

KARTLÄGGNING AV NYLIGEN NYANLÄNDAS HÄLSA, LEVNADSVANOR, SOCIALA RELATIONER, ARBETSMARKNAD OCH BOENDEMILJÖ EFTER ETABLERINGEN

Delrapport från MILSA 2.0

Elisabeth Mangrio
Katarina Carlzén
Mathias Grahn
Slobodan Zdravkovic



KARTLÄGGNING AV NYLIGEN
NYANLÄNDAS
HÄLSA, LEVNADSVANOR,
SOCIALA RELATIONER,
ARBETSMARKNAD OCH
BOENDEMILJÖ EFTER
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 978-91-7877-027-4 (tryckt)
ISBN 978-91-7877-028-1 (pdf)

Innehåll

INNEHÅLL	4
FÖRORD	8
SAMMANFATTNING.....	10
ABSTRACT	12
1 INLEDNING.....	14
2 BAKGRUND	17
2.1 Hälsan i Skåne	17
2.2 Första tiden i Sverige.....	18
2.3 Etablering	19
2.4 Insatser för närmande till arbetsmarknaden.....	21
3 SYFTE.....	23
4 DELTAGARE OCH METOD	24
4.1 Frågeformulär	24
4.2 Population och urval.....	25
4.3 Datainsamling.....	25
4.4 Sekretess och utlämnande	26
4.5 Svarsfrekvens	27
4.6 Svarsbortfall.....	28
4.7 Viktberäkning och estimation.....	28
5 BAKGRUNDSDATA	30
5.1 Bakgrundsfaktorer	30
5.2 Sammanfattning	32
6 FYSISK HÄLSA.....	33
6.1 Bakgrund	33
6.2 Resultat.....	34
6.2.1 Självs kattad hälsa	34
6.2.2 Funktionsnedsättning.....	35
6.2.3 Läkemedelsanvändning.....	36
6.4 Slutsatser	38
7 VÅRDUTNYTTJANDE.....	39
7.1 Bakgrund	39
7.2 Resultat.....	39
7.2.1 Vårdkonsumtion	39
7.2.2 Otillfredsställda vårdbehov	40

7.3 Sammanfattning	40
8 MENTAL HÄLSA	41
8.1 Bakgrund	41
8.2 Resultat	42
8.2.1 Risk för mental ohälsa	42
8.2.2 Sömn och stress	43
8.2.3 Ensamhet, självmordsförsök och självmordstankar	43
8.3 Sammanfattning	44
9 TANDHÄLSA	45
9.1 Bakgrund	45
9.2 Resultat	45
9.2.1 Vårdkonsumtion	45
9.2.2 Otillfredsställda tandvårdsbehov	46
9.3 Sammanfattning	46
10 LEVNADSVANOR	47
10.1 Bakgrund	47
10.2 Resultat	47
10.2.1 Fysisk aktivitet	47
10.2.2 Kost	50
10.2.3 Rökning, alkohol och narkotika	52
10.3 Slutsatser	54
11 SOCIALA RELATIONER	55
11.1 Bakgrund	55
11.2 Resultat	56
11.2.1 Socialt stöd	56
11.2.2 Framtidsutsikt	57
11.2.3 Föreningslivet	58
11.2.4 Internetanvändning	59
11.2.5 Tillit	60
11.2.6 Kränkande behandling	60
11.3 Sammanfattning	61
12 HOT OCH VÅLD	62
12.1 Bakgrund	62
12.2 Resultat	62
12.3 Slutsatser	63

13 FÖRTROENDE FÖR SAMHÄLLSINSTITUTIONER.....	64
13.1 Bakgrund.....	64
13.2 Resultat.....	64
13.2.1 Vårdinstitutioner.....	64
13.2.2 Samhällsinstitutioner.....	65
13.3 Sammanfattning.....	66
14 ARBETE, SYSSELSÄTTNING OCH EKONOMI.....	67
14.1 Bakgrund.....	67
14.2 Resultat.....	68
14.2.1 Etableringsprocess.....	68
14.2.2 Sysselsättning.....	68
14.2.3 Trivsel.....	73
14.3 Slutsatser.....	75
15 HEM OCH HUSHÅLL.....	76
15.1 Bakgrund.....	76
15.2 Resultat.....	77
15.2.1 Boende under asyltiden.....	77
15.2.2 Trivsel, säkerhet och trångboddhet.....	78
15.3 Slutsatser.....	78
16 SEXUELL HÄLSA.....	79
16.1 Bakgrund.....	79
16.2 Resultat.....	79
16.2.1 Sexuella trakasserier.....	79
16.2.2 Sexuellt överförbara sjukdomar.....	80
16.3 Slutsatser.....	81
17 DISKUSSION.....	82
17.1 Sammanfattning.....	82
17.2 Resultatdiskussion.....	82
17.3 Metoddiskussion.....	86
18 REKOMMENDATIONER.....	88
18.1 Etableringsrelevanta rekommendationer.....	88
18.2 Hälsorelevanta rekommendationer.....	89
19 KONKLUSION.....	90
20 REFERENSER.....	91

Förord

Författarna önskar tacka alla nyligen nyanlända personer som valt att ta del av undersökningen samt alla medverkande organisationer och verksamheter och dess representanter som aktivt deltagit i genomförandet av undersökningen vilka är Malmö universitet, Länsstyrelsen Skåne, Lunds universitet, Region Skåne, Malmö Stad, Uppsala universitet, Arbetsförmedlingen och Länsstyrelsen Stockholm.

