

Kartläggning av hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö bland arabisktalande nyanlända inom etableringen

Delrapport från MILSA 2.0

Slobodan Zdravkovic
Katarina Carlzén
Mathias Grahn
Elisabeth Mangrio



KARTLÄGGNING AV HÄLSA,
LEVNADSVANOR, SOCIALA
RELATIONER, ARBETSMARKNAD
OCH BOENDEMILJÖ BLAND
ARABISKTALANDE NYANLÄNDA
INOM ETABLERINGEN

Delrapport från MILSA 2.0

Malmö universitet, 2019
Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM)
Institutionen för vårdvetenskap, Fakulteten för hälsa och samhälle

Publikationen finns även elektroniskt,
se muep.mau.se
se partnerskapskane.se

© Copyright Malmö högskola (MIM) och rapportens författare
ISBN 978-91-7877-005-2 (tryckt)
ISBN 978-91-7877-006-9 (pdf)

Innehåll

INNEHÅLL	4
FÖRORD	6
Projektets organisation	6
SAMMANFATTNING.....	8
ABSTRACT	10
1 BAKGRUND	12
1.1 Etableringsprocessen.....	13
1.1.1 Migration	13
1.1.2 Nyanlända	13
1.2.3 Etablering.....	14
1.2 Hälsan i Skåne	16
2 SYFTE.....	18
3 DELTAGARE OCH METOD	19
3.1 Frågeformulär	19
3.2 Population och urval	20
3.3 Datainsamling	20
3.4 Sekretess och utlämnande.....	20
3.5 Svarsfrekvens	21
4 BAKGRUNDSDATA	22
4.1 Bakgrundsfaktorer	22
4.2 Sammanfattning	24
5 HÄLSA.....	25
Fysisk hälsa, tandhälsa och otillfredsställda vårdbehov	25
5.1 Självs kattad hälsa	27
5.3 Läkemedel	28
5.4. Otillfredsställda vårdbehov	31
5.5 Slutsatser	32
6 MENTAL HÄLSA OCH SÖMN	34
6.1 Risk för psykisk ohälsa, sömn och stress	35
6.2 Sammanfattning	38
7 HOT OM VÅLD	39
7.1 Hot och våld.....	39
7.2 Sammanfattning	40

8 LEVNADSVANOR	41
8.1 Kost.....	41
8.2 Fysisk aktivitet.....	42
8.3 Rökning, alkoholvanor och spel om pengar.....	45
8.4 Slutsatser	46
9 SOCIALA RELATIONER	47
9.1 Tillit och framtidstro.....	48
9.2 Sammanfattning	48
10 ARBETE, SYSSELSÄTTNING OCH EKONOMI.....	49
10.1 Arbete.....	50
10.2 Ekonomisk stress.....	51
10.3 Slutsatser.....	51
11 HEM, HUSHÅLL, BOENDEMILJÖ.....	53
11.1 Boende.....	54
11.2 Slutsatser.....	54
12 SEXUELL HÄLSA.....	55
12 Sexualitet och sexuella trakasserier.....	55
11.3 Slutsatser.....	56
12 JÄMFÖRELSE MED UNDERSÖKNINGEN 2015-2016.....	57
13 DISKUSSION	59
13.1 Sammanfattning.....	59
13.2 Resultatdiskussion.....	59
14 KONKLUSION.....	63
15 REKOMMENDATIONER.....	64
16 REFERENSER	65

Förord

Ett särskilt tack riktas till alla nyanlända som deltagit i undersökningen. Stort tack riktas också till alla samhälls- och hälsokommunikatörer som under en omfattande period hjälpt till med att informera om undersökningen och att dela ut enkäter.

Vidare önskar vi tacka alla som deltagit i framtagandet och genomförandet av undersökningen.

Projektets organisation

Projektledare

Slobodan Zdravkovic, Malmö universitet

Styrgruppen

Anna Bjärenlöv, Region Skåne

Katarina Carlzén, Länsstyrelsen Skåne

Pieter Bevelander, Malmö universitet

Louise Tregert, Malmö universitet

Anette Agardh, Lunds universitet

Mehran Najafi, Arbetsförmedlingen

Ulrika Jerre, Länsstyrelsen Skåne

Åsa Stenbäck Holmér, Länsstyrelsen Skåne

Tommy Aspegren, Region Skåne

Enkätgruppen

Peter Håkansson, Malmö universitet

Elisabeth Mangrio, Malmö universitet

Anette Agardh, Lunds universitet

Mathias Grahn, Malmö stad

Klara Steinvall, Länsstyrelsen Skåne

Ziad Jomaa, Länsstyrelsen Skåne

Kontie Moussa, Region Skåne

Cornelia Gunnarsen, Arbetsförmedlingen

Slobodan Zdravkovic, Malmö universitet

Gruppen för inmatning av enkäter

Anna Andrén, Malmö universitet

Aseel Abbas, Länsstyrelsen Skåne

Mathias Grahn, Malmö stad

Slobodan Zdravkovic, Malmö universitet

Studiedesign- och metodgruppen

Mathias Grahn, Malmö stad

Slobodan Zdravkovic, Malmö universitet

Projektkonom

Louise Tregert, Malmö universitet

Projektassistenter

Anna Andrén, Malmö universitet

Anastasia Egorova, Malmö universitet

Merja Skaffari-Multala, Malmö universitet

Granskning av översättning samt layout av enkäten

Aseel Abbas, Länsstyrelsen Skåne

Avslutningsvis önskar vi även rikta ett särskilt tack till Europeiska Unionen Asyl-, migrations- och integrationsfonden (AMIF) för det ekonomiska stöd som möjliggjort att undersökningen kunnat genomföras samt även till fondens projektkoordinator Marina Andersson och projektkonom Östen Åström för ett gott samarbete.

Sammanfattning

Bakgrund

Att tvingas fly är en påfrestande och svår process att genomleva. Att efter flykten etablera sig i mottagarlandet medför ytterligare utmaningar. Vägen till att etablera sig i det nya samhället är ofta lång och kantad av svårigheter. Att lära sig språket, att förstå det svenska samhället samt utmaningar med svårigheter att validera diplom och kompetens är några av de svårigheter nyanlända upplever under den första tiden i landet. En ytterligare vanligt förekommande utmaning är att finna ett stabilt och tryggt boende. En förutsättning för att överhuvudtaget kunna bemöta dessa svårigheter är det egna hälsokapitalet. Hur ser hälsokapitalet ut bland dem som varit på flykt från krig och oroligheter och är det tillräckligt starkt för att hantera allt som möter individen under etableringen? I hälsokapitalet bör alla hälsorelaterade faktorer innefattas, vilka på ett eller annat sätt berör det mänskliga livet. För att främja etablering och inkludering av nyanlända individer är det viktigt att ha en grundläggande förståelse för den situation som denna grupp av nytillkomna invånare befinner sig i vad gäller hälsa och dess olika riskfaktorer.

Syfte

Syftet med undersökningen har varit att studera hälsa och hälsorelaterade faktorer bland vuxna nyanlända i Skåne som befinner sig inom etableringen i Skåne.

Material och metod

Alla vuxna nyanlända arabisktalande individer som deltagit i samhällsorientering genom Partnerskap Skåne har bjudits in till att delta i undersökningen. Insamlingsperioden har varit mellan maj månad 2018 till och med mars månad 2019. Mätinstrumentet har utvecklats på svenska för att sedan översättas till arabiska. Enkäten baserades på frågor som fokuserar på bland annat olika sjukdomar, vårdbehov, migrationsspecifika frågor, boende, sociala relationer, våld, levnadsvanor samt sexuell hälsa. Frågeformuläret delades ut i form av pappersenkät inom ramen för samhällsorienteringen av samhälls- och hälsokommunikatörer. Totalt antal svarande blev 315 vilket innebär en svarsfrekvens på 25,3 %.

Slutsats

Resultatet visade att en stor andel migranter led av antingen övervikt eller fetma och en ganska stor andel av dessa ansåg att deras vikt ökat sedan flykten till Sverige. Drygt var tionde nyanländ upplevde sitt hälsotillstånd vara dåligt eller mycket dåligt och var tredje person ansåg det vara någorlunda. Det var nära hälften som upplevde en förbättring i självupplevd hälsa efter att de fått uppehållstillstånd medan nästan var femte person upplevde en försämring. Nästan varannan nyanländ hade varit i behov av läkarvård under de senaste tre månaderna innan undersökningen genomfördes men inte sökt vård. Drygt var tredje nyanländ hade en risk för psykisk ohälsa och det var en högre andel män än kvinnor som hade denna risk. Mer än hälften av de nyanlända utförde antingen ingen fysisk aktivitet alls eller under mindre än 30 minuter per vecka. Majoriteten av de tillfrågade ansåg inte att det går att lita på människor runtomkring. En betydande del saknade ett socialt nätverk när det gällde att kunna skaffa ett arbete och hälften saknade kontakt med arbetsgivare och nästan var tredje hade svårt att få sin utbildning validerad.

Abstract

Background

Forced migration is a trying and difficult experience to endure. Several supplementary challenges in relation to the establishment process await almost immediately after arrival. The process of establishing into a new society is often a long and challenging process. Both learning the language and understanding the society are the first immediate barriers for entering the Swedish labour market, as well as the authorization of diplomas and qualifications. A common challenge is also finding stable and adequate housing. A prerequisite for being able to take on these challenges is the health capital/status of recently arrived migrants (RAM). Health approached in a wide-ranging manner includes all factors that are in one way or another affecting the life of a human being. In order to enhance the establishment and inclusion of RAM it is important to have the fundamental understanding of the situation that this group are facing in relation to their health, as well as different health related risk factors.

Aim

The aim of the survey was to evaluate health and health related factors for RAM adults included in the establishment process in the southern region of Sweden, Skåne.

Material and methods

All recently arrived Arabic speaking individuals that currently participated in civic- and health communication through Partnership Scania were invited to participate in the study. The period of data collection was between May 2018 and March 2019. The questionnaire was initially developed in Swedish and translated into Arabic. It contains questions addressing different diseases, care needs, migration specific questions, housing, social relations, violence, living habits and sexual health among other things. The questionnaire was distributed in a paper format in civic and health communication classes through civic and health communicators. In total, 315 questionnaires were received resulting in an approximate response rate of 25,3%.

Conclusion

The study found that a large percentage of RAM reported being either overweight or obese, with many of them considering that they gained weight since their flight to Sweden. Almost one in ten RAM participants reported their health status as bad or very bad. A third of participants reported their health as fairly good. Almost half of the respondents experienced an improvement in self-reported health status after receiving the residence permit, but almost one fifth experienced a change for the worse. Almost half the participants had been in a need for health care during the last three months from the date of answering the questionnaire without seeking care. Furthermore, almost a third of the RAM was at risk for their mental ill-health. A higher proportion of men as compared to women reported being at risk for their mental ill-health. More than half of the respondents were not physically active or were active less than 30 minutes per week. The majority of the respondents reported distrust for humans beings. A considerable proportion were lacking social networks in relation to finding jobs. Half of the respondents were missing any contact with employers and a third experienced difficulties having their qualification validated.

1 Bakgrund

Att tvingas fly sitt land på grund av krig, konflikter eller förföljelse lämnar onekligen negativa avtryck på en människas välmående. Att dessutom tvingas lämna kvar sina nära och kära i krigsdrabbade länder skapar ytterligare omätbar oro och stress. För dem som, efter lång tid på flykt, lyckas nå ett mottagandeland väntar en påfrestande asylprocess. Att under denna tid befinna sig i säkerhet i form av att ha ett boende och grundläggande förutsättningar på plats är viktigt. Det som följer det slutliga beskedet på asylansökan är antingen besked om utvisning ur landet eller en början på en etablering där de som blivit beviljade ett uppehållstillstånd påbörjar sin individanpassade etableringsprocess. Dock har den senaste tillfälliga lagändringen [1] inneburit att beviljade uppehållstillstånd bifallits som tillfälliga eller permanenta [2]. För de med tillfälliga uppehållstillstånd förlängs tiden av osäkerhet därför även efter det att ansökan om asyl beviljats vilket är associerat med sämre psykisk hälsa [3]. Den första tiden efter beviljat uppehållstillstånd är en intensiv period där man ska orientera sig i och förstå det nya samhället och delta i olika etableringsinsatser där undervisning i svenska är en flera aktiviteter. En förutsättning för att kunna ta del av och tillgodogöra sig alla aktiviteter relaterade till etableringen är en någorlunda god hälsa. Det är därför relevant att ställa föreliggande studies frågor om hur hälsan och de hälsorelaterade faktorerna ser ut bland de, som vid tiden för undersökningen, befunnit sig i etableringen. Hälsa i vår mening är ett brett begrepp som följer världshälsoorganisationens tidigare definition om att god hälsa inte enbart innebär avsaknad av sjukdom utan även innefattar ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande[4].

Vår förhoppning med föreliggande undersökning är att bidra med aktuell samt fördjupad hälsorelaterad kunskap som kan vara till stöd dels för beslutsfattare och praktiker att ta fram riktlinjer för behovsanpassade insatser samt dels till verksamheter i det dagliga arbetet med stöd till nyanlända individer i Sverige som befinner sig i etableringsprocessen.

1.1 Etableringsprocessen

1.1.1 Migration

I en värld med pågående krig och konflikter tvingas många människor fly för sina liv och lämna sina hemländer. De senaste åren har fler individer än någonsin tidigare flytt sina hemländer för att söka skydd i Europa. För Sveriges del innebar det att antalet asylsökande ökade drastiskt i slutet av 2015. Antalet registrerade asylansökningar det året var 162 877, varav 114 728 män och 48 149 kvinnor. De flesta asylsökande det året kom från Syrien (51 338), Afghanistan (41 564) och Irak (20 857). Detta har nu minskat och under 2018 inkom drygt 35 000 ansökningar [5].

Som en följd av det stora antal asylsökande som kom till Sverige under 2015 infördes gränskontroller [6] och en treårig lag med betydande förändringar för asylsökande och rätten till familjeåterförening vid beviljande av uppehållstillstånd [5]. Från att permanenta uppehållstillstånd varit regel infördes i stället tillfälliga tillstånd som norm; antingen treåriga eller 13 månader långa beroende på skyddsskäl. Vid förlängning av tillstånden krävs bevis på försörjning för att få permanent uppehållstillstånd. Utöver detta togs skyddsgrunder som tidigare gett rätt till asyl bort. Under lagens initiala tillämpning 2016-2019 togs också rätten till familjeåterförening bort helt för alternativt skyddsbehövande (vilka 2018 utgjorde ca 20% av samtliga asylbaserade uppehållstillstånd) [2], medan de som beviljats flyktingstatus enligt FNs definition (ca 32%) [2], omfattades av ett försörjningskrav. När lagen förlängdes med två år fram till år 2021 gavs dock alternativt skyddsbehövande samma rätt till familjeåterförening som övriga flyktingar [7].

1.1.2 Nyanlända

När flyktingar anländer till Sverige söker de initialt asyl i landet. Under asyltiden ska alla vuxna asylsökande erbjudas en hälsoundersökning. Man är också berättigad till akut vård, mödrahälsovård och tandläkarvård, med andra ord vård som inte kan anstå [8]. Alla minderåriga asylsökande är under asylprövningstiden berättigade samma rättigheter som de med svenskt medborgarskap eller som de med permanenta uppehållstillstånd [9]. Den osäkerhet och väntan som följer utgör en tid av oro och osäkerhet men kan också vara en tid av hopp och

framtidstro. Oavsett kan den dagliga pendlingen mellan dessa känslor generellt vara väldigt påfrestande för hälsan. Migrationsverkets handläggningstid - asylprövningens första instans - varierar och var under 2018 i genomsnitt 507 dagar. Drygt 35 000 personer beviljades asyl under samma år [5].

De individer som har sökt asyl och därefter beviljats uppehållstillstånd i Sverige benämns nyanlända. Enligt Migrationsverket [10] är en nyanländ person någon

” En nyanländ person är någon som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd för bosättning. En person är nyanländ under tiden som han eller hon omfattas av lagen om etableringsinsatser, det vill säga två till tre år.”

De olika stödinsatser som erbjuds under den första tiden i Sverige engagerar bland annat Migrationsverket, Arbetsförmedlingen, kommuner, civila samhället, länsstyrelserna samt landsting och regioner.

