vuxna på flykt. Det är bra. Men vissa arbetsuppgifter ska utföras av professionella medarbetare, vars verksamhet på ett annat sätt är reglerad av:*

- **kompetenskrav,**
- **sekretessregler, och**
- **yrkesetiska koder”**

(UNICEF rapport 2016, sid 28)

## ■ DN 19/6 2016



## Personalens behov av kompetens - citat

*”Nu har jag varit hos min handläggare på Arbetsförmedlingen och det är den fjärde nya handläggaren för mig under året (juni). Handläggaren känner inte mig och det känns som om jag får börja om från början, tiden går och snart är de två åren slut då jag ska ha haft praktik och fått ett arbete.”*



# Fem framgångsfaktorer

**1. Utbilda personal** att ta fram gemensam handlingsplan i mottagandet. Lagom krav, egen kontroll och stöd. Digitalisering av verktyg kan avhumanisera

**2. Individualisera**, basbehov före behandling av psykisk ohälsa. Vikten av återhämtning. Erbjudna hälsoundersökningen, primärt kroppsundersökning.

**3. Stärk** nyanlända i hälsokunskap genom dialog i grupp med legitimerad vårdpersonal. Lyssna aktivt, inge hopp, tydlig med sekretess. Vikten av hälsa, 10 min <http://media1.lime.ki.se/vah.wmv>

**4. Introducera** fritidsaktiviteter - frivilligorganisationer.

**5. Inkludera forskning och kompetensutbildning** i upphandlingarna.



# Förslag på Hälsoskola under nyanländfasen

Asylsökande

Hälsosamtal  
följt av  
Hälsoskola

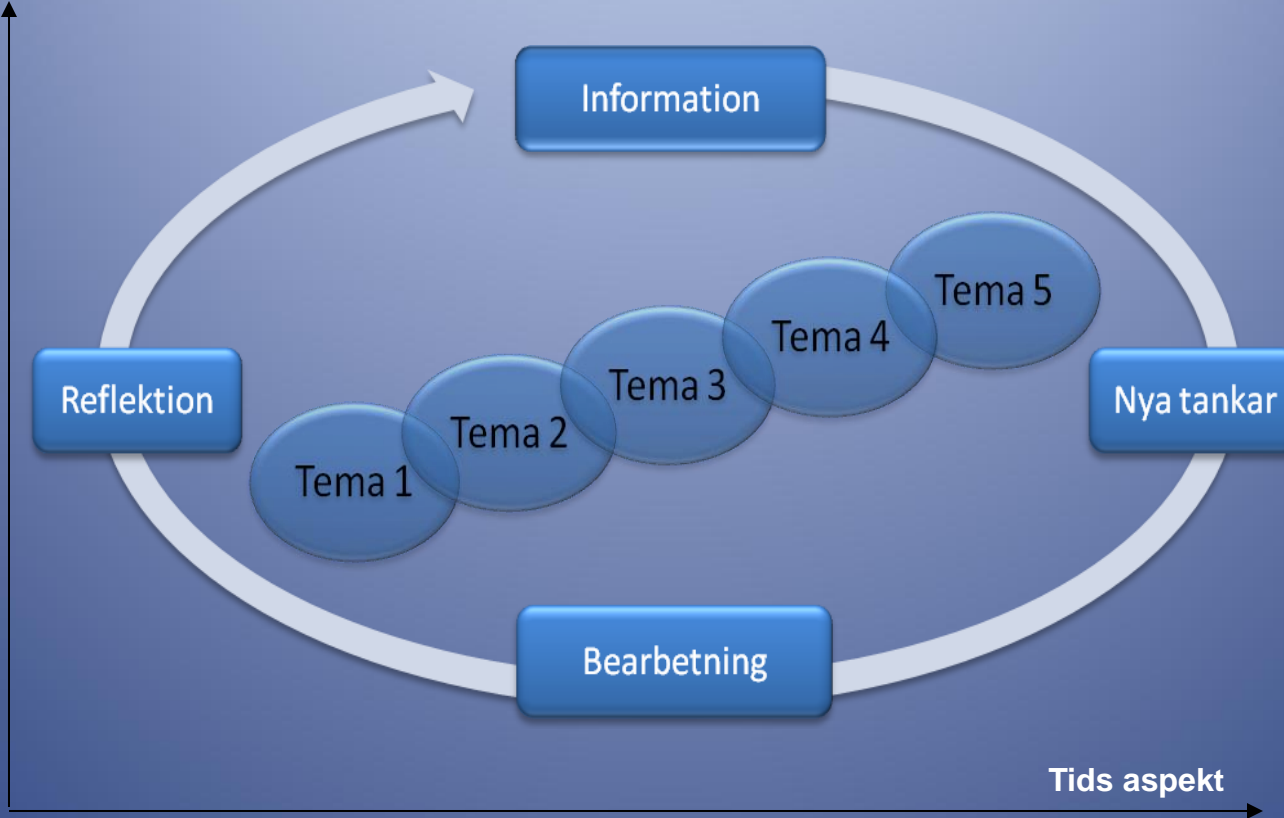
Organiserad  
sysselsättning  
"vård efter  
behov"

## Hälsoskolans målområden

- **FYSISKA** Vardagsmotion, kost, egen vård
- **KÄNSLOMÄSSIGA** Stress- och återhämtning
- **RELATIONS-  
MÄSSIGA** Nätverk av familj, anhöriga & vänner,  
sociala roller/identitet i samhället
- **INTELLEKTUELLA** Kognitiva funktioner, uppmärksam-  
het, koncentration i studier/praktik/arb
- **KÄNSLA AV  
SAMMANHANG** Meningsfullhet, begriplighet och  
hanterbarhet

## Konkreta ex

Nytt  
förhållan  
desätt  
och  
kunskap



**Nytt förhållningssätt och nytt perspektiv**



# Nyanända anhöriga önskar mer kunskaper

- *Hur uppfostra våra barn i Sverige?*
- *Var söka om psykiska sjukdomar för sin man som inte orkar vara uppe?*
- *Språket är det viktigaste. Ju mer vi lär, desto bättre mår vi. Vi behöver mera kontakt med svenskar, men var hitta kontaktytor? Vi stressar från skola till praktik och sedan ska vi hem och barn skötas om. Det är en stor stress. I vårt hemland var alla kvinnor hemmafruar.*