Författarna är särskilt tacksamma till:

Anette Agardh (Lunds universitet), Peter Håkansson (Malmö universitet), Kontie Moussa (Region Skåne), Klara Steinvall (Länsstyrelsen Skåne), Ziad Jomaa (Länsstyrelsen Skåne), Louise Tregert (Malmö universitet), Aseel Abbas (Länsstyrelsen Skåne), Ragnar Westerling (Uppsala universitet) och Mats Brandström (Länsstyrelsen Skåne) samt projektägaren Pieter Bevelander (Malmö universitet).

Vidare önskar författarna rikta ett tack till Europeiska unionens asyl, migrations- och integrationsfond (AMIF) för beviljade ekonomiska medel för genomförandet av föreliggande undersökning och särskilt fondens projektansvarig Marina Andersson och fondens ekonom Östen Åström för ett bra samarbete.

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

Åsa Stenbäck Holmer, Länsstyrelsen

Tommy Aspegren, Region Skåne

Enkätgruppen

Peter Håkansson, Malmö universitet

Elisabeth Mangrio, Malmö universitet

Anette Agaardh, Lunds universitet

Mathias Grahn, Malmö Stad

Klara Steinvall, Länsstyrelsen Skåne

Ziad Jomaa, Länsstyrelsen Skåne

Kontie Moussa, Region Skåne

Cornelia Gunnersen, 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

Elisabeth Mangrio, Malmö universitet

Projektkonom

Louise Tregert, Malmö universitet

Projektassistenter

Anna Andrén, Malmö universitet

Anastasia Egorova, Malmö universitet

Merja Skaffari-Multala, Malmö universitet

Sammanfattning

Bakgrund

Att som flykting etablera sig i ett nytt samhälle är ofta en långvarig process. Den börjar med att ansöka om asyl, orientera sig i och förstå det nya samhället, lära sig språket och komplettera tidigare utbildning eller utbilda sig på nytt i strävan efter etablering på arbetsmarknaden. Det svenska samhället har sedan 2010 ett strukturerat och individbaserat etableringsstöd som pågår under en period på cirka 24 månader efter beviljat uppehållstillstånd. Frågan vi genom studien ställt oss är hur väl rustade nyanlända efter genomgången etablering är för att ta sig an alla de utmaningar som väntar under den första tiden efter etableringsprocessen. Hur har situationen utvecklats, hur ser den fysiska och psykiska hälsan ut, vilken uppfattning har de av etableringen samt vidare om de fått ett arbete eller hur de ser på sina möjligheter att få ett. Dessa frågor är viktiga att få kunskap om i syfte att fortsatt kunna erbjuda ett behovsanpassat stöd i processen att etablera sig i Sverige.

Syfte

Syftet med undersökningen har varit att studera hälsa och hälsorelaterade faktorer bland vuxna nyanlända i Skåne som nyligen genomgått etableringsprocessen men även att undersöka om etableringsinsatserna bidragit till ökad delaktighet i samhället och ett närmande till arbetsmarknaden.

Material och metod

Tillvägagångssättet för undersökningen har varit att utveckla ett övergripande frågeformulär på arabiska med fokus på olika frågor gällande hälsa, vårdbehov, boende, sociala relationer, våld, levnadsvanor, migrationsspecifika frågor, arbete och delaktighet samt sexuell hälsa. Urvalet som baseras på ett obundet slumpmässigt urval bestod av 10 000 individer boende i Skåne med födelseland Syrien eller Irak och beviljat uppehållstillstånd mellan 2012.09.01 och 2016.08.31. Vid beviljat uppehållstillstånd var de i åldern 20 till 64 år och bosatta i Skåne. Undersökningen utfördes under hösten 2018. Frågeformuläret skickades ut till respondenterna i form av pappersenkät med möjlighet att fylla i enkäten digitalt. Totalt antal svarande blev 3208, vilket innebär en svarsfrekvens på 33%.

Slutsats

Uppehållstillstånd är mestadels beviljat under det första året. Kunskaper i det svenska språket är bristfälliga för många. Den självrapporterade hälsan är i linje med den övriga befolkningen i länet och den egna insatsen för att bevara god hälsa bedöms vara betydelsefull. En väsentlig andel upplever otillfredsställda läkar- eller tandläkarvårdbehov. Hälsorelaterade levnadsvanor som rökning och fysisk inaktivitet samt brist på tillit ligger högre än genomsnittet i den övriga befolkningen. Bristande förtroende förekommer för olika samhällsinstanser. Störst förtroende upplevs för barnvårdscentralen. Nästintill alla har haft en etableringsplan inklusive samhälls- och hälsokommunikation. Vad gäller etableringsplanen generellt höll majoriteten med eller delvis med om att planen innehöll relevanta aktiviteter. De utmaningar som observerades var aktiviteternas kvalitet och att dessa inte är utformade med hänsyn till respondenternas situation samt att aktiviteterna krockar med varandra. Avsaknad av socialt nätverk och bristande språkkunskaper ansågs av många som hinder för att komma in på arbetsmarknaden. Att komma in på den svenska arbetsmarknaden är en fortsatt utmaning för många.