1.2.3 Etablering

Att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden och bli självförsörjande är grundstenen i etableringen. Etableringen i ett nytt samhälle kan dock vara en lång och energikrävande process. Etableringsreformen som genomfördes år 2010 [11] innebär stöd för den enskilde individens etablering under en period på omkring två år. Huvudansvaret för etableringen har Arbetsförmedlingen, vars handläggare tillsammans med den nyanlände efter beviljat uppehållstillstånd, ska utforma en individanpassad etableringsplan [11]. Målet är att påskynda och underlätta den nyanländes etablering i samhället och i arbetslivet [6]. Inom ramen för etableringsplanen ingår också viktig samhällsorientering på den nyanländes modersmål [12] vars omfattning och former för utförande dock skiljer sig mellan landets olika delar [13]. I majoriteten av Skånes kommuner förmedlas samhällsorienteringen genom samhälls- och hälsokommunikation på modersmålet i ett program som omfattar 80 timmar fördelat på 32 olika teman. Exempel på några av dessa teman är bland andra ”Att bo i Sverige”, ”Individens rättigheter och skyldigheter” och ”Att vårda sin hälsa i Sverige”. Syftet är att förse den nyanlände med grundläggande uppfattning för och kunskap om det nya samhället samt hur man kan ta hand om sin hälsa [14]. För närvarande pågår ett projekt med utökad samhälls- och hälsokommunikation vilket

innebär totalt 100 timmar inkluderat programbesök hos arenor såsom bibliotek, museer, arbets- och näringslivet samt föreningslivet [15].

För de med högre utbildning från hemlandet kan den första perioden dessutom innebära valideringar av intyg, betyg och diplom samt eventuellt kompletterande studier. Regeringen har genomfört så kallade ”snabbspår” med syfte att påskynda arbetsmarknadsetablering av nyanlända med utbildningsbakgrund som till exempel lärare och legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården [16]. Tidigare utredning har visat att ”välfärdskarriären” är en långsam process och att det tar många år att uppnå liknande levnadsvillkor som inrikes födda [17]. Riksrevisionen publicerade en rapport år 2015 gällande effektiviteten av statens insatser för de nyanländas etablering [18]. Ett av granskningens resultat är att det finns

”anledning att se över om statens samlade resurser fördelas effektivt mellan olika insatser och politikområden för att underlätta de nyanländas etablering. Tidiga och väl anpassade insatser kan få stor effekt på etableringsprocessen”

Granskningens mer specifika resultat handlar om att arbeta med att minimera bostadsbristen och då särskilt i storstadsregionerna i vilka de nyanlända har bättre möjligheter till avlönat arbete och snabbare etableringen, samt att förkorta tiden mellan beviljad asyl och kommunplacering för att påskynda initieringen av etableringsinsatser. Enligt rapporten tar det många år för de nyanlända att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden och det råder stora skillnader mellan könen. Det tar mellan nio och elva år för hälften av de nyanlända kvinnorna och mellan tre till sju år för de nyanlända männen att etablera sig på arbetsmarknaden. Dock har det nyligen noterats att nyanlända i större utsträckning än tidigare kommer in på arbetsmarknaden eller studerar tätt inpå etableringsperioden [19]. Dessutom är en särskild satsning planerad angående utrikesfödda kvinnors möjligheter till ett aktivt deltagande på arbetsmarknaden då denna grupp står utanför arbetsmarknaden i större utsträckning än andra grupper. Satsningen kommer att omfatta både nyanlända men även utrikesfödda kvinnor som vistats i Sverige under längre tid.

Dessutom har det framkommit att en del inte får den samhällsorientering som de är berättigade till och det har även

visat sig förekomma skillnader mellan kommuner vad gäller yrkesinriktad utbildning i svenska för invandrare [18]. För att undvika både fördröjningar i etableringen på grund av ohälsa och utvecklandet av allvarliga sjukdomar är det av stor vikt att arbeta för att hälsorelaterade behov upptäcks i en tidig fas. Ett hållbart mottagande förutsätter en hälsofrämjande etableringsprocess och fortsatta studier av området är viktiga.

1.2 Hälsan i Skåne

Den senast utförda folkhälsoundersökningen i Skåne genomfördes under 2012 och inkluderade svar från ungefär 28 000 skåningar i åldern 18 till 80 år. När det gäller hälsan i Skåne, anser de flesta vuxna att de mår bra eller mycket bra. Det observerades en tydlig åldersgradient med högst andel med god självuppskattad hälsa bland de yngsta deltagarna och lägst bland de äldsta. I Skåne är det yngre vuxna (18 till 34 år) som har högst andel med psykisk ohälsa och jämfört med den föregående undersökning 2008 har andelen yngre män med psykisk ohälsa ökat vilket är i linje med resten av landet [20]. I Skåne utfördes det under 2015 och 2016 en undersökning bland nyanlända flyktingar som befann sig i etableringsprocessen och totalt 681 individer besvarade enkäten. 69,3% var män, 93,7% av alla som svarade var arabisktalande och 6,3% daritalande. Självrapporterad hälsa och hälsobesvär bland migranterna i denna studie låg i linje med den övriga befolkningen i Skåne. Dock uppgav en tredjedel av de nyanlända att en negativ förändring av hälsotillståndet uppkommit sedan de kom till Sverige. Dessutom var det en lägre andel av de nyanlända jämfört med den skånska befolkningen som ansåg att den egna insatsen hade betydelse för att påverka hälsan. Oroväckande livsstilsfaktorer för framtida sjukdomar var övervikt, fetma, fysisk inaktivitet och rökning. När det gäller sociala faktorer framkom trångboddhet, osäker boendeform, låg tillit och lågt förtroende för samhällsinstitutioner. Vidare led många av psykisk ohälsa och hade innan flykt varit utsatta för allvarliga hot om våld och var tionde migrant såg mörkt eller mycket mörkt på framtiden. Var femte person hade hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande, och otillfredsställda vårdbehov var vanligt förekommande. Viktigt att nämna är att högutbildade var överrepresenterade i denna studie [21].

I den nyligen publicerade rapporten från Folkhälsomyndigheten kring hälsa och födelseland observerades det att nyanlända

upplever sin hälsa som bättre än de som vistats i landet under ett par år. Hälsoutfallen som påverkas negativt är diabetes, övervikt och fetma samt högt blodtryck. Tiden i landet har dessutom en negativ påverkan på fysisk aktivitet men en positiv effekt vad gäller rökning [22].

För att fortsatt möjliggöra för en helhetsbild av hälsoläget i Skåne är det viktigt att studera hälsa bland nyanlända som på grund av kort vistelse i landet inte hunnit lära sig det svenska språket i den omfattningen att det går att förstå och svara på en hälsoundersökning. Dessutom är det viktigt att kartlägga deras hälsosituation i relation till nya lagar och regler samt ur ett etableringsperspektiv. Sådan kunskap möjliggör riktade och behovsanpassade insatser för att stötta nyanländas etablering i det svenska samhället som är till gagn både för den enskilda individen men även för samhället.

2 Syfte

Syftet med föreliggande undersökning har varit att identifiera och över tid följa upp hälsorelaterade faktorer i relation till etableringsprocessen.

3 Deltagare och metod

Föreliggande undersökning genomfördes inom ramen för stödplattformen för migration och hälsa (MILSA) som Malmö universitet och Länsstyrelsen Skåne ansvarar för i samverkan med Lunds universitet, Region Skåne, Arbetsförmedlingen, Malmö stad och Uppsala universitet med flera. Undersökningen har genomgått en etikprövning vilken godkänts av Etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2017/894).

3.1 Frågeformulär

Antal frågor som inkluderats i enkäten var 89. Många frågor inkluderade delfrågor vilket innebär att det totala antalet frågor varit betydligt fler.

Frågeformulärets utformning baserades på olika ämnesområden såsom bakgrundsfrågor, hälsa, sömn och välbefinnande, hot om våld, levnadsvanor, sociala relationer, förtroende för hälso- och sjukvården arbete, sysselsättning och ekonomi, hem/hushåll och boendemiljö samt sexualitet/sexuell hälsa. Frågeformuläret utvecklades av en grupp som var sammansatt av projektdeltagare med kompetens inom folkhälsa, epidemiologi, statistik, vårdvetenskap, etablering och samhällsorientering men även samhälls- och hälsokommunikatörer som har god kännedom om målgruppen.

Utvecklandet av frågorna gjordes på svenska för att sedan översättas till arabiska. Själva översättningen kan delas in i fyra olika faser. Den första fasen var att översätta enkäten från svenska till arabiska av kvalificerade översättare. Andra fasen innebar en granskning av översättningen och utfördes av samhälls- och hälsokommunikatörer med arabiska som modersmål och med goda kunskaper i det svenska språket. Översättningens tredje fas innebar en tillbakaöversättning vilket medförde en översättning av enkäten från arabiska till svenska av kvalificerade översättare vilka inte var inkluderade i översättningens första fas. Slutligen, översättningens fjärde fas, innebar ännu en granskningsomgång av samhälls- och hälsokommunikatörer. Utvecklandet av frågeformulärets avslutades med en anpassning av layouten. Även detta utfördes av samhälls- och hälsokommunikatörer med arabiska som modersmål.

Innan enkätutdelningen påbörjades utfördes en pilotstudie för att testa den utformade enkäten och dess frågor. Pilotstudien utfördes på Heleneholmskolan i Malmö den 10 och 11 april 2018.

Pilotstudien inkluderade alla arabisktalande vuxna nyanlända som vid tidpunkten befunnit sig i klassen för samhälls- och hälsokommunikationen. Under pilotstudiens första dag delades testenkäten ut och deltagarna informerades om syftet med pilotstudien samt undersökningens syfte och bakgrund. Under pilotstudiens andra dag samlades alla kommentarer in och en fokusgruppsdiskussion genomfördes. I genomsnitt tog det 30 minuter att besvara enkäten. Överlag mottogs enkäten väl och några av deltagarna uttryckte önskemål om att delta i undersökningen. Några var även nyfikna på när undersökningen formellt skulle påbörjas samt var de framöver kunde finna dess resultat. Övergripande ledde pilotstudien till att ett antal mindre korrigeringar behövde genomföras samt att några svarsalternativ var i behov av att omformuleras. Dessutom påpekade deltagarna att det ur deras synvinkel saknades en fråga om utsatthet gällande fysiskt våld i hemlandet och detta resulterade i att en sådan fråga utvecklades och inkluderades i den slutliga enkäten.

3.2 Population och urval

Populationen, det vill säga de objekt undersökningen ämnar dra slutsatser om, utgjordes av vuxna arabisktalande personer som var under etableringsfasen och som deltagit i samhällsorienteringen genom samhälls- och hälsokommunikationen. Alla som deltog i samhällsorienteringen bjöds in att delta. Urvalet kan således betraktas som ett totalurval.

3.3 Datainsamling

Enkätinsamlingen pågick mellan 4 maj 2018 och 28 februari 2019. Enkäter delades ut i fem knutpunkter i Skåne län: Malmö, Helsingborg, Kristianstad, Ystad och Lund.

3.4 Sekretess och utlämnande

Enkäter delades ut i frankerade och adresserade kuvert av samhälls- och hälsokommunikatörer verksamma på Länsstyrelsen i Skåne. Deltagandet i undersökningen har varit anonymt. I varje utdelat kuvert medföljde ett informationsbrev med information

om undersökningen, dess ansvariga samt bakgrund och syfte, samt information om vem det gick att vända sig till för frågor.

3.5 Svarsfrekvens

För att försöka optimera svarsfrekvensen utvecklades en utredningsstrategi som innehöll information om när och hur enkäter delas ut samt när deltagare och hur många gånger deltagare ska ha påmints om undersökningen. Antalet utdelade enkäter beräknades utifrån listor över antalet deltagare i samhällsorienteringen. Totalt delades 1245 enkäter ut och 315 ifyllda enkäter erhöles. Utifrån detta beräknas bortfallet 74,7%.

4 Bakgrundsdata

4.1 Bakgrundsfaktorer

Totalt svarade 315 personer bland alla som bjudits in att delta i undersökningen. De flesta som svarande var mellan 18 och 44 år gamla. Av andelen yngre respondenter, det vill säga mellan 18 och 34 år var andelen kvinnor 49.1% jämfört med 37.4% män.

Majoriteten av respondenterna uppgav att de var gifta, levde i registrerat partnerskap eller var sambo. Något högre andel kvinnor (82,9%) rapporterade ovanstående civilstånd än män (70,6%). En betydligt större andel ogifta observerades bland männen.

Gällande utbildningsnivå hade fler än hälften minst gymnasieutbildning samt något fler än en tredjedel hade avslutat universitets- eller högskoleutbildning. Mer än två tredjedelar önskade få sina diplom validerade i Sverige samt nästan lika många hade planer på att vidareutbilda sig, något fler kvinnor (68,8%) än män (60,0%) uppgav detta.

Vad gäller normal- eller övervikt mätt som Body Mass index (BMI) (kg/m^2), var fler än hälften respondenter drabbade av övervikt eller fetma. En högre andel män (46,4%) var överviktiga jämfört med kvinnor (32,7%) men motsatsen observerades vad gäller fetma (27,4% kvinnor respektive 18,4% män). Vad gäller viktförändring sedan flykten till Sverige uppgav fler kvinnor än män att deras vikt ökat (41,3% jämfört med 31,5%). Högre andel män uppgav dock att deras vikt minskat sedan flykten till Sverige (30,6% jämfört med 20,7%). Ingen viktförändring uppgavs av ca 38%.

De flesta hade asylansökan som grund för sitt uppehållstillstånd. Fler kvinnor (41,1%) än män (23,5%) hade anhöriginvandring som grund. Den mest rapporterade typen av uppehållstillstånd var permanent uppehållstillstånd vilket innebär något fler än hälften. Dock rapporterade fyra av tio respondenter att de blivit beviljade tillfälliga uppehållstillstånd.

Tabell 1. Bakgrundsfaktorer.

Variabel	Totalt	Man	Kvinna
Civilstånd			
Gift, registrerat partnerskap eller sambo	239 (77,9%)	89 (70,6%)	150 (82,9%)
Ogift	46 (15,0%)	33 (26,2%)	13 (7,2%)
Frånskild	13 (4,2%)	4 (3,2%)	9 (5,0%)
Änka, änkling eller efterlevande partner	9 (2,9%)	0 (0,0%)	9 (5,0%)
Utbildning			
0-6 år	52 (17,3%)	19 (15,3%)	33 (18,6%)
7-9 år	64 (21,3%)	29 (23,4%)	35 (19,8%)
10-12 år (gymnasium)	75 (24,9%)	30 (24,2%)	45 (25,4%)
13+ år (universitet eller högskola, ej avslutad examen)	43 (14,3%)	18 (14,5%)	25 (14,1%)
Har avslutad examen från universitet/högskola eller högre examen	67 (22,3%)	28 (22,6%)	39 (22,0%)
Ålder			
18-34	130 (44,2%)	46 (37,4%)	84 (49,1%)
35-44	99 (33,7%)	45 (36,6%)	54 (31,6%)
45-54	42 (14,3%)	19 (15,4%)	23 (13,5%)
55-64	22 (7,5%)	12 (9,8%)	10 (5,8%)
65-80	1 (0,3%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)
BMI			
Normal	111 (37,9%)	44 (35,2%)	67 (39,9%)
Övervikt	113 (38,6%)	58 (46,4%)	55 (32,7%)
Fetma	69 (23,5%)	23 (18,4%)	46 (27,4%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser och procent.

Något mer än två tredjedelar av respondenterna uppgav att deras väntetid för beviljat uppehållstillstånd varit mellan 0 och 18 månader. Nästan hälften (48.0%) fick sina uppehållstillstånd beviljade inom en ettårsperiod.

Tabell 2. Bakgrundsfaktorer, migration.

Variabel	Totalt n (%)	Man n (%)	Kvinna n (%)
Typ av invandring			
Asylsökande	172 (61,0%)	80 (67,2%)	92 (56,4%)
Anhöriginvandring	95 (33,7%)	28 (23,5%)	67 (41,1%)
Annan	15 (5,3%)	11 (9,2%)	4 (2,5%)
Typ av uppehållstillstånd			
Permanent	171 (56,4%)	68 (54,4%)	103 (57,9%)
Tillfälligt	122 (40,3%)	52 (41,6%)	70 (39,3%)
Asylsökande	10 (3,3%)	5 (4,0%)	5 (2,8%)
Väntetid för uppehållstillstånd			
0-6 månader	70 (23,5%)	34 (27,4%)	36 (20,7%)
7-12 månader	70 (23,5%)	23 (18,5%)	47 (27,0%)
13-18 månader (1-1,5 år)	67 (22,5%)	27 (21,8%)	40 (23,0%)
Mer än 18 månader (mer än 1,5 år)	91 (30,5%)	40 (32,3%)	51 (29,3%)

Resultaten presenteras i form av frekvenser och procent för alla variabler.

4.2 Sammanfattning

- Majoriteten hade en problematisk vikt ur ett hälsoperspektiv.
- Fyra av tio kvinnor och var tredje man uppgav att deras vikt ökat sedan flykten till Sverige.
- Majoriteten var antingen gift eller hade ett registrerat partnerskap eller var sambo.
- Sex av tio hade minst gymnasieutbildning.
- Två tredjedelar hade planer på att validera sina diplom.
- Två tredjedelar hade planer på att vidareutbilda sig i Sverige.
- Majoriteten hade haft fått vänta minst ett år ett år på att få uppehållstillstånd.
- Fyra av tio har fått tillfälliga uppehållstillstånd.