Abstract

Background

It is often a long and time-consuming process for migrants i.e. refugees to establish themselves into a new society. This includes adapting to the new society within which they find themselves, learning the local language as well as trying to access the labour market. To facilitate this, in 2010 Sweden adopted a mandatory 24 months structured and individually based public support system for to facilitate migrants establishment in the country (once a residence permit has been granted). This research questions how well the group of newly arrived migrants i.e. refugees from Syria and Iraq is equipped to take on the challenges that await them after the mandatory period of establishment has ended. For example, has their situation improved? How is their physical and mental health status? How do they consider the establishment period? Are they employed or what are their thoughts on the possibility of becoming so? This understanding is crucial in order to ensure that there is a solid empirical foundation upon which to base an assessment of, and were necessary adapt, the establishment procedure in Sweden.

Aim

The aim of the survey has been to map health and health related factors among adult newly arrived migrants from Iraq and Syria in Skåne that received the public support for their establishment. In addition to this the research sought to determine if this support has contributed to increased participation in society as well as increased access to the labour market.

Material and methods

The survey was conducted using a broad questionnaire in Arabic which focused on different health related questions, care needs, living conditions, social relations, violence , migration specific questions, employment, participation in society as well as questions related to sexual health. The selection of respondents is based on a random sample containing 10 000 individuals living in Skåne who were born in Iraq and Syria. The research looked at those who had received a residence permit between 01.09.2012 and 31.08.2016. The age of the respondents was between 20 and 64 years when receiving the residence permit. The survey was conducted during the autumn of 2018. The questionnaire was sent out to the respondents as a paper questionnaire with the possibility to answer the

questionnaire online. In total, 3208 questionnaires were received resulting in a response rate of 33%.

Conclusion

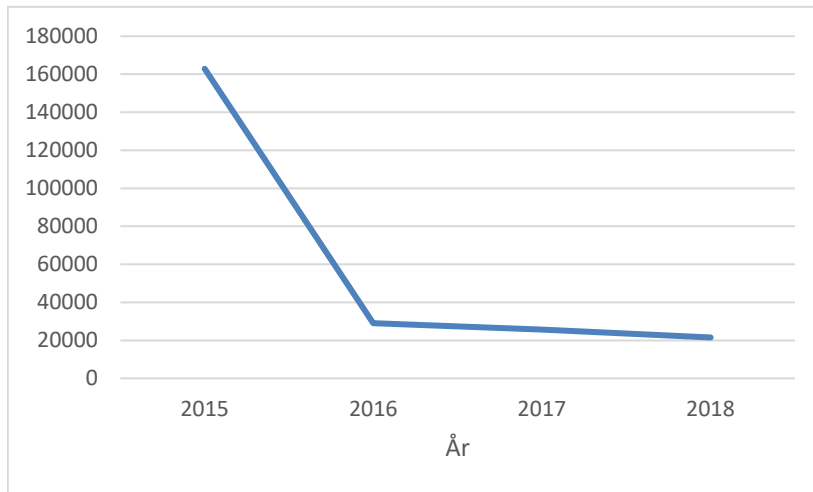
The survey found the following. The time period for receiving residence permit was usually within one year of arrival. A good level of Swedish language proficiently was only reported by a few respondents. The self-reported health status is in line with the rest of the population in the region. In addition, the participants recognised that the maintenance of their health was largely their responsibility, and was important. There were also some reports of unmet health needs as well as unmet dental care needs. Health related living conditions, such as smoking and physical inactivity, is more common amongst this group than the rest of the population. Lack of trust for different institutions is a challenge as it is more prevalent amongst this group than the general population. However, in contrast to this, there were high level of trust reported with regard to child health care centres. Almost all participants reported that they participated in the public support for establishment, including civic and health communication. The majority reported that the activities included in the establishment programme as being relevant. However, the observed challenges were not being sensitive to the various situations of the participants, quality as well as that, the activities overlap. Loss of social network as well as language barriers are considered by many as an obstacle for entering the labour market. Access to the Swedish labour market was reportedly a significant ongoing challenge for the participants.

1 Inledning

Vad det innebär att etablera sig i ett nytt land kan ha olika innebörd för människor men fysisk säkerhet, tryggt boende och trygg framtid för barnen är generellt viktiga komponenter. Därutöver tillkommer individuella önskingar om att uppleva sig delaktig, att bidra och göra rätt för sig. Efter att under asyltiden ofta ha väntat på besked under lång tid är den nyanlände medborgaren under den första fasen efter beviljat uppehållstillstånd i mångt och mycket beroende av samhället. Alla insatser i etableringen oavsett form ska på olika vis leda fram till ett avlönat arbete. Att nå dit kan dock vara en långvarig process som ofta också är kopplad till den hälsosituation den nyanlände upplever. De olika påfrestningar de varit med om före, under och efter flykten påverkar tillvaron under den första tiden i Sverige. Det är allmänt känt att flykten har en negativ inverkan på den mentala hälsan [1] och utöver detta påverkar också tiden från inlämnad ansökan om asyl till det slutliga fastställandet den mentala hälsan negativt [2]. Sammanfattningsvis innebär situationen ett antal risker ur ett hälsoperspektiv.

Migrationsverket har under de senaste åren varit extra belastat då många människor på flykt under perioden 2015-2016 sökte sig till Sverige. Myndigheten har därför satt in extra resurser för att effektivisera verksamheten [3]. Enbart under år 2015 sökte över 160 000 människor asyl, de flesta från Syrien, Afghanistan och Irak [4]. Efter att Sverige infört ett antal restriktioner för att begränsa antalet asylsökande har antalet sedan dess varit nedåtgående och var under år 2017 25 666 för att vara 21 502 under år 2018 (se Figur 1) [5]. Under det senaste kalenderåret beviljades totalt 11 217 asylansökningar med en genomsnittlig väntetid på 507 dagar [6].

Figur 1. Antal inkomna ansökningar om asyl mellan åren 2015 och 2016.



Källa. Statistik hämtad från Migrationsverket

<https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html>.

Det som väntar efter beviljat uppehållstillstånd är, förutsatt att man är i behov av försörjning, en obligatorisk etableringsprocess [7]. Arbetsförmedlingen har huvudansvaret för att samordna detta stöd vilket förenklat innebär att en handläggare tillsammans med den nyanlände utformar en individanpassad etableringsplan som pågår under ungefär två år. En sådan plan innehåller förutom arbetsförberedande aktiviteter även utbildning i det svenska språket och samhällsorientering. Under samma period har den nyanlände dock ett antal utmaningar att parallellt hantera, såsom exempelvis få ett fast och tryggt boende, bristande kunskap om samhället och dess instanser, olika vårdbehov, samt en känslomässigt hög stressnivå som kan handla om oro och saknad efter familj och vänner som man lämnat bakom sig. Många nyanlände söker sig till storstäder med förhoppningen att lättare kunna finna avlönat arbete men där är bostadsbristen som mest påtaglig. Tidigare genomförd undersökning inom MILSA (forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa) påvisade att trångboddhet är ett betydande problem under etableringsfasen [8]. Dessutom påvisade denna undersökning att det förekommer lågt förtroende för samhällsinstitutioner, låg fysisk aktivitet, sämre tandhälsa, högt tobaksbruk samt otillfredsställda vårdbehov [9]. Däremot var den självskattade hälsan i linje med den övriga populationen i Skåne och utöver detta visades en positiv framtidstro samt planer på att långsiktigt stanna i Sverige [9].

Alla dessa faktorer underbygger vikten av ett hälsofrämjande mottagande för att åstadkomma goda förutsättningar för en effektiv individanpassad etablering. Att kunna försörja sig och sin familj är dock ett mål som många inte klarar av att uppnå [9].

2 Bakgrund

2.1 Hälsan i Skåne

Under 2012 genomfördes den senaste regionala folkhälsoundersökningen i Skåne där 28 000 personer i åldern 18-80 år besvarade enkäten. De flesta vuxna i Skåne ansåg att de mätte bra eller mycket bra. Som väntat sågs en tydlig åldersgradient med högst andel med god självuppskattad hälsa bland de yngsta och lägst bland de äldsta. I Skåne är det bland yngre vuxna (18-34 år) som högst andel med psykisk ohälsa återfinns och sedan föregående undersökning 2008 har andelen yngre män med psykisk ohälsa ökat vilket är i linje med övriga landet. [10].

När det gäller levnadsvanor har rökningen i Skåne minskat under 2000-talet och är lika vanligt bland män och kvinnor (12%). Andelen med låg fysisk aktivitet på fritiden har varit förhållandevis oförändrad under perioden 2000-2012 och bland män i åldersgruppen 18-34 år har andelen som har låg fysisk aktivitet minskat från 20% till 12% under samma tidsperiod. När det gäller sociala relationer och trygghet är förekomsten av svagt emotionellt och praktiskt stöd vanligare bland män än kvinnor och andelen med svagt stöd ökar med stigande ålder. Andelen skåningar med låg tilltro till andra människor har minskat mellan 2000-2012. Låg tilltro är vanligare bland yngre, och låg tillit hänger samman med sjukskrivning och arbetslöshet [10].

Avseende sysselsättning bland befolkningen i Skåne är tre av fyra sysselsatta män och kvinnor tillsvidareanställda. Andelen med fast anställning är lägst i den yngre åldersgruppen bland både män och kvinnor. Deltidsarbete är vanligare bland kvinnor än män i alla åldrar. Bland män är deltidarbete däremot vanligare bland yngre och äldre män. En av fem arbetande män och kvinnor uppger en anspänd arbetssituation med höga krav och låg kontroll. Förekomsten är vanligast bland icke facklärd arbetare [10].

I utmaningen med att dra generella slutsatser om hälsa och hälsorelaterade faktorer bland befolkningen i Skåne finns svårigheten att inkludera ett representativt urval av dess befolkning. En grupp som inte har möjlighet att medverka i undersökningar är just de nyanlända av skälet bristande språkkunskaper i svenska. Med anledning av detta genomförde MILSA en kartläggning av hälsa och

hälsorelaterade faktorer bland nyanlända i Skåne mellan 2015 och 2016. Totalt besvarade 681 individer enkäten. 69,3% av respondenterna var män och 93,7% arabisktalande och 6,3% daritalande. Högutbildade var överrepresenterade. Självrapporterad hälsa och hälsobesvär bland migranterna 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 till och lågt förtroende för samhällsinstanser. Vidare led många av psykisk ohälsa och hade innan flykt varit utsatta för allvarliga hot om våld. Var tionde person såg mörkt eller mycket mörkt på framtiden. Var femte person hade hälsoproblem som hindrar ett aktivt jobbsökande. Otillfredsställda vårdbehov var vanligt förekommande. Det är nu bland annat denna grupp av migranter som följs upp i den föreliggande undersökningen [9].