5 Hälsa

Fysisk hälsa, tandhälsa och otillfredsställda vårdbehov

Det viktigt att ur ett hälsoperspektiv göra skillnad på frivillig och ofrivillig migration och inte betrakta migration som en homogen process eller grupp. Migranter har i olika studier visat sig vara jämförelsevis hälsosamma vid ankomst till mottagandelandet [23] men vad gäller påtvingad eller ofrivillig flykt kan det finnas en ökad känslighet och utsatthet för fysiska, psykiska och sociala hälsoproblem som kan uppkomma på grund av flykten och de omständigheter som detta har bidragit till [23] vilket kan visa sig i nära anslutning till ankomsten eller efter en tid i mottagandelandet. Dessutom, den tid det tar för personen i fråga att få besked på asylansökan likväl som den tid som personen har befunnit sig i flyktingläger har en tydlig påverkan på hälsan efter flykten[23]. Den nyligen publicerade rapporten Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland, konkluderar att hälsa i form av diabetes, högt blodtryck och ohälsosam vikt försämras efter en tid i landet samt indikerar att migration kan ses som en bestämningsfaktor för hälsa [22]. Under flykten kan migranter vara extra utsatta för smittsamma infektioner på grund av minskad tillgång på sjukvård, mindre täckning av vaccinationer samt trångboddhet och nedsatta hygienrutiner under flyktvägen till värdlandet. Vidare kan migranter ha drabbats av olycksfall längs flyktvägen likväl som gynekologiska åkommor och graviditetsbesvär, mag- och tarmbesvär, luftvägsbesvär, hjärt- och kärlsjukdomar och metaboliska sjukdomar [24]. Det har även visat sig att minst varannan asylsökande har olika kroniska besvär och många lider av huvudvärk, muskelbesvär, andningsbesvär och besvär i mag- och tarmslemhinnan [25] således kan ofrivillig migration betraktas som en riskfaktor för hälsan.] Vidare sågs även en hög prevalens av olika infektioner såsom HIV, tuberkulos, Hepatit B och C och infektioner i mag- och tarmkanalen [25].

Efter flykten och under etableringen i värdlandet kan migranter behöva bo i flyktingboende vilket kan innebära trångboddhet samt sämre hygieniska förhållanden. Detta ökar risken för olika infektioner såsom influensa, RS virus, adenovirus och maginfluensa. Samt kan de migranter som har olika kroniska

sjukdomar uppleva en förvärring av dessa på grund av svårigheter att få vård under flyktvägen. Vissa migranter har även en ökad risk för både diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och stroke [24].

Munhälsan påverkar signifikant en persons välmående i livet [26] och dålig munhälsa ligger bakom flertalet kroniska sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdomar, stroke och diabetes [27, 28].

De vanligaste sjukdomarna i munnen är tandköttssjukdomar, karies, infektioner, cancer i munhålan, olycksfall samt ärftlighet för förändringar i munhålan [29].

Riskfaktorer för sjukdomar i munhålan är ohälsosam kost, ålder, tobak, alkohol, immunnedsättningar, dålig munhygien, nedsatt social status och diabetes [30-32]. I alla länder kan en försämrad tandhälsa och sjukdomar i munhålan ses hos fattiga och bland dem som har det sämre ställt i samhället [33]. Tidigare forskning visar att migrationsbakgrund inte bara är en oberoende faktor som påverkar dålig självupplevd hälsa [34] utan också påverkar och leder till dålig tandstatus [35]. En litteraturöversikt indikerade på att uppåt 70% i den föreliggande studien hade behov av en tandläkarkonsultation på grund av dåligt tandstatus [25]. En tysk studie jämförde tandhälsan bland äldre migranter med resten av befolkningen och såg att bland migranterna fanns det sämre tandhälsa, mer blödningar i munnen samt att de i mindre utsträckning hade besökt en tandläkare under de senaste 12 månaderna. De hade i mindre utsträckning en fast tandläkarkontakt och nämnde att faktorer såsom kostnad och språkbarriärer hindrade dem från att etablera fast tandläkarkontakt [36].

Forskning visar att det är viktigt att förstå hur nyanlända migranter upplever hälso- och sjukvården i värdlandet efter flykt, eftersom tillgång på hälso- och sjukvård är en viktig hälso-indikator för migranter [37]. Trots att tidigare forskning visar att nyanlända migranter har ett större behov av hälso- och sjukvård jämfört med resterande del av befolkningen, så möter de olika slags barriärer när det gäller att få tillgång till vård [38]. Dessa barriärer kan vara i form av språksvårigheter, kulturella och ekonomiska aspekter [38, 39]. Det kan också finnas barriärer i form av rädsla för att hälso- och sjukvårdsbesök ska påverka asylbeslut samt en rädsla för att bli nekad vård vid behov [40]. En litteraturöversikt utfördes under 2017 med syftet att sammanställa

forskning om hur migranter upplever hälso- och sjukvården i det värdland som personen flytt till [41]. Denna sammanställning visade att det ansågs att en god kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och migranterna var viktig men att det upplevdes finnas språkbarriärer som försvårade kontakten.

Det ansågs också finnas ett utökat behov av information, både muntlig och skriftlig, om sjukvårdssystemet i det land där migranterna befann sig [42].

5.1 Självsfattad hälsa

På frågan hur de bedömer sitt nuvarande hälsotillstånd svarade 56,2% bra eller mycket bra. Vad gäller hur respondenterna bedömer sitt nuvarande hälsotillstånd förändrats sedan beviljat uppehållstillstånd svarade något färre än hälften att hälsan förbättrats. För var sjätte respondent har hälsan försämrats.

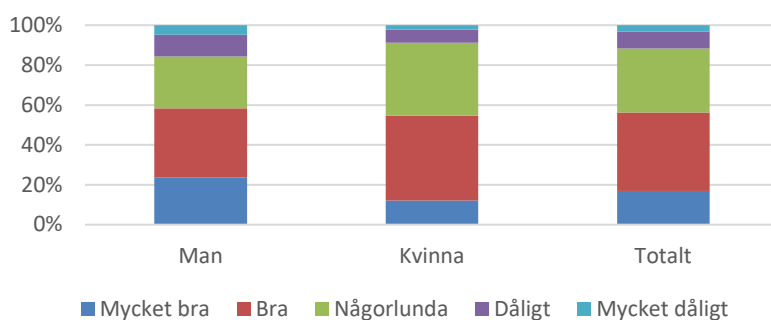
Tabell 3. Självpupplevd hälsa samt förändring av hälsotillståndet sedan beviljat uppehållstillstånd.

Hälsa	Totalt n (%)	Man n (%)	Kvinna n (%)
Självrapporerad hälsa			
Mycket bra	52 (16,9%)	30 (23,6%)	22 (12,2%)
Bra	121 (39,3%)	44 (34,6%)	77 (42,5%)
Någorlunda	99 (32,1%)	33 (26,0%)	66 (36,5%)
Dåligt	26 (8,4%)	14 (11,0%)	12 (6,6%)
Mycket dåligt	10 (3,2%)	6 (4,7%)	4 (2,2%)
Förändring av hälsotillståndet sedan beviljat uppehållstillstånd.			
Nej	113 (37,0%)	46 (36,5%)	67 (37,4%)
Ja till det sämre	52 (17,0%)	20 (15,9%)	32 (17,9%)
Ja till det bättre	140 (45,9%)	60 (47,6%)	80 (44,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller självupplevd tandhälsa svarade fler än hälften att den är bra (44,9%) eller mycket bra (7,9%). På frågan om när de senast besökt tandläkare eller tandhygienist uppgav 46,4% för mindre än ett år sedan, var femte för ett till två år sedan och var tionde för tre till fyra år sedan. De som aldrig varit hos tandläkare eller tandhygienist utgjorde 15,2% (bland kvinnor 17,3% och 12,2% bland män).

Figur 2. Hur upplever Du Ditt nuvarande hälsotillstånd i allmänhet?



Tabell 4. Självupplevd tandhälsa samt senaste besöket hos tandläkare/hygienist.

Hälsa	Totalt n (%)	Man n (%)	Kvinna n (%)
Självrapporterad tandhälsa			
Mycket bra	24 (7,9%)	14 (11,3%)	10 (5,5%)
Bra	137 (44,9%)	52 (41,9%)	85 (47,0%)
Dåligt	98 (32,1%)	37 (29,8%)	61 (33,7%)
Mycket dåligt	46 (15,1%)	21 (16,9%)	25 (13,8%)
Senaste besöket hos tandläkare/hygienist			
För mindre än 1 år sedan	140 (46,4%)	55 (44,7%)	85 (47,5%)
För 1-2 år sedan	61 (20,2%)	26 (21,1%)	35 (19,6%)
För 3-4 år sedan	30 (9,9%)	17 (13,8%)	13 (7,3%)
För mer än fem år sedan	25 (8,3%)	10 (8,1%)	15 (8,4%)
Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist	46 (15,2%)	15 (12,2%)	31 (17,3%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

5.3 Läkemedel

De mest förekommande använda läkemedlen de senaste tre månaderna var smärtstillande medel. Smärtstillande medel utan recept används som mest där 35,7% var köpta på apotek i Sverige och 10,4% på annat sätt. Magsårsmedicin uppgavs av 17,1% och antibiotika av 13,0%. Vad gäller blodtryckssänkande medicin uppgav nästan var tionde att de använder blodtryckssänkande medicin och något högre andel (10,4%) att de använder medicin mot astma/allergi. Ungefär 8% använde nervlugnande medicin och ungefär 9% medel mot depression.

Tabell 5. Användning av läkemedel de senaste tre månaderna oberoende av kön.

Typ av läkemedel	Nej	Ja, köpta på apotek i Sverige	Ja, köpta på annat sätt
Blodtryckssänkande medicin	176 (90,7%)	11 (5,7%)	7 (3,6%)
Medicin mot astma/allergi	172 (89,6%)	13 (6,8%)	7 (3,6%)
Smärtstillande medel, utan recept	119 (53,8%)	79 (35,7%)	23 (10,4%)
Smärtstillande medel, med recept	143 (67,8%)	63 (29,9%)	5 (2,4%)
Antibiotika (penicillin)	161 (87,0%)	18 (9,7%)	6 (3,2%)
Sömnmedel	174 (93,5%)	8 (4,3%)	4 (2,2%)
Nervlugnande medicin	170 (91,9%)	10 (5,4%)	5 (2,7%)
Medel mot depression	170 (90,9%)	12 (6,4%)	5 (2,7%)
Magsårsmedicin	160 (82,9%)	21 (10,9%)	12 (6,2%)
Annat	115 (92,7%)	6 (4,8%)	3 (2,4%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller eventuella könsskillnader i läkemedelsanvändning uppgav fler män (13,3%) än kvinnor (6,3%) en användning av blodtryckssänkande medicin. Kvinnor rapporterade generellt större användning av smärtstillande medicin och uppgav dessutom en betydligt högre användning av smärtstillande medel utan recept (53,4% jämfört med 35,2%). Något högre andel män uppgav användning av sömnmedel, antibiotika, nervlugnande och depressionsmedicin samt magsårsmedicin. Det omvända gällde medicin mot astma och allergi.

Tabell 6. Användning av läkemedel de senaste tre månaderna bland män.

Typ av läkemedel	Nej	Ja, köpta på apotek i Sverige	Ja, köpta på annat sätt
Blodtryckssänkande medicin	72 (86,7%)	7 (8,4%)	4 (4,8%)
Medicin mot astma/allergi	71 (91,0%)	6 (7,7%)	1 (1,3%)
Smärtstillande medel, utan recept	57 (64,8%)	26 (29,5%)	5 (5,7%)
Smärtstillande medel, med recept	63 (73,3%)	21 (24,4%)	2 (2,3%)
Antibiotika (penicillin)	65 (82,3%)	10 (12,7%)	4 (5,1%)
Sömnmedel	71 (91,0%)	5 (6,4%)	2 (2,6%)
Nervlugnande medicin	70 (89,7%)	6 (7,7%)	2 (2,6%)
Medel mot depression	68 (87,2%)	7 (9,0%)	3 (3,8%)
Magsårsmedicin	65 (79,3%)	10 (12,2%)	7 (8,5%)
Annat	60 (90,9%)	4 (6,1%)	2 (3,0%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 7. Användning av läkemedel de senaste tre månaderna bland kvinnor.

Typ av läkemedel	Nej	Ja, köpta på apotek i Sverige	Ja, köpta på annat sätt
Blodtryckssänkande medicin	104 (93,7%)	4 (3,6%)	3 (2,7%)
Medicin mot astma/allergi	101 (88,6%)	7 (6,1%)	6 (5,3%)
Smärtstillande medel, utan recept	62 (46,6%)	53 (39,8%)	18 (13,5%)
Smärtstillande medel, med recept	80 (64,0%)	42 (33,6%)	3 (2,4%)
Antibiotika (penicillin)	96 (90,6%)	8 (7,5%)	2 (1,9%)
Sömnmedel	103 (95,4%)	3 (2,8%)	2 (1,9%)
Nervlugnande medicin	100 (93,5%)	4 (3,7%)	3 (2,8%)
Medel mot depression	102 (93,6%)	5 (4,6%)	2 (1,8%)
Magsårsmedicin	95 (85,6%)	11 (9,9%)	5 (4,5%)
Annat	55 (94,8%)	2 (3,4%)	1 (1,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

5.4. Otillfredsställda vårdbehov

På frågan om respondenten de senaste tre månaderna fått recept utskrivet men inte hämtat ut det svarade nästa var tionde, ja en gång. En högre andel kvinnor svarade på detta vis (11,0% jämfört med 6,4%). Högre andel kvinnor jämfört med män svarade även ja flera gånger. Vad gäller otillfredsställd tandläkarvård svarade majoriteten (68,8%) att de varit i behov av tandläkarvård de senaste tre månaderna men att de avstått från att söka vård. När det kommer till läkarvård uppgav varannan att de varit i behov av läkarvård de senaste tre månaderna men att de avstått ifrån att söka.

Tabell 8. Otillfredsställda vårdbehov de senaste tre månaderna.

Vårdbehov	Totalt	Man	Kvinna
Läkemedel			
Ja, en gång	25 (9,2%)	7 (6,4%)	18 (11,0%)
Ja, flera gånger	4 (1,5%)	1 (0,9%)	3 (1,8%)
Nej	244 (89,4%)	101 (92,7%)	143 (87,2%)
Tandläkarvård			
Ja	201 (68,8%)	82 (69,5%)	119 (68,4%)
Nej	91 (31,2%)	36 (30,5%)	55 (31,6%)
Läkarvård			
Ja	145 (49,8%)	53 (44,2%)	92 (53,8%)
Nej	146 (50,2%)	67 (55,8%)	79 (46,2%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

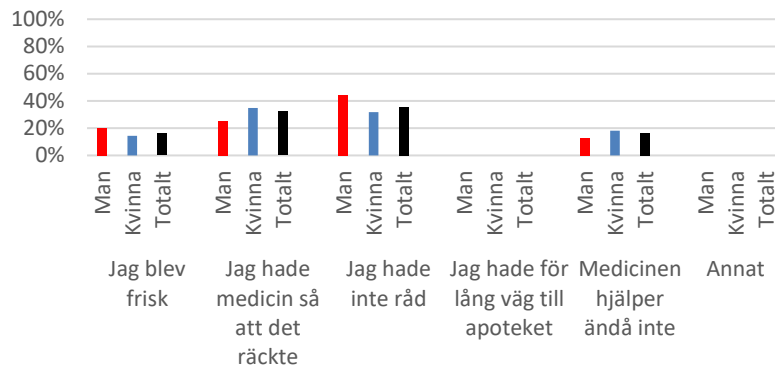
De vanligast förekommande orsakerna till att inte ha sökt vård de senaste tre månaderna var för långa väntetider.

Tabell 9. Otillfredsställda vårdbehov de senaste tre månaderna.

Typ av vård	De två vanligaste anledningarna
Läkarvård	<ul style="list-style-type: none"> • För långa väntetider • Hade inte råd
Tandläkarvård	<ul style="list-style-type: none"> • Hade inte råd • Hade inte tid
Läkemedel	<ul style="list-style-type: none"> • Hade medicin så att det räckte • Hade inte råd att hämta ut medicin

Anledningen till att inte ha hämtat ut utskrivna medicin var att ha haft medicin så att det räckte och anledningen till otillfredsställd tandläkarvård var att de inte hade råd.

Figur 3. Anledning till att ej ha hämtat ut läkemedel



5.5 Slutsatser

- Något fler än hälften uppgav att de har en god eller mycket god hälsa.
- Var sjätte uppgav att hälsan försämrats sedan beviljat uppehållstillstånd.
- Nästan varannan uppgav att hälsan förbättrats sedan beviljat uppehållstillstånd.
- Nästan varannan uppgav sin tandhälsa som dålig eller mycket dålig.
- Var sjätte kvinna har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist.
- Var sjunde man har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist.
- Vanligast förekommande läkemedel var smärtstillande medel.
- Var tionde har inte hämtat ut utskrivna medicin.
- Sju av tio har varit i behov av tandläkarvård de senaste tre månaderna men avstått från att söka vård
- Varannan har varit i behov av läkarvård de senaste tre månaderna men har avstått ifrån att söka.

- Vanligaste orsakerna till att ha avstått ifrån att söka läkarvård var för långa väntetider och att de inte hade råd.
- Vanligaste orsakerna till att ha avstått ifrån att söka tandläkarvård var att de inte hade råd eller att de inte hade tid.
- Vanligaste orsakerna till att inte ha hämtat ut utskriven medicin var att de hade medicin så att det räckte och att de inte hade råd att hämta ut medicin.

6 Mental hälsa och sömn

Migranter är ofta utsatta för olika riskfaktorer under flyktvägen vilka ökar risken för psykisk ohälsa. Detta kan vara utsatthet för stressiga och traumatiserande upplevelser, såsom rasistisk diskriminering, våld, tvångsseparation från familjemedlemmar samt deportering [43]. Forskning visar att migrationsprocessen ökar känsligheten för psykisk ohälsa på grund av att migrationen ger högre nivåer av ångest och pessimism inför framtiden eftersom man har förlorat sitt sociala nätverk och upplever isolering efter flykten. Migranter kan uppleva en kronisk stress som beror på avsaknad av en känsla av tillhörighet, svagt socialt nätverk, kulturella förändringar, ensamhet och en känsla av att man kämpar för att överleva [43]. En metaanalys utförd på basis av studier utförda mellan 1990-2007 visade att 47% av migranter drabbas av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) [44] jämfört med 3% i den övriga befolkningen [45]. När det gäller samsjuklighet mellan PTSD och depression har en studie visat att 40% av alla migranter som har PTSD också har depression och att 70% av migranter som har en depression också har en PTSD [46]. När det gäller enbart depression bland migranter visar en studie låga nivåer av diagnostiserad depression [47] men en högre prevalens gällande kliniska symtom på depression [47]. En lägre nivå diagnostiserade depressioner bland migranter kan bero på att många besvärar av symtom på depression men av olika anledningar inte söker vård för det [47].

Sömnlöshet definieras som en oförmåga att somna eller svårigheter att sova utan att vakna ofta och är också associerat med en oförmåga att fungera dagtid pga trötthet eller andra symtom [48, 49]. Det finns forskning som visar att sömnlöshet är kopplat till nedsatt hälsa [50]. Sömnlöshet drabbar ofta personer som lider av depression och ångest och detta kan försvåra diagnos och behandling [51]. Sömnlöshet kan förvärra förmågan att arbeta och koncentrera sig under arbetet [52, 53]. Prevalens av sömnlöshet varierar mellan olika grupper i samhället och kan påverkas av traumatiska livshändelser eller stress i omgivningen [54, 55]. Dessa traumatiska händelser kan vara flykt från krig, våld, förlust av familjemedlemmar samt tvångsflykt och dessa faktorer har visat sig ha samband med störd sömn [56-59]. Studien av Basishvili [54] visade att ca 41% av flyktingarna led av sömnlöshet och de flesta av dessa flyktingar uppgav att symtomen började i samband med

flykten. Studien visade också att det var äldre flyktingar som upplevt stress relaterat till krig som led i större utsträckning. De flyktingar som led av mardrömmar efter flykt hade högre frekvens av sömnlöshet. Vidare visade sömnlöshet ha samband med depressiva symtom [54] vilket även har visat sig tidigare i forskning [60]. En nypublicerad svensk studie visade på en signifikant ökning av sömnproblem för de nyanlända som samtidigt uppgav sig ha en dålig självupplevd hälsa [61]. En annan studie av Al-Smadi [50] undersökte prevalens och faktorer bland flyktingar som hade samband med sömnlöshet. Studien såg att högre ålder bland flyktingarna ökade risken för sömnlöshet, likväl som en lägre utbildningsnivå gjorde. Vidare såg man att arbetslöshet ökade oddsen likväl som en avsaknad av nödvändig medicin för personen i fråga [50].

6.1 Risk för psykisk ohälsa, sömn och stress

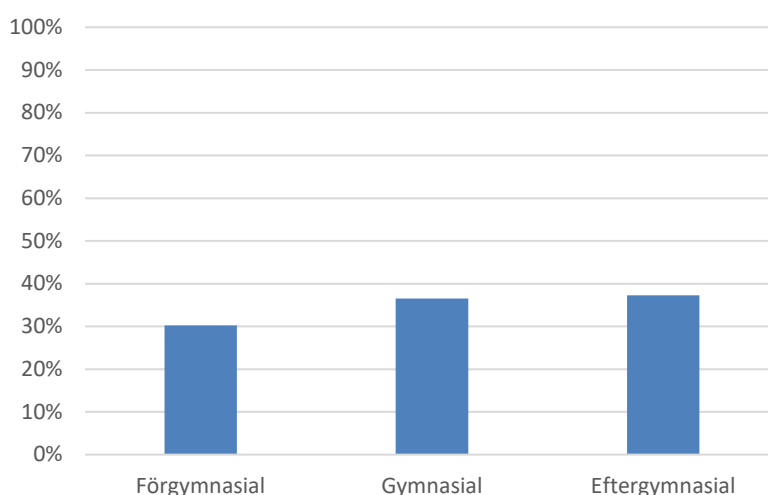
Tabell 10. Psykisk ohälsa

	Totalt	Man	Kvinna
Ej dålig psykisk hälsa	202 (65,8%)	75 (59,5%)	127 (70,2%)
Dålig psykisk hälsa	105 (34,2%)	51 (40,5%)	54 (29,8%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

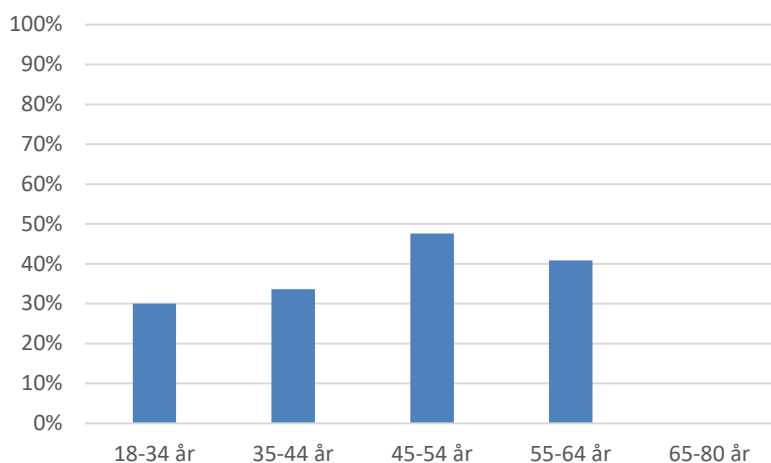
Psykisk ohälsa mätt utifrån GhQ12 skalan, vilken mäter risken för mental ohälsa, visade att fyra av tio män och tre av tio kvinnor löper risk för psykisk ohälsa.

Figur 7. Risk för psykisk ohälsa efter utbildning.



Vad gäller risken för psykisk ohälsa i relation till utbildning är risken lägst för de med förgymnasial utbildning. När det kommer till ålder är risken högst i åldersgrupperna 45 till 54 samt 55 till 64 år.

Figur 8. Risk för psykisk ohälsa efter ålder.



En annan viktig fråga i detta sammanhang är ensamhet där nästan hälften uppger att de besväras av ensamhet. Var tionde besväras dagligen och var fjärde flera gånger eller någon gång i veckan. På frågan om respondenterna allvarligt övervägt att ta sitt liv svarade knappt 7% ja. Något högre andel män svarade ja på denna fråga och att de hade övervägt att ta sitt liv det senaste året.

Tabell 11. Händer det att Du besväras av ensamhet?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	32 (10,9%)	20 (16,5%)	12 (7,0%)
Flera gånger i veckan	44 (15,0%)	20 (16,5%)	24 (14,0%)
Någon gång i veckan	33 (11,3%)	8 (6,6%)	25 (14,5%)
Någon eller några gånger i månaden	29 (9,9%)	9 (7,4%)	20 (11,6%)
Mer sällan än en gång i månaden	155 (52,9%)	64 (52,9%)	91 (52,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller frågan om respondenterna hade någon i familjen eller nära umgängeskrets som nyligen omkommit i krig, blivit kidnappad eller försvunnit svarade 54,8% ja på denna fråga varav en högre andel män (62,5%) än kvinnor (49,4%).

Tabell 12. Har Du någon gång allvarligt övervägt att ta Ditt liv, kanske till och med planerat hur Du i så fall skulle göra?

	Totalt	Man	Kvinna
Nej, aldrig	280 (93,3%)	113 (91,9%)	167 (94,4%)
Ja, för mer än ett år sedan	7 (2,3%)	3 (2,4%)	4 (2,3%)
Ja, under det senaste året	10 (3,3%)	6 (4,9%)	4 (2,3%)
Ja, under den senaste veckan	3 (1,0%)	1 (0,8%)	2 (1,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

När det kommer till självupplevd stress uppgav majoriteten att de ofta (31,3%) och ibland (47,7%) upplever stress. Ungefär lika andel råder för både män och kvinnor.

Tabell 13. Har någon i din familj eller nära umgängeskrets nyligen omkommit i krig, blivit kidnappad eller försvunnit?

	Totalt	Man	Kvinna
Ja	160 (54,8%)	75 (62,5%)	85 (49,4%)
Nej	103 (35,3%)	34 (28,3%)	69 (40,1%)
Vet inte	29 (9,9%)	11 (9,2%)	18 (10,5%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

På frågan om sömn uppgav drygt hälften att de sover bra (18,0%) eller ganska bra (34,4%). Kvinnor uppgav i högre grad att de sover mycket bra eller ganska bra. Männerna uppgav i högre grad att de varken sover bra eller dåligt (38,9% jämfört med 27,4%). Andelen som uppgav att de sover ganska dåligt eller mycket dåligt var något högre bland kvinnor.

Tabell 14. Sömn och stress.

	Totalt	Man	Kvinna
Stress			
Ja, ofta	95 (31,3%)	39 (31,5%)	56 (31,1%)
Ja, ibland	145 (47,7%)	60 (48,4%)	85 (47,2%)
Nej, nästan aldrig	64 (21,1%)	25 (20,2%)	39 (21,7%)
Sömn			
Mycket bra	55 (18,0%)	24 (19,0%)	31 (17,3%)
Ganska bra	105 (34,4%)	37 (29,4%)	68 (38,0%)
Varken bra eller dåligt	98 (32,1%)	49 (38,9%)	49 (27,4%)
Ganska dåligt	34 (11,1%)	11 (8,7%)	23 (12,8%)
Mycket dåligt	13 (4,3%)	5 (4,0%)	8 (4,5%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

6.2 Sammanfattning

- Fyra av tio män uppgav dålig psykisk hälsa.
- Tre av tio kvinnor uppgav dålig psykisk hälsa.
- Risken för psykisk ohälsa var något högre för dem mellan 45 och 64 år samt för dem med högre utbildningsnivå.
- Nästan varannan besvärades av ensamhet.
- Var trettonde individ har någon gång övervägt att ta sitt liv.
- En procent har övervägt att ta sitt liv under den senaste veckan.
- Varannan har någon i familjen eller nära umgängeskrets som nyligen omkommit i krig, blivit kidnappad eller försvunnit.
- Stress var vanligt förekommande.
- Vad gäller sömn uppgav varannan att de sover bra eller mycket bra.

7 Hot om våld

Under flykten och konflikter under denna, lever flyktingar med en ökad risk för utsatthet för våld vilket kan förklaras av splittring av familjer och avsaknad av stödjande strukturer runtomkring [62, 63]. Många flyktingar har levt i länder där risken för tortyr, våld och sexuella övergrepp är hög [64]. Under flykten och i flyktvägarna ökar risken för våld och övergrepp [65]. Flyktingarna kan efter ankomst till värdlandet befinna sig i besvärliga boendesituationer som även dessa också ökar risken för utsatthet [66, 67]. En systematisk litteraturöversikt undersökte hur utsatta flyktingar var för våld och konstaterade att runt 30% hade varit utsatta för tortyr. Risken för våld sågs vara sammankopplad med längre asylprocesser samt högre nivåer av depression [68].

Flickor och kvinnor på flykt riskerar i högre grad att bli utsatta för sexuellt våld såsom tvång till sexuella handlingar, sexuella övergrepp från partner, sexuella övergrepp av barn och människohandel [69]. Forskning visar att det huvudsakligen är militärer och beväpnad personal i armén i krigszoner som utför sexuella övergrepp på kvinnor och flickor som är på flykt [70]. Men andra förövare kan också vara familjemedlemmar, biståndsarbetare samt arbetare i icke-statliga organisationer för vilka kvinnor och flickor har stort förtroende men som utnyttjar deras utsatthet [71]. Som ett resultat av detta kan dessa flickor och kvinnor lida av långvariga fysiska besvär [72], reproduktiva besvär [73] och mental ohälsa [72]. En studie av Vu m.fl. [74] visar att 20% av alla kvinnor som varit på flykt har utsatts för sexuella övergrepp. Siffran är dock troligtvis högre eftersom alla inte vågar rapportera vad de varit utsatta för. Eftersom sexuella övergrepp har stor påverkan på den utsattas hälsa är det av stor vikt att utveckla strategier för att kunna identifiera de som utsatts [74].

7.1 Hot och våld

Var tionde respondent har varit utsatt för allvarliga hot eller hotelser de senaste 12 månaderna, med en högre andel bland män än bland kvinnor. Vad gäller om de blivit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld uppgav nästan var femte manlig respondent och nästan var tionde kvinnlig respondent att de blivit utsatta.

Tabell 15. Hot och våld de senaste 12 månaderna.

	Totalt	Man	Kvinna
Allvarliga hot/hotelser			
Ja	31 (10,3%)	17 (13,7%)	14 (7,9%)
Nej	270 (89,7%)	107 (86,3%)	163 (92,1%)
Fysiskt eller psykiskt våld			
Ja	38 (12,8%)	22 (18,0%)	16 (9,1%)
Nej	260 (87,2%)	100 (82,0%)	160 (90,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Bland dem som blivit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld var den vanligaste platsen i hemmet där fyra av tio utsatts, följt av att knappt var femte av dessa utsatts på antingen arbetsplatsen/i arbetet/skolan, eller i annans bostad/i bostadsområdet eller på allmän plats/på nöjesställe/på tåg, buss.

7.2 Sammanfattning

- Var tionde individ hade varit utsatt för allvarliga hot eller hotelser de senaste 12 månaderna.
- Var sjätte man och var tionde kvinna hade varit utsatt för fysiskt eller psykiskt våld de senaste månaderna.
- De två vanligaste platserna där våldet förekommit var hemmet eller på arbetsplatsen/i arbetet/skolan/annan bostad/i bostadsområdet eller på allmän plats/på nöjesställe/på tåg, buss.

8 Levnadsvanor

Forskning visar att flyktingar som kommer till USA är friskare än ursprungsbefolkningen i landet [75], men ju längre tid flyktingarna bor i USA, desto högre risk får de för fetma [76, 77], höga lipidnivåer [78], högt blodtryck [79], diabetes [80] och hjärt- och kärlsjukdomar [81]. Bland flyktingar som flyttar till höginkomstländer är fysisk aktivitet och näringsintag ofta mindre hälsosamt jämfört med resterande befolkningens vanor [82, 83]. Flyktingar som kommit till USA, speciellt kvinnor, har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med resterande befolkning [84] och flyktingar av kvinnligt kön har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med sina manliga landsmän [85]. Högre bördor för kvinnor i form av hushållsarbete, barnomsorg och arbete, har visat sig påverka deras förmåga att vara fysiskt aktiva [86] men även avsaknad av tidigare erfarenhet av träning och en avsaknad av socialt stöd har visat sig vara barriärer för att komma igång med träning [85]. Vidare har socioekonomiska faktorer såsom fattigdom, låg utbildningsnivå och låg kunskap om hälsa visat sig vara barriärer för fysisk aktivitet gällande migrerande kvinnor [87]. Däremot har det visat sig viktigt för dessa kvinnor att ha en god förebild ifrån den egna kulturen som är fysiskt aktiv för att bli mer aktiva själva [88]. En annan studie från USA visade att flyktingar efter ankomst till sitt värdland försöker övervinna olika barriärer för att vara fysiskt aktiva i värdlandet [89]. Många flyktingar berättade att de var mer utomhus i sitt hemland och att detta ledde till mer fysisk aktivitet. Också i den här studien påvisades hinder för att kunna utföra fysisk aktivitet, tex avsaknad av tid, kallt väder, svårigheter att ta sig till träningsanläggningar och avsaknad av motivation och intresse [89]. När det gäller rökning bland nyanlända, så visar forskning att en högre andel migranter röker jämfört med populationen i de länder som de migrerat ifrån [90] och rökning ökar risken för olika slags sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar [91].