En nyligen publicerad rapport gällande hälsa i relation till födelseland [11] genomförd av Folkhälsomyndigheten i Sverige visar att den första tiden i landet är en viktig hälsorelaterad riskfaktor. De som är nyanlända har en bättre hälsa än de migranter som bott i landet ett par år. Skillnaden avser övervikt och fetma, högt blodtryck och diabetes. Därutöver är psykisk ohälsa, tuberkulos, hiv och sämre tandhälsa vanligare bland utrikes födda. Vidare visar rapporten att en riskkonsumtion av alkohol är mindre vanlig bland utrikes födda jämfört med de som är födda i Sverige. Vad gäller daglig rökning visade det sig att de som varit i Sverige i mer än fem år röker mindre än de som varit i Sverige kortare tid. När det kommer till fysisk aktivitet leder tiden i landet till lägre grad av tillräcklig fysisk aktivitet [11].

2.2 Första tiden i Sverige

När migranter anländer till Sverige som flyktingar söker de initialt asyl i landet. Efter det inträder en tid av oro och osäkerhet men som samtidigt också kan vara en tid av hopp och framtidstro. Oavsett kan den dagliga pendlingen mellan olika känslotillstånd generellt vara väldigt påfrestande på olika plan. Under asyltiden ska alla vuxna

asylsökande erbjudas en hälsoundersökning. Man är också berättigad till akut vård, mödrahälsovård och akut tandläkarvård, med andra ord vård som inte kan anstå [12].

Minderåriga asylsökande är under asylprövningstiden berättigade samma rättigheter som svenskar och individer med permanenta uppehållstillstånd [13]. Sammanfattningsvis innebär således asylprövningstiden förvisso en tid av fysisk säkerhet, men utgör än dock en tid av oro och osäkerhet. Migrationsverkets handläggningstid - asylprövningens första instans - varierar dessutom. Under 2018 beviljades drygt 35 000 uppehållstillstånd med en väntetid på beslut på i genomsnitt 507 dagar [14]. De olika stödinsatser som erbjuds under den första tiden i Sverige då migranter betraktas som nyanlända engagerar bland annat Migrationsverket, Arbetsförmedlingen, kommuner, idéburen sektor, länsstyrelserna samt landsting och regioner.

Enligt Migrationsverket [15] är en nyanländ person

” 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.”

2.3 Etablering

Etablering i ett nytt samhälle kan vara en lång och energikrävande process. Självförsörjning, det vill säga att komma in på den svenska arbetsmarknaden eller att delta i en utbildning som leder till arbete, är målet för etableringsprocessen. Etableringsreformen som infördes år 2010 [16] innebär stöd för den enskilde individens etablering under en period på omkring två år. Huvudansvaret innehas av Arbetsförmedlingen, vars handläggare i nära anslutning till beviljat uppehållstillstånd tillsammans med den nyanlände ska utforma en individanpassad etableringsplan [16]. Målet är att underlätta och påskynda den nyanländes etablering i samhället och i arbetslivet [16]. Hur väl etableringsreformen uppnår de tänkta målen har studerats av Statskontoret med förslag på åtgärder till förbättring [7]. Inom ramen för etableringsplanen ingår också viktig samhällsorientering på den nyanländes modersmål [17]. Teman som ska ingå 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

inklusive hälsa [18]. Omfattningen skiljer dock mellan landets olika delar [19]. I Skåne förmedlas samhälls- och hälsoinformation på modersmålet i ett program omfattande 80 timmar och inkluderar 32 olika teman [18]. I skrivande stund bedrivs ett projekt om utökad samhälls- och hälsokommunikation. Utökningen innebär fler antal timmar från 80 till 100, samt en utvidgning till flera arenor såsom bibliotek, museer, arbets- och näringslivet samt föreningslivet [20].

Tidigare utredning har visat att ”välfärdskarriären” är en tidskrävande process för att uppnå liknande levnadsvillkor som inrikes födda [21]. Riksrevisionen publicerade år 2015 rapporten beträffande effektiviteten av statens insatser för de nyanländas etablering [22]. Några av de rekommendationer som föreslogs gäller förbättrat samarbete mellan de olika aktörer som är involverade i etableringsuppdraget och att möjliggöra för utbildningsinsatser för dem med lägre utbildningsnivå. Det tar många år för de nyanlända att etablera sig på den svenska arbetsmarknaden. Det råder stora skillnader mellan könen med mellan nio och elva år för hälften av nyanlända kvinnor och mellan tre till sju år för nyanlända män att etablera sig på arbetsmarknaden. Då kvinnor i lägre grad tar del av olika arbetsmarknadspolitiska åtgärder är det viktigt att anpassa insatser inom etableringen efter deras behov. Dessutom är det även av stor vikt att arbeta för att hälsorelaterade behov upptäcks i en tidig fas så att dessa inte onödigt fördröjer etableringen [22]. Utöver detta beskrev författarna vikten av att arbeta med att minimera bostadsbristen och då särskilt i storstadsregionerna eftersom det är i dessa regioner som de nyanlända har bättre möjligheter till avlönat arbete och således snabbare etablering men de lyfte även betydelsen av att förkorta tiden mellan beviljad asyl och kommunplacering för att påskynda initieringen av etableringsinsatser.