8.1 Kost

Frågorna kring kostvanor omfattar frukost, lunch och kvällsmat och avser en vanlig vecka. På frågan om respondenterna äter frukost svarade två tredjedelar att de äter frukost varje dag.

Majoriteten uppgav även att de äter lunch varje dag, andelen män som äter lunch varje dag (85,2%) är något lägre än andelen kvinnor (91,2%). Varannan respondent uppgav att de äter kvällsmat varje dag, och en betydligt högre andel kvinnor (28,1%) än män (14,5%) uppgav att de äter kvällsmat sällan eller aldrig.

Tabell 16. Hur ofta äter Du frukost under en vanlig vecka?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	199 (66,8%)	82 (67,2%)	117 (66,5%)
4-6 dagar	20 (6,7%)	9 (7,4%)	11 (6,3%)
1-3 dagar	39 (13,1%)	12 (9,8%)	27 (15,3%)
Sällan/aldrig	40 (13,4%)	19 (15,6%)	21 (11,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 17. Hur ofta äter Du lunch under en vanlig vecka?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	253 (88,8%)	98 (85,2%)	155 (91,2%)
4-6 dagar	20 (7,0%)	12 (10,4%)	8 (4,7%)
1-3 dagar	7 (2,5%)	3 (2,6%)	4 (2,4%)
Sällan/aldrig	5 (1,8%)	2 (1,7%)	3 (1,8%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 18. Hur ofta äter Du mat på kvällen under en vanlig vecka?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	150 (52,1%)	66 (56,4%)	84 (49,1%)
4-6 dagar	29 (10,1%)	16 (13,7%)	13 (7,6%)
1-3 dagar	44 (15,3%)	18 (15,4%)	26 (15,2%)
Sällan/aldrig	65 (22,6%)	17 (14,5%)	48 (28,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

8.2 Fysisk aktivitet

Vad gäller fysisk aktivitet i form av fysisk träning uppgav nästan två tredjedelar ingen träning eller mindre än 30 minuter i veckan. Andelen med detta svar var högre bland kvinnor. Andelen som uppgav 1,5 till 2 timmar var 3,3% och mer än 2 timmar (7,3%). Andelen män som tränar mer än två timmar var betydligt högre än andelen kvinnor.

Tabell 19. Hur mycket tid ägnar Du en vanlig vecka åt fysisk träning som får Dig att bli andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik, bollsport?

	Totalt	Man	Kvinna
0 minuter/ Ingen tid	93 (30,9%)	33 (26,8%)	60 (33,7%)
Mindre än 30 minuter	103 (34,2%)	37 (30,1%)	66 (37,1%)
30-59 minuter (0,5–1 timme)	54 (17,9%)	17 (13,8%)	37 (20,8%)
60-89 minuter (1–1,5 tim-mar)	19 (6,3%)	13 (10,6%)	6 (3,4%)
90-120 minuter (1,5–2 timmar)	10 (3,3%)	5 (4,1%)	5 (2,8%)
Mer än 120 minuter (mer än 2 timmar)	22 (7,3%)	18 (14,6%)	4 (2,2%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller fysisk aktivitet i form av förbrukad tid för vardagsaktiviteter som promenader eller cykling med mera uppgav var tionde man och var fjärde kvinna 0 minuter eller ingen tid. Tre av tio respondenter oberoende av kön uppgav 1 till 30 minuter. Nästan lika stor andel observerades för svarsalternativet 0,5 till 1 timme, dock en högre andel bland kvinnor.

Tabell 20. Hur mycket tid ägnar Du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, till exempel promenader, cykling, trädgårdsarbete? Räkna samman all tid (minst 10 minuter åt gången).

	Totalt	Man	Kvinna
0 minuter/ Ingen tid	55 (18,4%)	13 (10,4%)	42 (24,1%)
Mindre än 30 minuter	88 (29,4%)	36 (28,8%)	52 (29,9%)
30-59 minuter (0,5–1 timme)	83 (27,8%)	32 (25,6%)	51 (29,3%)
60-89 minuter (1–1,5 timmar)	31 (10,4%)	15 (12,0%)	16 (9,2%)
90-149 minuter (1,5–2,5 timmar)	20 (6,7%)	14 (11,2%)	6 (3,4%)
150 -300 minuter (2,5-5 timmar)	12 (4,0%)	7 (5,6%)	5 (2,9%)
Mer än 300 minuter (mer än 5 timmar)			

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

På påstående kring inställningarna till träning svarade ungefär två tredjedelar att de håller med om att träning är en viktig del av deras liv och tre av tio respondenter höll delvis med vilket gör att 96,0% håller delvis eller håller med.

En något högre andel uppgav att de håller med om att de hade velat öka sin fysiska aktivitet och nästan varannan känner att de inte har tid till att träna så mycket som de önskar. Knappt tre av tio höll delvis med på detta påstående. På påståendet kring otrygghet att träna med andra svarade nästan var fjärde att de håller delvis med eller håller med. Sju av tio umgås med sina vänner genom olika sportaktiviteter.

Var tionde vill inte träna och ytterligare en av tio håller delvis med om att hen inte vill träna. Något fler än 50% att de inte har råd att träna det de önskar träna.

Tabell 21. Inställning till träning oberoende av kön.

	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Träning är en viktig del av mitt liv	11 (4,0%)	76 (27,4%)	190 (68,6%)
Jag vill öka min fysiska aktivitet	15 (5,5%)	66 (24,0%)	194 (70,5%)
Jag har inte tid att träna så mycket som jag vill	55 (21,7%)	74 (29,2%)	124 (49,0%)
Jag känner mig otrygg att träna med andra	183 (75,9%)	36 (14,9%)	21 (8,7%)
Jag och mina vänner umgås ofta genom fysisk aktivitet (t.ex. spela fotboll, promenader, dans)	76 (30,6%)	81 (32,7%)	91 (36,7%)
Jag vill inte träna	189 (78,8%)	26 (10,8%)	25 (10,4%)
Jag har inte råd att träna det jag vill	112 (43,2%)	61 (23,6%)	86 (33,2%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller skillnader mellan könen är det vanligare bland kvinnor att inte anse sig ha tid att träna så mycket som de vill men även att viljan att träna är lägre. Bland männen är det vanligare att anse sig ha tid att umgås genom fysisk aktivitet.

8.3 Rökning, alkoholvanor och spel om pengar.

Tabell 22. Rökning samt förändring av rökvanor sedan ankomst till Sverige.

	Totalt	Man	Kvinna
Röker du?			
Ja, dagligen	78 (25,9%)	57 (46,0%)	21 (11,9%)
Ja, men inte alla dagar	33 (11,0%)	12 (9,7%)	21 (11,9%)
Har slutat röka	21 (7,0%)	15 (12,1%)	6 (3,4%)
Har aldrig rökt	169 (56,1%)	40 (32,3%)	129 (72,9%)
Förändrade rökvanor			
Nej	28 (24,8%)	13 (18,6%)	15 (34,9%)
Ja, röker mer	27 (23,9%)	17 (24,3%)	10 (23,3%)
Ja, röker mindre	58 (51,3%)	40 (57,1%)	18 (41,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Betydligt fler män än kvinnor röker dagligen, nästan varannan man röker dagligen jämfört med var nionde kvinna. Var tionde man och var nionde kvinna uppgav att de röker men inte alla dagar. Andelen som uppgav att de aldrig rökt var betydligt högre bland kvinnor (72,9%) jämfört med (32,3%) män. Bland dem som uppgav att de röker svarade var fjärde respondent att de röker mer och varannan att de röker mindre sedan de kommit till Sverige.

Tabell 23. Alkoholdrycker samt förändring av dryckesvanor vad gäller alkoholdrycker sedan ankomst till Sverige.

	Totalt	Man	Kvinna
Dricker du alkohol?			
Ja, ofta	7 (2,4%)	5 (4,2%)	2 (1,2%)
Ja, sällan	28 (9,8%)	23 (19,2%)	5 (3,0%)
Nej	251 (87,8%)	92 (76,7%)	159 (95,8%)
Förändrade alkoholvanor			
Nej	14 (42,4%)	11 (40,7%)	3 (50,0%)
Ja, dricker mer	4 (12,1%)	3 (11,1%)	1 (16,7%)
Ja, dricker mindre	15 (45,5%)	13 (48,1%)	2 (33,3%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller alkoholkonsumtion uppgav ca 4% av männen och ca 1% av kvinnorna att de ofta dricker alkohol. Knappt var femte man svarar att han dricker alkohol men sällan och bland kvinnorna var denna andel betydligt lägre, 3%. Var sjätte kvinna uppgav sig dricka mer alkohol sedan flykten till Sverige jämfört med drygt var tionde man. Hälften av männen och var tredje kvinna drack

mindre. Fyra av tio män och hälften av kvinnorna uppgav ingen förändring i dryckesvanor sedan flykten till Sverige.

På frågan "Har Du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter eller satsat pengar på spel?" svarade 13 (4,5%) positivt och 275 (95,5%) negativt. En högre andel män (7,5%) jämfört med kvinnor (2,4%) svarade positivt på denna fråga.

8.4 Slutsatser

- Majoriteten uppgav att de äter frukost och lunch dagligen.
- Varannan uppgav att de äter kvällsmat dagligen.
- Majoriteten ägnade ingen tid eller mindre än 30 minuter i veckan åt fysisk träning.
- Varannan ägnade ingen tid eller mindre än 30 minuter i veckan åt vardagsaktiviteter som promenader, cykling eller trädgårdsarbete.
- Majoriteten ville öka sin fysiska träning.
- Majoriteten uppgav att tiden inte räckte till för att träna så mycket som de vill.
- Många umgicks genom fysisk aktivitet.
- Varannan hade inte råd att träna det de vill.
- Var femte ville inte träna.
- Nästan varannan man och var nionde kvinna rökte dagligen.
- Hälften uppgav att de rökte mindre sedan flykten till Sverige.
- Nästan var fjärde uppgav att de rökte mer sedan flykten till Sverige.
- Majoriteten drack inte alkoholhaltiga drycker.
- Var nionde man och var sjätte kvinna uppgav att deras alkoholvanor förändrats till att dricka mer sedan ankomsten till Sverige.

9 Sociala relationer

En viktig faktor för hälsa och välbefinnande för flyktingar oavsett kultur, ålder och värdland är socialt stöd [92]. En studie från Australien visade att afrikanska flyktingar upplevde att det informella sociala nätverket efter flykten skyddade dem mot mental stress [93] och att de flyktingar som hade familj och vänner nära dem, mådde bättre socialt och emotionellt [93]. En annan studie visade att flyktingar som hade nära kontakt med andra från samma ursprungsland efter flykten, var mer skyddade mot stress och minskade risken för att de senare skulle migrera igen till ett annat land [94]. Vidare såg en annan studie att de flyktingar som upprätthöll kontakten med familj och vänner från ursprungslandet, mådde bättre under sin etablering i värdlandet [95]. I en amerikansk studie som undersökte hur kvinnor som flytt mådde under den kulturella övergången såg att tro och religion hade en stor och positiv påverkan på dessa kvinnor [92]. Faktorer som ansågs hindra dem från att delta i samhället var att de levde långt från sina nära och kära och isolering från resterande befolkning i värdlandet [92]. De kvinnor som mådde väl socialt efter flykten, hade nära kontakt med andra från samma ursprungsland samt med övriga befolkningen genom sina arbeten, grannar eller genom barnens skola [92]. Dessa kvinnor hade också en positiv syn och tilltro till framtiden för både sig själva och för sina familjer [92]. Då många sociala aktiviteter och möten utgick ifrån kyrkan, var detta en viktig plats för integrationen i samhället [92].

Tidigare forskning visade också att flyktingar möter olika slags utmaningar under sin etablering i det nya samhället och en sådan utmaning kunde vara att man upplevde sig vara socialt exkluderad i det nya samhället [96]. En annan studie visade att både för barn och vuxna flyktingar, var språksvårigheter en barriär i det nya landet, för att på ett effektivt sätt kunna undvika social isolering [97]. Detta påverkade även föräldrarollen och gav hela familjen en stressig situation [97]. Samma studie visar att somaliska flyktingar i sina hemländer såg det som en styrka att kunna få hjälp och stöd av sina familjer och vänner och efter att de flytt till USA upplevde de en avsaknad av just detta nätverk [97]. I denna studie framträdde religionen och grannskapet som viktiga resurser i det sociala sammanhanget i det nya landet [97] och att dessa resurser bör vara aktiva delar i olika slags integrationsarbete i landet [97].

9.1 Tillit och framtidstro

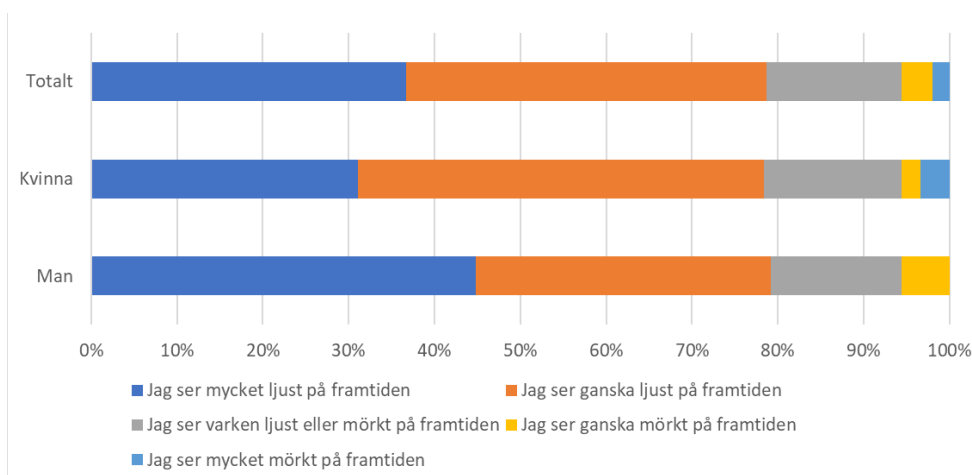
Tabell 24. Man kan lita på de flesta människor?

	Totalt	Man	Kvinna
Ja	56 (18,6%)	24 (19,7%)	32 (17,9%)
Nej	245 (81,4%)	98 (80,3%)	147 (82,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Knappt var femte respondent uppgav att man kan lita på de flesta människor.

Figur 8. Hur ser Du på framtiden för Din personliga del?



Majoriteten av de tillfrågade har för avsikt att stanna långsiktigt i Sverige (77,6% män och 65,5% kvinnor). Få planerar för att återvända till landet de kommit ifrån (5,6% män respektive 9,0% kvinnor). På frågan om hur respondenterna ser på framtiden för sin personliga del uppgav majoriteten att de ser mycket eller ganska ljust på framtiden.

9.2 Sammanfattning

- Var femte man och var sjätte kvinna uppgav att man kan lita på de flesta människor.
- Majoriteten såg mycket eller ganska ljust på framtiden.
- Majoriteten hade för avsikt att stanna långsiktigt i Sverige, något fler män än kvinnor uppgav detta (77,6% män och 65,5% kvinnor).
- Var sjuttonde man och elfte kvinna hade planer för att återvända till landet de kommit ifrån.

10 Arbete, sysselsättning och ekonomi

Flyktingar migrerar ofta i sökande efter en förbättring i livskvalitet [98] och en upplevelse av att livet förändras är oundvikligt i denna process, vilket också påverkar individens förmåga att kunna delta i familjära roller, vanor och rutiner [99]. Förmågan att kunna arbeta kan ofta vara en utmaning efter flykten och kan påverka livskvaliteten både positivt och negativt. Migration kan ofta leda till avbrott i arbetslivet, vilket i sig kan påverka livskvaliteten för individen i fråga [100, 101]. Det anses att förmågan att hitta en aktiv roll i samhället och kunna få en känsla av kulturellt sammanhang är möjligt genom att vara aktiv i arbetslivet [102] och McKay och Molineux anser att arbetslivet har stor påverkan på individens identitetsutveckling [103].

Forskning visar att många nyanlända flyktingar kämpar med att söka efter och få tag på ett passande arbete efter flykten. Många upplever att de utbildningar och erfarenheter man bär på inte uppskattas och tas tillvara på bästa sätt [100]. I de fall när nyanlända flyktingar fått tag på ett arbete, har det upplevts vara arbeten som inte varit anpassade till individens erfarenheter eller kvalifikationer [100]. Vidare har man också sett att även om nyanlända flyktingar ofta kommunicerar och umgås med vänner från sina egna länder och kulturer, var speciellt kvinnor ivriga att genom sitt arbete hitta vänner utanför dessa umgängeskretsar [100]. Trots detta visar forskning att kvinnor möter hinder på vägen i att finna arbete efter flykten [104] och en israelisk studie visade att nyanlända kvinnor hade högre arbetslöshetsfrekvens jämfört med inhemska israeliska kvinnor [105]. En kanadensisk studie visade att den sociala miljön runt de nyanlända flyktingarna hade en signifikant påverkan på individens förmåga att hitta ett arbete som kunde försörja dem [106]. Vidare visade denna studie att förmågan hos kvinnorna att hitta en balans mellan ansvar i hemmet och på arbetet påverkades av den support och stöd som de kunde erhålla från familjen runtomkring [106]. Samma studie visade också att de kvinnor som lyckades få ett arbete i Kanada efter flykten hade tagit arbeten som de var överkvalificerade för och på grund av detta fick de en minskning i ekonomisk stabilitet efter flykten [106].

En annan kanadensisk studie såg att den anställning och den inkomst man hade erhållit i hemlandet innan flykten påverkade i sig förmågan att senare kunna uppleva ekonomisk framgång i Kanada [107].

10.1 Arbete

De vanligast förekommande påståendena i relation till arbetsmarknaden som respondenterna höll med om var att de inte hade några kontakter med arbetsgivare, att de saknade sociala nätverk och att de saknade kunskap och information om vilka möjligheter som fanns samt att de hade svårt att få sin utbildning eller kompetens validerad. Var nionde höll med om att hälsan var ett hinder för att söka arbete. Den andel som delvis eller helt höll med om detta påstående var 27,1%. Påståendet att de känner sig diskriminerade höll 25,3 % delvis med om och 6,2% höll helt med. Att det förekom brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen höll 47,5 % med eller delvis med om.

Tabell 25. Arbetsmarknadsrelaterade påståenden, hur väl stämmer de oberoende av kön?

	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Jag saknar ett socialt nätverk/ jag känner inte många andra	64 (23,6%)	99 (36,5%)	108 (39,9%)
Jag har inga kontakter med arbetsgivare	48 (19,0%)	59 (23,3%)	146 (57,7%)
Jag har svårt att få min utbildning/kompetens validerad	107 (44,0%)	64 (26,3%)	72 (29,6%)
Min hälsa är ett hinder för att söka arbete	183 (72,9%)	39 (15,5%)	29 (11,6%)
Jag saknar kunskap och information om vilka möjligheter som finns	59 (23,0%)	97 (37,9%)	100 (39,1%)
Jag känner mig diskriminerad	176 (68,5%)	65 (25,3%)	16 (6,2%)
Brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen	136 (52,5%)	81 (31,3%)	42 (16,2%)

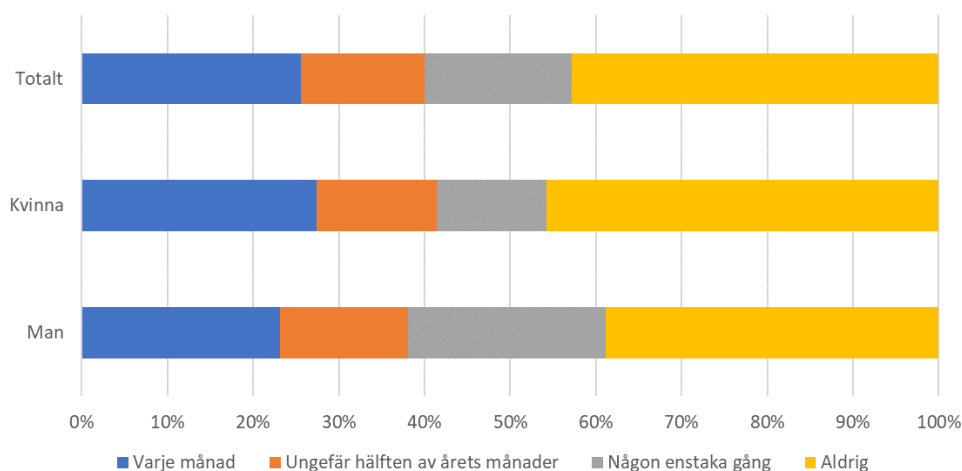
Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vad gäller ett innehav av körkort svarade betydligt fler män än kvinnor att de hade ett körkort (30,6% män jämfört med 10,3% kvinnor). De flesta hade ett behov av att ha bil (76,0%) men något fler än var tionde respondent hade en bil (13,0%).

10.2 Ekonomisk stress

Var fjärde individ uppgav att de varje månad de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara av sina räkningar. Ungefär 15% uppgav att de ungefär under hälften av årets månader haft svårigheter att klara sina räkningar.

Figur 9. Hur ofta har det hänt att Du under de senaste 12 månaderna i Sverige haft svårigheter att klara av Dina räkningar



(hyra, el, telefon, räntor, amorteringar, försäkringar etc.)?

På frågan "Skulle Du/Ditt hushåll inom en månad klara av att betala en oväntad utgift på 11 000 kr utan att låna eller be om hjälp?" svarade majoriteten av de tillfrågade nej (90,9 %).

10.3 Slutsatser

- Majoriteten hade inga kontakter med arbetsgivare.
- Många ansåg att de saknade sociala nätverk eller kunskap och information om vilka möjligheter som fanns i relation till arbetsmarknaden.
- Många ansåg att det var svårt att få sin utbildning eller kunskap validerad.
- Nästa var tredje höll delvis eller håller med om att hälsan var ett hinder för att söka arbete.
- Nästan varannan höll helt eller delvis med om att det förekom brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen.

- Fyra av tio hade haft svårigheter att klara sina räkningar antingen varje eller hälften av årets månader.
- Nio av tio ansåg att de inte kunde klara av att betala oväntade utgifter på 11 000 kr utan att låna eller be om hjälp.

11 Hem, hushåll, boendemiljö

Förmågan att kunna hitta ett stabilt boende efter flykten är av stor vikt för en bra början på det nya livet efter flykten [108], en positiv boendesituation under denna period kan underlätta för de nyanlända när det gäller integrering i samhället [108]. Boenden som är dyra, för små samt osäkra kan störa hela anpassningen till det nya samhället efter flykten [108]. En kanadensisk studie undersökte boendesituationen för nyanlända flyktingar i Kanada och såg att de nyanlända familjerna i stor proportion levde under existensminimum samtidigt som de betalade höga hyror för sina boenden [108]. På grund av de höga hyrorna levde många av familjerna trångt, eftersom de inte hade råd med att betala hyra för en större lägenhet. Många av familjerna fick under första året flytta, runt 93% hade flyttat åtminstone en gång och 25% minst tre gånger [108]. Dessutom uppgav 25% av familjerna att de kände sig otrygga i sina bostadsområden och många uppgav att de kände sig diskriminerade i sökandet efter en bättre bostad, vilket i sig ökade känslan av uppgivenhet i att klara av detta [108].

En annan studie från England som undersökte hur bostadssituationen såg ut för asylsökande och flyktingar i England såg liknande resultat som studien från Kanada [109]. Denna studie visade att asylsökande och flyktingar ofta lever i dåliga boenden och att de har svårt att få tag på boenden som är av bättre kvalitet och som är rimliga i kostnad. De behöver ofta bosätta sig i sämre områden som karakteriseras av fattigdom, stridigheter i området samt kriminalitet [109]. Hela bostadssituationen för dessa familjer beskrivs vara instabila och många behöver flytta på sig ofta på grund av korta hyreskontrakt eller en förändrad situation för den familj som de kanske bor hos för tillfället. Bostadssituationen beskrivs som segregerad och insatser är viktiga för en bättre integration [109].

I studien MILSA 1.0 där det utfördes datainsamling under 2015-2016 bland nyanlända flyktingar i Skåne, gjordes en studie kring trångboddhet och kopplingen till psykisk ohälsa bland denna målgrupp [110]. Studien visade att det fanns ett samband mellan mental ohälsa och trångboddhet bland nyanlända men när hänsyn togs för osäkerhet i boendesituationen försvann sambandet.

11.1 Boende

Majoriteten uppgav att de hade ett eget hyreskontrakt med (75) eller utan (80) borgenär. Det antal som var inneboende var 47 och de som bodde i andrahandslägenhet eller hade andrahandskontrakt var 34.

Tabell 26. Vilken är din nuvarande boendesituation? Oberoende av kön.

	Antal
Eget hyreskontrakt med borgenär	75
Eget hyreskontrakt utan borgenär	80
Andrahandslägenhet/Andrahandskontrakt	34
Inneboende – bor hos vänner/hos släktingar/landsmän	47
Anläggningsboende / Migrationsverkets boende	22
Bostadsrätt	7
Annat	35

Resultaten presenteras som frekvenser.

Vad gäller trångboddhet var två tredjedelar trångbodda (65,5%). Ungefär lika många trivdes i sitt bostadsområde men mindre än hälften var nöjda med sin bostad (45,0%), dock var högre andel kvinnor (48,9%) mer tillfreds med sin bostad än män (39,5%). På frågan ”Hur säker och trygg känner Du Dig när Du går ensam i Ditt bostadsområde när det är mörkt?” svarade 74,9% att de var mycket eller ganska säkra, dock högre andel män, och nästan var femte kvinna svarade att de aldrig var ute ensamma när det var mörkt jämfört med 4,1% män.

11.2 Slutsatser

- Majoriteten hade egna hyreskontrakt.
- Trångboddhet var vanligt förekommande.
- Majoriteten trivdes med sitt bostadsområde.
- Varannan kvinna var tillfreds med sin bostad.
- Fyra av tio män var tillfreds med sin bostad.
- Majoriteten kände sig mycket eller ganska säkra att gå ensamma i sitt bostadsområde när det var mörkt. Nästan var femte kvinna var aldrig ute ensam när det var mörkt.

12 Sexuell hälsa

I gruppen kvinnor som flytt, ses en högre risk för en låg kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa [111, 112]. Kvinnans tid i värdlandet efter flykt, språkkunskaper och utbildningsnivå påverkar hennes användning av preventivmedel, hur många barn hon får samt hennes sexuella och reproduktiva hälsa [111, 113, 114]. Migration i sig är inte en riskfaktor för HIV/AIDS men de situationer och beteenden som invandrare möter i och under migrationsprocessen kan öka utsattheten och risken för detta [115]. Även efter flykten till det nya landet har flyktingar en ökad risk för att drabbas av HIV/AIDS jämfört med befolkningen i övrigt [115]. Faktorer som påverkar denna risk är stigmatisering, diskriminering, lite eller ingen undervisning om HIV, kulturella och språkliga hinder [115]. Fattigdom och avsaknad av resurser kan också i sig öka risken för att bli inblandad i sexuellt högriskbeteende [115]. Tidigare forskning visar också att högriskbeteende bland flyktingar var mer vanligt bland grupper som bestod mestadels av ensamstående män [116]. Studien av Tompkins visar också att det fanns felaktig kunskap kring HIV/AIDS bland flyktingar [115]. 55% trodde att HIV kunde överföras via mygg och att en person kunde skydda sig själv från HIV genom att bara ha sex med personer som såg friska ut [115]. Vidare visade denna studie att kvinnor upplevde sig i mindre utsträckning kunna skydda sig själva från HIV jämfört med män, och män visade sig ha bättre kunskap om HIV [115]. En annan studie gällande flyktingar från Afrika visade att de saknade kunskap om HIV samt att de hade en negativ inställning till användning av kondom [117]. Denna inställning har visat sig öka risken för hälsoproblem, speciellt HIV och tydliggör behovet av hälsopromotion bland denna population [118]. Motståndet mot att förändra traditionella värderingar samt lågt förtroende för auktoriteter och motstånd mot öppen kommunikation om sex, har visat sig försvåra denna process [119, 120].

12 Sexualitet och sexuella trakasserier.

På frågan om sexualitet uppgav 82,5% män och 75,2% kvinnor att de var heterosexuella. Den andel som betraktade sig själva som homosexuella var 6,2% män och 5,0% kvinnor. Svartalernativet annat uppgavs av 13,3% respondenter varav 8,2% män och 17,4% kvinnor.

Tabell 27. Sexualitet, betraktar Du Dig idag som...

	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Annat
Man	80 (82,5%)	3 (3,1%)	6 (6,2%)	8 (8,2%)
Kvinna	91 (75,2%)	3 (2,5%)	6 (5,0%)	21 (17,4%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Majoriteten av de svarande (98.3%) hade inte blivit utsatta för sexuella trakasserier under de 12 senaste månaderna. De som blivit utsatta för sexuella trakasserier blev utsatta utomlands (1 respondent), i Sverige (2 respondenter) och både utomlands och i Sverige (3 respondenter). På frågan ”Det händer att människor dras in i sexuella handlingar utan att själva vilja det. Har Du någon gång, utan att Du ville det, blivit tvingad till en sådan handling svarade fem respondenter (1,8%) ja, flera gånger och en (0,4%) respondent ja, en gång.

Tabell 28. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna testat Dig för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom (STD)? Vilken/vilka?

	Totalt	Man	Kvinna
Hiv	10	5	5
Klamydia	4	1	3
Syfilis	4	1	3
Gonorré	4	1	3
Annan	7	2	5

Resultaten presenteras som frekvenser.

På frågan om respondenterna testat sig för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom (STD) uppgav 10 respondenter att de testat sig för HIV under de senaste 12 månaderna. Vad gäller klamydia svarade 4 respondenter att de testat sig och samma antal gäller både för syfilis och gonorré. De antal som svarade att de testat sig för annan sexuellt överförbar sjukdom (STD) var 7.

11.3 Slutsatser

- Majoriteten betraktade sig som heterosexuella.
- Majoriteten hade inte blivit utsatt för sexuella trakasserier.
- Av dem som uppgett att de det senaste 12 månaderna testats för någon sexuell överförbar sjukdom var HIV den vanligast förekommande sjukdomen de testats för.

12 Jämförelser med undersökningen 2015-2016

En liknande undersökning genomfördes åren 2015 och 2016 där totalt antal svarande blev 681 med en svarsfrekvens på 39,5 %. Språkgrupper som inkluderades i den undersökningen var de som talade arabiska, dari, pashto eller somaliska. På grund av att antalet nyanlända personer som talade somaliska eller pashto var få inkluderades enbart personer som var arabisk- eller daritalande. Majoriteten, det vill säga mer än 90%, var arabisktalande.

Undersökningens övergripande resultat visade att de nyanländas självrapporterade hälsostatus var i linje med den övriga befolkningen i Skåne. För de flesta hade hälsotillståndet inte förändrats sedan de kommit till Sverige eller förändrats till det bättre och detta blev ännu tydligare efter beviljat uppehållstillstånd. Den självskattade tandhälsan ansågs av nästan varannan som dålig eller mycket dålig. Majoriteten ansåg att den egna insatsen för att påverka sin egen hälsa var betydelsefull. Majoriteten såg ljus på framtiden och hade för avsikt att stanna långsiktigt i Sverige. Varannan led av dålig psykisk hälsa och var femte person hade ett hälsoproblem som hindrade ett aktivt jobbsökande. Vidare visste inte var femte person vart de skulle vända sig vid behov av hälso- och sjukvård [21].

Dock observerades skillnader i livsstilsfaktorer såsom rökning, fysisk inaktivitet, övervikt och fetma. Daglig rökning var vanligt förekommande vilket också gällde fysiskt inaktivitet. Majoriteten var fysiskt inaktiva i hög grad. Prevalensen av dem med en övervikt eller fetma var oroväckande hög. Majoriteten uppgav att de inte dricker alkoholhaltiga drycker. Vidare visade det sig att trångboddhet och osäker bostadssituation var vanligt förekommande. Ekonomisk stress upplevdes inte av de flesta men få hade förmågan att klara en oförutsedd ekonomisk situation. En annan skillnad som observerades var att de nyanlända upplevde en lägre livskvalitet än den övriga befolkningen i Skåne. De vanligast förekommande diagnosticerade hälsoproblemen var högt blodtryck, diabetes, astma och allergi. Hälsoproblem som inte var diagnostiserade var huvudvärk, buksmärtor, besvär i mag- och tarmkanalen. Dessutom observerades det att förtroendet för vissa samhällsinstitutioner var låg [21].

Resultat presenterade i föreliggande rapport visade att den självskattade hälsostatusen bedömdes som god eller mycket god i lägre utsträckning än i föregående undersökning. Vad gäller förändring i hälsotillstånd till det bättre ansåg en högre andel detta i föreliggande undersökning. Hur de såg på framtiden och om de hade för avsikt att stanna långsiktigt i Sverige överensstämmer med föregående undersökning.