Som en konsekvens av den rådande ansträngda bostadssituationen i landet är det svårt för de nyanlända att finna fast och trygg bostad, vilket givetvis försvårar för de nyanlända att påbörja sin etableringsprocess, och då särskilt för ekonomiskt svagare medborgare eller dem som är beroende av olika typer av försörjningsstöd. Den senaste analysen av bostadsmarknaden utförd av Länsstyrelsen Skåne tyder på att självbostadningen för nyanlända har inneburit en utmaning i hela landet. Kommuner vittnar om undermåliga bostäder, trångboddhet, oseriösa hyresvärdar och höga hyror. Enligt författarna utgör bostad en avgörande förutsättning för att kunna etablera sig i landet och att bli självförsörjande. Denna

utmaning leder till kortsiktiga lösningar och trångboddhet och drabbar framförallt barnen [23].

2.4 Insatser för närmande till arbetsmarknaden

För ett antal år sedan initierades det så kallade ”snabbspåret” med syftet att påskynda nyanländas arbetsmarknadsetablering. Meningen var att tillvarata de nyanländas yrkeskompetenser och utbildning samt att möta rådande arbetskraftsbrist inom bland annat lärar- och legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården [24].

Nyligen föreslog regeringen ett så kallat intensivår inom etableringen. Syftet med detta initiativ är även här att påskynda de nyanländas etablering in på arbetsmarknaden. Arbetsförmedlingen har således fått i uppdrag att komma med förslag för hur detta kan genomföras [25]. En sådan möjlighet är tänkt att erbjudas de nyanlända som bedöms ha motivation och förutsättningar att fullfölja ett år av intensiva insatser inom etableringen. Senast den 29 november 2019 ska Arbetsförmedlingen komma med förslag för hur detta ska genomföras [25].

Ett av de senaste initiativen från Arbetsmarknadsdepartementet är att möjliggöra etableringsjobb [26]. Denna typ av jobb innebär att främja anställningar av nyanlända och dem som varit arbetslösa under lång tid. Lön för utfört arbete ska i sådana fall delvis betalas av staten och delvis av arbetsgivarna. Initiativet avser även inkludera bemanningsföretag samt företag utan kollektivavtal. Dessutom kommer en särskild satsning att genomföras vad gäller utrikesfödda kvinnors möjligheter till ett aktivt deltagande på den svenska arbetsmarknaden då det har visat sig att denna grupp står utanför arbetsmarknaden i större utsträckning än andra. Satsningen omfattar både nyanlända och utrikesfödda kvinnor som vistats i Sverige under längre tid, det vill säga även till dem som inte omfattas av etableringslagen [26].

Under den senaste tiden har det noterats att såväl nyanlända män som kvinnor i större utsträckning än tidigare kommer in på arbetsmarknaden eller studier kort efter etableringsperioden [27]. Nästan varannan som kom till Sverige under 2011 hade ett jobb fem år senare.

En viktig grund i att optimera effekten av olika stödinsatser är kunskapen om behov och förutsättningar hos den grupp som är i behov av stöd. Kunskap om bland annat utmaningar med validering av kompetenser, status på familjeåterförening, asylprövningstid och dess konsekvenser, samt olika hälsorelaterade behov och risker bör vara en förutsättning för att designa ett bra etableringssystem. Kunskap om hur nyanlända upplever den första tiden i Sverige, det vill säga direkt efter beviljat uppehållstillstånd, inklusive hälsa och framtidstro, finns tillgänglig bland annat genom MILSA:s studier. Men hur dessa faktorer har förändrats efter en tid i landet, huruvida de nyanlända kommit i arbete och hur förutsättningarna för ett aktivt jobbsökande ser ut i form av språkkunskaper, kontaktnät eller deltagande i samhället kvarstår att ta reda på. Finns det behov av fortsatta stödinsatser även under tiden efter avslutad etableringsprocess och i så fall från vilket håll och i vilken form? Detta är exempel på hitintills obesvarade frågeställningar som föranledde att föreliggande undersökning initierades.

3 SYFTE

Syftet med föreliggande undersökning har varit:

- Att studera hälsa och hälsorelaterade faktorer bland vuxna nyanlända i Skåne som nyligen genomgått etableringsprocessen och som vanligtvis inte kan delta i den reguljära folkhälsoenkäten i Skåne på grund av språkhinder.
- Att utveckla uppföljningsmetod och mätinstrument för att undersöka etableringsinsatsernas påverkan på hälsodeterminanter och vuxna nyanländas hälsoutveckling efter etableringstiden.
- Att undersöka om genomförda etableringsinsatser bidragit till ökad delaktighet i samhället och ett närmande till arbetsmarknaden.