På frågan om psykisk ohälsa visade det sig att en lägre andel led av detta i föreliggande undersökning. Något högre andel ansåg dock att hälsan var ett hinder för aktivt jobbsökande. När det kommer till självrapporterad tandhälsa observerades liknande resultat som i föregående undersökning. Livsstilsfaktorerna rökning, fysisk inaktivitet samt övervikt och fetma utgjorde även i föreliggande undersökning en betydande risk för ohälsa. Prevalensen av rökare i föreliggande undersökning var högre än den föregående. En annan viktig observation var att nästan var fjärde uppgav att de rökte mer sedan flykten till Sverige men hälften att de rökte mindre. Vad gällde alkoholkonsumtion observerades liknade resultat som i föreliggande undersökning, det vill säga majoriteten dricker inte alkoholhaltiga drycker. Trångboddhet utgjorde ett bekymmer i högre utsträckning bland dem som ingått i föreliggande undersökning. På frågan om ekonomisk stress ansåg majoriteten att de inte kunde klara en oförutsedd utgift och nästan hälften hade svårt att betala sina räkningar. Jämfört med den tidigare undersökningen var detta ett större bekymmer i den grupp som studeras i föreliggande undersökning.

13 Diskussion

13.1 Sammanfattning

Resultatet visade att en stor andel migranter led av antingen övervikt eller fetma och var fjärde kvinna och var tredje man uppgav att deras vikt ökat sedan flykten till Sverige. Drygt var tionde nyanländ upplevde sitt hälsotillstånd vara dåligt eller mycket dåligt och var tredje person ansåg det vara någorlunda. Det var nästan hälften som upplevde en förbättring i självupplevd hälsa efter att de fått uppehållstillstånd medan nästan var femte upplevde en försämring. Nästan varannan nyanländ hade varit i behov av läkarvård under de senaste tre månaderna innan undersökningen genomfördes, men inte sökt vård. Anledningarna till otillfredsställda vårdbehov var långa väntetider och ekonomiska förutsättningar. Drygt var tredje nyanländ hade en risk för psykisk ohälsa och det var en högre andel män än kvinnor som löpte denna risk. Fler än hälften av de nyanlända utförde antingen ingen fysisk aktivitet alls eller mindre än 30 minuter per vecka. Majoriteten av de tillfrågade ansåg inte att man kunde lita på människor runtomkring. Ungefär fyra av tio saknade ett socialt nätverk när det gällde att kunna skaffa ett arbete och fler än hälften saknade kontakt med arbetsgivare och nästan var tredje hade svårt att få sin utbildning validerad.

13.2 Resultatdiskussion

I den föreliggande studien var nästan 40% av migranterna överviktiga och nästan 25% led av fetma. När det gäller övervikt var det en högre andel män än kvinnor som led av övervikt och när det gällde fetma var det tvärtom. Det var också en hel del av de nyanlända som hade gått upp i vikt efter att de flyttat till Sverige. I denna undersökning visade det sig även att omkring 60% var antingen inte alls fysiskt aktiva eller utförde fysisk aktivitet i mindre än 30 minuter per vecka. Detta skulle kunna vara en bidragande faktor till att en stor andel i denna målgrupp lider av antingen övervikt eller fetma.

Övervikt har visat sig vara ett tillstånd som kan bidra till bland annat cancer, högt blodtryck och insulinresistens [116]. En högre andel överviktiga i denna grupp jämfört med resterande del av

befolkningen skulle kunna bero på att fysisk aktivitet är mindre vanligt bland invandrare jämfört med resterande del av befolkningen [77] och speciellt kvinnorna har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med resterande befolkning [79]. Samhället borde arbeta ännu mer för att hitta sätt för att motivera och få de nyanlända till att bli mer fysiskt aktiva, detta speciellt eftersom runt omkring 75% av de nyanlända i denna studie upplevde att de även kände sig otrygga i att träna tillsammans med andra.

I den föreliggande studien framkommer det även att drygt var tionde nyanländ upplevde sitt hälsotillstånd vara dåligt eller mycket dåligt men att var tredje person ansåg det vara någorlunda. Det är nästan hälften som upplevde en förbättring i självupplevd hälsa efter att de fått uppehållstillstånd medan nästan var femte upplevde en försämring. Detta skulle kunna bero på att det i den föreliggande studien var fyra av tio respondenter som hade blivit beviljade tillfälliga uppehållstillstånd vilket skulle kunna påverka den självupplevda hälsan negativt, då vi vet genom tidigare studier att väntan på uppehållstillstånd kan bidra till mental ohälsa [121]. Dessutom kan den långa väntan på besked bidra till en upplevelse av försämrade hälsa.

Nästan varannan nyanländ hade under de sista tre månaderna innan undersökningen genomfördes varit i behov av läkarvård men inte sökt vård. De vanligaste anledningarna till otillfredsställda vårdbehov var långa väntetider samt ekonomiska svårigheter. Det framkom även i undersökningen som genomfördes mellan 2015 och 2016 med samma målgrupp att upp till 70% hade då varit i behov i läkarvård men inte sökt detta och anledningarna var kostnad, långa väntetider och språkbarriärer [122]. Visserligen har andelen som uppgett otillfredsställda vårdbehov minskat men är fortfarande högt, speciellt med tanke på att nyanlända bland annat har en högre risk för psykisk ohälsa, är det är viktigt att möjlighet finns för att hälso- och sjukvården att uppmärksamma detta. Därför behövs en hälso- och sjukvård som överbryggat barriärer såsom långa väntetider och svårigheter med att göra sig förstådda.

Drygt var tredje nyanländ hade en risk för psykisk ohälsa, en högre andel män än kvinnor. Forskning visar att migrationsprocessen ökar risken för psykisk ohälsa på grund av att migrationen ökar känslan av ångest och pessimism inför framtiden. Det kan bero på att man har förlorat sitt sociala nätverk och att man upplever isolering efter flykten. Migranter

kan också uppleva en kronisk stress som beror på avsaknad av en känsla av tillhörighet, svagt socialt nätverk, kulturella förändringar, ensamhet och en känsla av att man kämpar för att överleva [123]. I den föreliggande studien framkom det också att omkring 10% led av ensamhet dagligen och runt 15 % led av det flera gånger per vecka. Detta i sig skulle också kunna vara en bidragande orsak till risken för psykisk ohälsa i gruppen.

Det är av stor vikt att aktörer inom etableringen, inklusive hälso- och sjukvården uppmärksammar denna risk för psykisk ohälsa och är uppmärksam på tecken som kan tyda på detta. Det är också viktigt att arbeta för att minska den stigmatisering som psykisk ohälsa kan ge [124]. Det är med anledning av detta viktigt att kunskap kring psykisk ohälsa och risken för det i samband med flykt når ut till nyanlända. Det är även av stor vikt att stödande insatser för psykisk hälsa och välbefinnande erbjuds samt att möjligheter till behandling kommuniceras och är tillgängliga. Eftersom det sociala nätverket har visat sig vara betydelsefullt för den psykiska hälsan, är det av stor vikt att i samhället medverka och arbeta för att skapa olika mötesplatser som kan motverka social isolering.

Omkring 80% av de nyanlända i den föreliggande studien ansåg inte att man kunde lita på människor runt sig. Tidigare presenterade rön visar att det kan finnas olika anledningar till varför flyktingar har svårt att lita på andra människor, en anledning kan vara händelser i barndomen [125, 126]. Det kan också bero på olika slags trauman utifrån flykten, exempelvis olika hotfulla händelser och att under längre perioder leva med rädsla för att till exempel bli dödad eller bortrövad [127]. På grund av olika traumatiska händelser kan det sedan vara svårt för flyktingar att förutse hur andra runt dem kan komma att bete sig [128]. Det är viktigt att uppmärksamma resultatet i den föreliggande studien då det ligger i linje med tidigare forskning [125] samt att sätta in stöd- och samtalshjälp för denna grupp i samhället, så att de kan bearbeta det som lett till att tilliten till andra människor minskat. Detta skulle på sikt kunna förebygga psykisk ohälsa i olika relationer som detta annars skulle kunna leda till på sikt.

I den föreliggande studien var det en betydande del som saknade ett socialt nätverk när det gäller möjligheten att skaffa ett arbete och som saknade kontakt med arbetsgivare, samt hade svårt att få sin utbildning validerad. Denna avsaknad och svårighet är

barriärer som hindrar nyanlända från att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden. Det har nämligen i en tidigare studie visat sig att endast 4% av de nyanlända som tagit sig igenom etableringsprocessen erhållit arbete efteråt [129]. Det har dock nyligen noterats att nyanlända i större utsträckning än tidigare kommit in på arbetsmarknaden eller studier tätt inpå etableringsperioden [19].

Tidigare forskning visar att förmågan att kunna arbeta ofta kan vara en utmaning efter flykten och kan påverka livskvaliteten både positivt och negativt. Migration kan ofta leda till avbrott i arbetslivet, vilket i sig kan påverka livskvaliteten för individen i fråga [95, 96]. Det anses att förmågan att hitta en aktiv roll i samhället och att kunna få en känsla av kulturellt sammanhang är möjligt genom att vara aktiv i arbetslivet [97], och arbetslivet har stor påverkan på individens identitetsutveckling [98]. Forskning visar också att många nyanlända flyktingar kämpar med att söka efter och få tag på ett passande arbete efter flykten och många upplever att de utbildningar och erfarenheter som de bär på inte uppskattas och tas tillvara på bästa sätt [95]. Med anledning av hur utmanande det kan vara för nyanlända att erhålla ett arbete samt hur viktigt det är för välbefinnandet för individen att arbeta [98], är det angeläget att samhället fortsätter att sätta in resurser för att få fler nyanlända delaktiga i samhället samt få fler i arbete fortare. En framgång på detta plan är till gagn för både den enskilde individen men också för samhället i stort.

14 Konklusion

Hälsosituationen för de flyktingar som flydde till Sverige efter den stora flykttillströmningen 2015 är fortsatt en utmaning.

Väntetiden för behandlingen av ansökan för uppehållstillstånd var upp till 18 månader för de flesta. För många är uppehållstillståndet villkorat som tillfälligt vilket säkerligen leder till ökad oro och osäkerhet. Den självskattade hälsan är lägre än för befolkningen i övrigt. För många har den självrapporterade hälsan förbättrats sedan beviljat uppehållstillstånd. Många besväras dock av psykisk ohälsa och de vanligast använda läkemedlen är smärtstillande. Dålig tandhälsa är vanligt förekommande. Otillfredsställda vårdbehov förekommer för många och de vanligast förekommande anledningarna är ekonomiska förutsättningar och brist på tid samt långa väntetider. Synen på framtiden är ljus och de flesta har planer på att långsiktigt stanna i landet. Övervikt, fysisk inaktivitet och en känsla av ensamhet är tre tydliga riskfaktorer. Rökning är också en tydlig riskfaktor bland männen. Många har en önskan om att öka sin fysiska aktivitet men anser att tiden inte räcker till eller att ekonomiska förutsättningar är ett hinder.

Vad gäller upplevda hinder för sysselsättning är bristfälliga kontakter med arbetsgivare, avsaknad av sociala nätverk samt svårigheter med att få diplom eller kunskap validerad var vanligt förekommande. Hälsa upplevs också vara ett hinder i detta sammanhang. Ekonomisk stress och trångboddhet är vanligt förekommande, men egna hyreskontrakt och trivsel i bostadsområdet förekommer också.

15 Rekommendationer

- Arbeta för att motverka övervikt och fetma genom att hitta sätt att främja fysisk aktivitet.
- Uppmärksamma att majoriteten vill öka sin fysiska aktivitet.
- Informera om kostvanor och betydelsen av att äta hälsosam kost.
- Motverka de barriärer som hindrar nyanlända från att söka den sjukvård de är i behov av.
- Arbeta för att subventionera kostnaden för tandvård för att därigenom motverka hinder för bra tandhälsa.
- Uppmärksamma aktörer inom etableringen, inklusive hälso- och sjukvården på att psykisk ohälsa är vanligt förekommande.
- Erbjud stödjande insatser i en förtroendefull miljö för att stärka psykisk hälsa och välbefinnande.
- Underlätta och främja mötesplatser i samhället för nyanlända för att minska ensamhet och psykisk ohälsa.
- Ordna mötesplatser för att låta arbetsgivare och nyanlända mötas för att etablera kontakter och möjliggöra anställningar.
- Arbeta för att motverka de barriärer som hindrar nyanlända från att närma sig den svenska arbetsmarknaden.
- Arbeta för att optimera individanpassat stöd som ges av Arbetsförmedlingen.
- Underlätta valideringsprocessen av diplom och kunskap.
- Arbeta för att överbrygga den låga tilliten till andra människor som finns bland nyanlända.
- Uppmärksamma att trångboddhet är vanligt förekommande i denna grupp.

16 Referenser

1. Sveriges Riksdag: Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. 2016, 2017(01/26).
2. Migrationsverket. Beviljade uppehållstillstånd 2018. 2018. https://www.migrationsverket.se/download/18.4cb46070161462db113174/1550131463060/Beviljade_uppehållstillstånd_2018.pdf.
3. Johannesson L WR: Hur mår nyanlända flyktingar med tillfälligt uppehållstillstånd? 2019, 91(1).
4. World Health Organization. Constitution. 2019. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
5. Migrationsverket. Asyl. 2019. <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html>.
6. Regeringskansliet. Regeringen beslutar att tillfälligt återinföra gränskontroll vid inre gräns. 2015. <https://www.regeringen.se/artiklar/2015/11/regeringen-beslutar-att-tillfalligt-aterinfora-granskontroll-vid-inre-grans/>.
7. Migrationsverket. Fler får rätt till familjeåterförening och permanent uppehållstillstånd. 2019. <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Flytta-till-nagon-i-Sverige/Nyhetsarkiv/2019-07-20-Fler-far-ratt-till-familjeaterforening-och-permanent-uppehallstillstand.html>.
8. Sveriges Riksdag: Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.
9. Socialdepartementet SR: Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
10. Migrationsverket. Personer kommuner och landsting kan få ersättning för. 2019. <https://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Landsting/Statlig-ersattning/Personer-kommuner-och-landsting-kan-fa-ersattning-for.html>.
11. Sveriges Riksdag: Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. 2010,
12. Integrations- och jämställdhetsdepartementet: Förordningsmotiv: Förordning om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. 2010.
13. Länsstyrelsen Skåne. Förstudie MILSA- Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. 2015. <https://www.lansstyrelsen.se/skane/tjanster/publikationer/fors>

- tudie-milsa--halsokommunikation-i-relation-till-samhallsorientering-och-etablering-av-nyanlanda-flyktingar-i-sverige.html.
14. Länsstyrelsen Skåne. Samhallsorientering för nyanlända. <https://www.lansstyrelsen.se/skane/stat-och-kommun/social-hallbarhet/integration/samhallsorientering.html>.
 15. Länsstyrelsen Skåne. Partnerskap Skåne: En holistisk modell för integration och etablering. <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2e0f9f621636c8440273288a/1528890311668/PS%20folder%20final%20.pdf>
 16. Regeringskansliet. Snabbspår-snabbare etablering av nyanlända. 2019. <https://www.regeringen.se/regeringspolitik/nyanlandas-etablering/snabbpar---snabbare-etablering-av-nyanlanda/>.
 17. SCB. Hitta statistik. <https://www.scb.se/hitta-statistik/>.
 18. Riksrevisionen. Nyanländas etablering är statens insatser effektiva? (RiR2015:17) <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2015/nyanlandas-etablering---ar-statens-insatser-effektiva.html>.
 19. Regeringskansliet. Nyanländas etablering går snabbare. 2019. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/01/nyanlandas-etablering-gar-snabbare/>.
 20. Fridh M, Birgit M, Lindström M, Grahn M, Rosvall M: Folkhälsorapport Skåne 2013-en undersökning om vuxnas livsvillkor, levandsvanor och hälsa. 2013.
 21. Zdravkovic S, Grahn M, Björngren Caudra C,: Kartläggning av nyanländas hälsa. 2016.
 22. Folkhälsomyndigheten. Hälsa hos personer som är utrikesfödda-skillnader i hälsa utifrån födelseland. 2019. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/halsa-hos-personer-som-ar-utrikesfodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466>.
 23. Pavli A, Maltezou H: Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of travel medicine* 2017, **24**(4).
 24. Pavli A, Maltezou H: Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of travel medicine* 2017, **24**(4).
 25. Hadgkiss EJ, Renzaho AM: The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review* 2014, **38**(2):142-159.

26. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H: Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special care in dentistry* 2008, **28**(6):224-236.
27. Aarabi G, Eberhard J, Reissmann DR, Heydecke G, Seedorf U: Interaction between periodontal disease and atherosclerotic vascular disease—Fact or fiction? *Atherosclerosis* 2015, **241**(2):555-560.
28. Grau AJ, Becher H, Ziegler CM, Lichy C, Buggle F, Kaiser C, Lutz R, Bültmann S, Preusch M, Dörfer CE: Periodontal disease as a risk factor for ischemic stroke. *Stroke* 2004, **35**(2):496-501.
29. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C: The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005, **83**:661-669.
30. Moynihan P, Petersen PE: Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr* 2004, **7**(1a):201-226.
31. Petersen PE: Tobacco and oral health—the role of the World Health Organization. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2003, **1**(4):309-316.
32. Petersen PE, Baehni PC: Periodontal health and global public health. *Periodontol 2000* 2012, **60**(1):7-14.
33. Kandelman D, Arpin S, Baez RJ, Baehni PC, Petersen PE: Oral health care systems in developing and developed countries. *Periodontol 2000* 2012, **60**(1):98-109.
34. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V: Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008, **36**(1):85-94.
35. Sundquist J, Iglesias E, Isacson Å: Migration and health: a study of Latin American refugees, their exile in Sweden and repatriation. *Scand J Prim Health Care* 1995, **13**(2):135-140.
36. Aarabi G, Reissmann DR, Seedorf U, Becher H, Heydecke G, Kofahl C: Oral health and access to dental care—a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. *Ethn Health* 2018, **23**(7):703-717.
37. Campbell RM, Klei A, Hodges BD, Fisman D, Kitto S: A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants and refugee claimants in Toronto, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2014, **16**(1):165-176.
38. Hadgkiss EJ, Renzaho AM: The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers

- residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review* 2014, **38**(2):142-159.
39. McKeary M, Newbold B: Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies* 2010, **23**(4):523-545.
40. Merry LA, Gagnon AJ, Kalim N, Bouris SS: Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique* 2011, :286-290.
41. Mangrio E, Forss KS: Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC health services research* 2017, **17**(1):814.
42. Mangrio E, Forss KS: Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC health services research* 2017, **17**(1):814.
43. Bustamante LH, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E: Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2017, (AHEAD):0-0.
44. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brähler E: Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009, **69**(2):246-257.
45. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP: Post-traumatic stress disorder. *BMJ* 2015, **351**:h6161.
46. Fazel M, Wheeler J, Danesh J: Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 2005, **365**(9467):1309-1314.
47. Ao T, Shetty S, Sivilli T, Blanton C, Ellis H, Geltman PL, Cochran J, Taylor E, Lankau EW, Cardozo BL: Suicidal ideation and mental health of Bhutanese refugees in the United States. *Journal of immigrant and minority health* 2016, **18**(4):828-835.
48. Benbir G, Demir AU, Aksu M, Ardic S, Firat H, Itil O, Ozgen F, Yilmaz H, Karadeniz D: Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015, **69**(9):543-552.
49. Sateia MJ: International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest* 2014, **146**(5):1387-1394.
50. Al-Smadi AM, Tawalbeh LI, Gammoh OS, Ashour A, Tayfur M, Attarian H: The prevalence and the predictors of insomnia among refugees. *Journal of health psychology* 2017, :1359105316687631.

51. Tsai Y, Chen C, Cheng H, Chang C, Chen C, Yang C: Cognitive and behavioral factors in insomnia comorbid with depression and anxiety. *Sleep and Biological Rhythms* 2013, **11**(4):237-244.
52. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M: Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002, **25**(6):621-625.
53. Metlaine A, Leger D, Choudat D: Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Ind Health* 2005, **43**(1):11-19.
54. Basishvili T, Eliazishvili M, Maisuradze L, Lortkipanidze N, Nachkebia N, Oniani T, Gvilia I, Darchia N: Insomnia in a Displaced Population is Related to War-Associated Remembered Stress. *Stress Health* 2012, **28**(3):186-192.
55. Dewa LH, Kyle SD, Hassan L, Shaw J, Senior J: Prevalence, associated factors and management of insomnia in prison populations: An integrative review. *Sleep Med Rev* 2015, **24**:13-27.
56. Cernovsky ZZ: Escape stress, sleep disorders, and assimilation of refugees. *Social Behavior & Personality: an international journal* 1990, **18**(2).
57. Germain A, Buysse DJ, Nofzinger E: Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Med Rev* 2008, **12**(3):185-195.
58. Gvilia I, Eliazishvili M, Oniani N, Maisuradze L, Lortkipanidze N, Rukhadze I, Oniani T, Darchia N: Sleep complaint assessment in refugee population from Abkhazia including children born in Tbilisi. *J Sleep Res* 2006, **15**:115.
59. Lavie P: Sleep disturbances in the wake of traumatic events. *N Engl J Med* 2001, **345**(25):1825-1832.
60. Buysse DJ, Angst J, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rössler W: Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep* 2008, **31**(4):473-480.
61. Mangrio E, Zdravkovic S, Forss KS: The Association Between Self-perceived Health and Sleep-Quality and Anxiety Among Newly Arrived Refugees in Sweden: A Quantitative Study. *Journal of immigrant and minority health* 2019, :1-5.
62. Hagan J, Rymond-Richmond W, Palloni A: Racial targeting of sexual violence in Darfur. *Am J Public Health* 2009, **99**(8):1386-1392.
63. Amowitz LL, Reis C, Lyons KH, Vann B, Mansaray B, Akinsulure-Smith AM, Taylor L, Iacopino V: Prevalence of war-

- related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone. *JAMA* 2002, 287(4):513-521.
64. Burnett A, Peel M: Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001, 322(7286):606-609.
65. Dolma S, Singh S, Lohfeld L, Orbinski JJ, Mills EJ: Dangerous journey: documenting the experience of Tibetan refugees. *Am J Public Health* 2006, 96(11):2061-2064.
66. Koser K: Asylum policies, trafficking and vulnerability. *Int Migr* 2000, 38(3):91-111.
67. Stewart E: Exploring the vulnerability of asylum seekers in the UK. *Population, Space and Place* 2005, 11(6):499-512.
68. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C: Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health* 2013, 103(3):e30-e42.
69. Ward J, Vann B: Gender-based violence in refugee settings. *The Lancet* 2002, 360:s13-s14.
70. Hynes M, Cardozo BL: Observations from the CDC: Sexual violence against refugee women. *J Womens Health Gend Based* 2000, 9(8):819-823.
71. Wirtz AL, Glass N, Pham K, Aberra A, Rubenstein LS, Singh S, Vu A: Development of a screening tool to identify female survivors of gender-based violence in a humanitarian setting: qualitative evidence from research among refugees in Ethiopia. *Conflict and health* 2013, 7(1):13.
72. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C: Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet* 2008, 371(9619):1165-1172.
73. Draughon JE: Sexual assault injuries and increased risk of HIV transmission. *Adv Emerg Nurs J* 2012, 34(1):82-87.
74. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S: The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr* 2014, 6:10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
75. Singh GK, Siahpush M: All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *Am J Public Health* 2001, 91(3):392-399.

76. Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC: Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* 2004, 292(23):2860-2867.
77. Kaplan MS, Huguete N, Newsom JT, McFarland BH: The association between length of residence and obesity among Hispanic immigrants. *Am J Prev Med* 2004, 27(4):323-326.
78. Koya DL, Egede LE: Association between length of residence and cardiovascular disease risk factors among an ethnically diverse group of United States immigrants. *Journal of general internal medicine* 2007, 22(6):841-846.
79. Steffen PR, Smith TB, Larson M, Butler L: Acculturation to Western society as a risk factor for high blood pressure: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2006, 68(3):386-397.
80. Creatore MI, Moineddin R, Booth G, Manuel DH, DesMeules M, McDermott S, Glazier RH: Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ* 2010, 182(8):781-789.
81. Lutsey PL, Diez Roux AV, Jacobs Jr DR, Burke GL, Harman J, Shea S, Folsom AR: Associations of acculturation and socioeconomic status with subclinical cardiovascular disease in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Am J Public Health* 2008, 98(11):1963-1970.
82. Crespo CJ, Smit E, Andersen RE, Carter-Pokras O, Ainsworth BE: Race/ethnicity, social class and their relation to physical inactivity during leisure time: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Am J Prev Med* 2000, 18(1):46-53.
83. Gadd M, Sundquist J, Johansson S, Wändell P: Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease? *European journal of cardiovascular prevention & rehabilitation* 2005, 12(6):535-541.
84. Lee SM: Physical activity among minority populations: what health promotion practitioners should know—a commentary. *Health Promotion Practice* 2005, 6(4):447-452.
85. Marquez DX, McAuley E: Social cognitive correlates of leisure time physical activity among Latinos. *J Behav Med* 2006, 29(3):281.
86. Vertinsky P: “Run, Jane, run”: Central tensions in the current debate about enhancing women's health through exercise. *Women Health* 1998, 27(4):81-111.
87. Dawson AJ, Sundquist J, Johansson S: The influence of ethnicity and length of time since immigration on physical activity. *Ethnicity and Health* 2005, 10(4):293-309.

88. Evenson KR, Sarmiento OL, Tawney KW, Macon ML, Ammerman AS: Personal, social, and environmental correlates of physical activity in North Carolina Latina immigrants. *Am J Prev Med* 2003, 25(3):77-85.
89. Wieland ML, Tiedje K, Meiers SJ, Mohamed AA, Formea CM, Ridgeway JL, Asiedu GB, Boyum G, Weis JA, Nigon JA: Perspectives on physical activity among immigrants and refugees to a small urban community in Minnesota. *Journal of immigrant and minority health* 2015, 17(1):263-275.
90. Arsenijevic J, Groot W: Lifestyle differences between older migrants and non-migrants in 14 European countries using propensity score matching method. *International journal of public health* 2018, 63(3):337-347.
91. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Working Group of the Danish Review on Social Determinants of Health, Andersen AN, Bach E, Baadsgaard M, Brønnum-Hansen H, Hansen FK, Jeune B: Health Inequality-determinants and policies. *Scand J Public Health* 2012, 40(8_suppl):12-105.
92. Baird MB: Well-being in refugee women experiencing cultural transition. *ANS Adv Nurs Sci* 2012, 35(3):249-263.
93. Tilbury F, Rapley M: 'There are orphans in Africa still looking for my hands': African women refugees and the sources of emotional distress. *Health Sociology Review* 2004, 13(1):54-64.
94. Simich L, Beiser M, Mawani FN: Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *West J Nurs Res* 2003, 25(7):872-891.
95. Shandy DJ: Transnational linkages between refugees in Africa and in the diaspora. *Forced Migration Review* 2003, 16(3):7-8.
96. Danso R: From 'There' to 'Here': An investigation of the initial settlement experiences of Ethiopian and Somali refugees in Toronto. *GeoJournal* 2002, 56(1):3-14.
97. Betancourt TS, Abdi S, Ito BS, Lilienthal GM, Agalab N, Ellis H: We left one war and came to another: Resource loss, acculturative stress, and caregiver-child relationships in Somali refugee families. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 2015, 21(1):114.
98. Garrett L, Bautista G: Looking for a better life (Buscando una vida mejor). *Latinos in Georgia: Myths and realities of the immigrant journey*. Institute on Human Development and Disability, University of Georgia. Athens 2000.
99. Huot S, Rudman DL: The performances and places of identity: Conceptualizing intersections of occupation, identity and

place in the process of migration. *Journal of Occupational Science* 2010, 17(2):68-77.

100. Gupta J, Sullivan C: Enabling immigrants to overcome participation challenges. *OT PRACTICE* 2008, 13(5):25.

101. Krupa T, Fossey E, Anthony WA, Brown C, Pitts DB: Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. *Psychiatr Rehabil J* 2009, 32(3):155.

102. Yerxa EJ: Seeking a relevant, ethical, and realistic way of knowing for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 1991, 45(3):199-204.

103. McKay E, Molineux M: Occupation: reaffirming its place in our practice. *British Journal of Occupational Therapy* 2000, 63(5):241-242.

104. Martins V, Reid D: New-immigrant women in urban Canada: insights into occupation and sociocultural context. *Occupational Therapy International* 2007, 14(4):203-220.

105. Soskolne V: Single parenthood, occupational drift and psychological distress among immigrant women from the former Soviet Union in Israel. *Women Health* 2001, 33(3-4):75-93.

106. Suto M: Compromised careers: The occupational transition of immigration and resettlement. *Work* 2009, 32(4):417-429.

107. Walters D, Phythian K, Anisef P: The acculturation of Canadian immigrants: Determinants of ethnic identification with the host society. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie* 2007, 44(1):37-64.

108. Carter T, Polevychok C, Friesen A, Osborne J: *The housing circumstances of recently arrived refugees: The Winnipeg experience*: Prairie Metropolis Centre Edmonton,, Alberta, Canada; 2008.

109. Phillips D: Moving towards integration: the housing of asylum seekers and refugees in Britain. *Housing Studies* 2006, 21(4):539-553.

110. Mangrio E, Zdravkovic S: Crowded living and its association with mental ill-health among recently-arrived migrants in Sweden: a quantitative study. *BMC research notes* 2018, 11(1):609.

111. Akhavan S: Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International journal for Equity in Health* 2012, 11(1):47.

112. Kalengayi FKN, Hurtig A, Ahlm C, Ahlberg BM: "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC health services research* 2012, 12(1):433.

113. Omland G, Ruths S, Díaz E: Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014, 121(10):1221-1228.
114. Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin Y, Chen C: Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2013, 18(6):468-479.
115. Tompkins M, Smith L, Jones K, Swindells S: HIV education needs among Sudanese immigrants and refugees in the Midwestern United States. *AIDS and Behavior* 2006, 10(3):319-323.
116. Ali MM, Cleland JG, Caraël M: Sexual risk behavior in urban populations of Northeastern Africa. *AIDS and Behavior* 2001, 5(4):343-352.
117. Drummond PD, Mizan A, Wright B: HIV/AIDS knowledge and attitudes among West African immigrant women in Western Australia. *Sexual Health* 2008, 5(3):251-259.
118. Drummond PD, Mizan A, Brocx K, Wright B: Using peer education to increase sexual health knowledge among West African refugees in Western Australia. *Health Care Women Int* 2011, 32(3):190-205.
119. Harmsen H, Meeuwesen L, van Wieringen J, Bernsen R, Bruijnzeels M: When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns* 2003, 51(2):99-106.
120. Dow Meneses K, Yarbrow CH: Cultural perspectives of international breast health and breast cancer education. *Journal of Nursing Scholarship* 2007, 39(2):105-112.
121. Hvidtfeldt C, Petersen JH, Norredam M: Prolonged periods of waiting for an asylum decision and the risk of psychiatric diagnoses: a 22-year longitudinal cohort study from Denmark. *Int J Epidemiol* 2019, .
122. Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S: Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC research notes* 2018, 11(1):616.
123. Samarasinghe K, Arvidsson B: 'It is a different war to fight here in Sweden'—the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scand J Caring Sci* 2002, 16(3):292-301.

124. Tobin CL, Di Napoli P, Beck CT: Refugee and immigrant women's experience of postpartum depression: a meta-synthesis. *Journal of Transcultural Nursing* 2018, 29(1):84-100.
125. Ní Raghallaigh M: The causes of mistrust amongst asylum seekers and refugees: Insights from research with unaccompanied asylum-seeking minors living in the Republic of Ireland. *Journal of Refugee Studies* 2013, 27(1):82-100.
126. Erikson EH: *Childhood and society* 2nd ed. Erikson-New York: Norton 1963.
127. Mitchell CE: Development or restoration of trust in interpersonal relationships during adolescence and beyond. *Adolescence* 1990, 25(100):847.
128. Behnia B: Refugees' convoy of social support: Community peer groups and mental health services. *International Journal of Mental Health* 2003, 32(4):6-19.
129. Wilhelmsson, A. Östergren, PO. Björngren Caudra, C.: Hälsa i centrum för etableringsprocessen. Bedömning av arbets- och prestationsförmåga inom etableringen av nyanlända. FoU Rapport (In Swedish). 2015.

Kartläggning av hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö bland arabisktalande nyanlända inom etableringen

MILSA utgör en forskningsbaserad stöd- och utvecklingsplattform för en hälsofrämjande och effektiv arbetsmarknadsetablering i samarbete mellan forskning och praktik. Delprojektet MILSA 2.2 har undersökt hälsa och hälsorelaterade faktorer bland vuxna nyanlända i Skåne som befinner sig inom etableringen i Skåne. Alla vuxna nyanlända arabisktalande individer som deltagit i samhällsorientering genom Partnerskap Skåne har bjudits in till att delta i undersökningen. Resultatet visade att en betydande del av målgruppen lider antingen av övervikt eller fetma och en ganska stor andel anser att deras vikt ökat sedan flykten till Sverige. För var tionde nyanländ var det självrapporterade hälsotillståndet dåligt eller mycket dåligt. Nästan varannan upplevde en förbättring i efter beviljat uppehållstillstånd medan nästan var femte person upplevde en försämring. Nästan varannan nyanländ har varit i behov av läkarvård under de senaste tre månaderna innan enkätundersökningen men inte sökt vård. Drygt var tredje nyanländ har en risk för psykisk ohälsa. Fysisk inaktivitet är vanligt förekommande samt brist på tillit. En betydande del saknar ett socialt nätverk i relation till arbetsmarknaden och kontakt med arbetsgivare samt nästan var tredje har upplevt det som svårt att få sin utbildning validerad.