4 Deltagare och metod

Undersökningen genomfördes inom ramen för MILSA (forskningsbaserad stödplattform för migration och hälsa) som Malmö universitet och Länsstyrelsen Skåne gemensamt ansvarar för. MILSA är del av samverkansplattformen Partnerskap Skåne. Projektet genomfördes i samverkan med Arbetsförmedlingen, Region Skåne, Malmö stad, Lunds universitet och Uppsala universitet med flera.

Urvalsdragning, utskick, datainsamling, sammanställning av inkomna enkätsvar, påförande av registerdata samt framtagande av kalibreringsvikter genomfördes av Enkätfabriken AB tillsammans med Statistiska Centralbyrån (SCB). Undersökningen genomgick en etikprövning och godkändes av Etikprövningsnämnden i Lund (Dnr 2018/255).

4.1 Frågeformulär

Frågorna i formuläret som är utformade av MILSA uppgår till 98 numrerade frågor varav flera hade delfrågor, vilket genererade totalt 182 frågor.

Frågorna handlade om bakgrundsdata; hälsa; läkemedel; sömn och välbefinnande; tandhälsa; levnadsvanor; sociala relationer; hot och våld; förtroende för samhällsinstitutioner; arbete, sysselsättning och ekonomi; hem, hushåll och boendemiljö; vårdutnyttjande och sexualitet/sexuell hälsa. Förutom variabler som samlats in via frågeblanketten har ett antal registervariabler hämtats från SCB:s olika register.

Frågeformuläret utvecklades på svenska för att sedan översättas till arabiska. Översättningen utfördes av kvalificerade översättare till arabiska och tillbaks från arabiska till svenska. Olika översättare var involverade i denna process. Översättningsarbetet granskades av samhälls- och hälsokommunikatörer med kunskap i båda språken på Länsstyrelsen Skåne.

Slutligen utfördes en pilotundersökning den 26 mars 2018 på Länsstyrelsen i Malmö. Deltagare i pilotundersökningen var nyligen nyanlända arabisktalande samhälls- och hälsokommunikatörer som befunnit sig i landet under den tid som var lämplig för studien. Både

män och kvinnor deltog. Ett antal mindre samt mer omfattande korrigeringar bedömdes nödvändiga. Efter att korrigeringarna utförts fastställdes frågeformuläret.

4.2 Population och urval

Populationen, det vill säga de objekt om vilka undersökningen ämnar dra slutsatser, utgjordes av personer som fått uppehållstillstånd under perioden 1 september 2012 - 31 augusti 2016. Dessa var i ålder 20 till 64 år vid tidpunkt för beviljat uppehållstillstånd och födda i Syrien, Irak eller Palestina samt boendes i Skåne län enligt de senaste uppgifterna i SCB:s Register över totalbefolkningen (RTB).

För att kunna göra ett urval från populationen skapades en urvalsram som avgränsade, identifierade och möjliggjorde koppling till individerna i populationen. Urvalsramen i undersökningen skapades med hjälp av data från RTB. Antalet personer i urvalsramen var vid tillfället för skapandet 11 286 personer.

Från urvalsramen drogs ett ostratifierat obundet slumpmässigt urval om totalt 10 000 personer. Ett ostratifierat obundet slumpmässigt urval innebär att samtliga objekt inom ramen har samma sannolikhet att komma med i urvalet. Urvalsstorleken bestämdes av MILSA.

4.3 Datainsamling

Undersökningen genomfördes mellan september och december 2018. Totalt genomfördes 5 olika utskick i undersökningen. Utskick 1 var ett aviseringsbrev med möjlighet att svara via webben, medan utskick 2 till 5 var utskick av pappersenkäter samt inloggningsuppgifter för att ge möjlighet att svara via webben.

Tabell 1. Beskrivning av utskick och datum.

Utskick	Datum	Beskrivning
Säkerhetspost	2018-09-28	Utsändning av säkerhetspost med inloggningsuppgifter till webbenkät.
Enkätomgång 1	2018-10-05	Utsändning av enkät, missivbrev med inloggningsuppgifter till webbenkät och svarskuvert.
Påminnelse 1	2018-10-19	Utsändning av enkät, missivbrev med inloggningsuppgifter till webbenkät och svarskuvert.
Påminnelse 2	2018-11-02	Utsändning av förkortad enkät, missivbrev med inloggningsuppgifter till webbenkät och svarskuvert.
Påminnelse 3	2018-11-16	Utsändning av förkortad enkät, missivbrev med inloggningsuppgifter till webbenkät och svarskuvert.

Insamlingsmetoden var postala utskick av enkäter, med svarsmöjlighet via medföljande pappersenkät eller på webben via en webbenkät. För att svara på frågorna på webben så användes en personlig kod och ett användarnamn som var utskrivet på följbrevet.

4.4 Sekretess och utlämnande

Samtidigt med utskick av enkät bifogades en informationstext där uppgiftslämnarna kunde läsa om undersökningens bakgrund, syfte och att undersökningen genomfördes i samarbete mellan SCB och MILSA. Brevet informerade också om att förutom enkätfrågorna har SCB även hämtat uppgifter ur folkbokföringsregistret angående kön, åldersgrupp, boendekommun, födelseland, civilstånd, inkomst och utbildning vilka påförs enkätsvarsdatabasen.

Brevet informerade även om att det är frivilligt att delta. Vidare upplystes urvalspersonerna om att all information som sammanställs kommer att redovisas i tabeller där det är helt omöjligt att identifiera någon enskild individ.

Vidare gavs information om att svarsuppgifterna sparas i 10 år för att ha möjligheten att följa upp studien i framtiden.

4.5 Svarsfrekvens

Urvalet bestod av 10 000 personer. Totalt besvarade 3226 personer undersökningen, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 32,3%. Totalt valde 31% att svara via webben och 69% via pappersenkät. Andelen som svarat via webben hänger samman med ålder, då det i gruppen 22-29 år var 42% som svarat via webbenkät, medan bland respondenter i gruppen 50-70 år var det 19% som besvarat enkätundersökningen via webbenkät.

Tabell 2 visar hur svarsandelen i det totala urvalet samvarierar med olika bakgrundsvariabler. Något större andel bland män än bland kvinnor har besvarat enkäten. I lägre åldrar är svarsandelen lägre, vilket ofta är fallet vid enkätundersökningar. T.ex. är svarsandelen 22,3% i åldersgruppen 22-29 år, medan i åldersgruppen 50-70 år är motsvarande andel 44,3%. Grupperingen på födelseland uppvisar en tydlig skillnad i svarsandelar med 35,4% för syrienfödda och 18,8 % för personer födda i Irak. Mellan olika inkomstgrupper är skillnaden tydlig, medan 29,0% har svarat i gruppen låginkomsttagare så har 41,2% av höginkomsttagarna besvarat enkäten.

Tabell 2. Undersökningspopulation, totalt bruttourval och svarsfrekvens med avseende på kön, ålder, födelseland och inkomst.

	Population urval	Population (%)	Urval	Urval (%)	Svarande (Antal)	Svarande (%)
Kön						
Man	6 969	61,7	6 176	61,8	2 020	32,7
Kvinna	4 317	38,3	3 824	38,2	1 206	31,5
Ålder						
22-29	2 590	22,9	2 291	22,9	510	22,3
30-39	4 333	38,4	3 852	38,5	1 157	30,0
40-49	2 674	23,7	2 368	23,7	899	38,0
50-70	1 683	14,9	1 489	14,9	660	44,3
Födelseland						
Irak	2 108	18,7	1 877	18,8	352	18,8
Syrien	9 178	81,3	8 123	81,2	2 874	35,4
Inkomst (tkr)						
0- 329/uppgift saknas	6 266	55,5	5 555	55,6	1 612	29,0
330-529	3 100	27,5	2 723	27,2	904	33,2
530-	1 920	17,0	1 722	17,2	710	41,2
Totalt	11 286		10 000		3 226	

4.6 Svartsbortfall

Svartsbortfall består av de personer i urvalet som inte svarat på undersökningen. Svartsbortfallet delas upp mellan känt bortfall, där personen hört av sig på något sätt och berättat om orsak till att de inte velat delta, och okänt bortfall, där orsak helt enkelt saknas.

Av de 6774 personer i urvalet som inte svarat på undersökningen har 4 personer meddelat att de vägrar svara, 36 svartsbortfall har registrerats via postreturer där ingen ny adress funnits och därtill finns 45 urvalspersoner där brev har returnerats utan någon information om orsak. Övriga 6 689 har inte hörts från överhuvudtaget.

4.7 Viktberäkning och estimation

Ett stort svartsbortfall behöver i teorin inte vara ett stort problem. Om bortfallet är helt slumpmässigt behöver inte skattningarna i undersökningarna påverkas av bortfallet, det vill säga att det är helt slumpmässigt om en person väljer att svara eller inte svara på undersökningen. I praktiken är detta dock osannolikt. Erfarenhet från andra undersökningar och forskning visar att olika grupper är olika svartsbenägna. Om vissa grupper är mer svartsbenägna än andra blir de överrepresenterade i undersökningen och kan påverka skattningarna.

I undersökningen används en teknik där skevheter i bortfallet kompenseras för genom en kalibrering av resultatet. Kalibreringen innebär förenklat att registerdata används för att kompensera för skevheter i bortfallet.

Den statistiska säkerheten sammanhänger med antalet svar i den grupp som man vill analysera. Vissa befolkningsgrupper deltar i undersökningar i högre utsträckning än andra (se tabell 2), det vill säga det finns ett selektivt bortfall bland de svarande, exempelvis så är det fler äldre än yngre som svarar på enkäter och en högre andel höginkomsttagare än låginkomsttagare. Man vill dock att varje befolkningsgrupp ska ha den inverkan på resultatet som motsvarar gruppens andel i totalbefolkningen. I redovisningen för undersökningen har vi därför viktat resultatet med avseende på kön, ålder, födelseland, inkomst och även kommun då svartsfrekvensen varierar mellan 21-52% i de 33 skånska kommunerna. Detta medför att resultat kan redovisas för hela populationen och inte bara för de

svarande, det vill säga vikterna kompenserar för svarsbortfallet.
Vikterna bygger på antagandet att ramen återspeglar populationen väl
och därmed att över- och undertäckningen är försumbar.

5 Bakgrundsdata

5.1 Bakgrundsfaktorer

Det totala antalet svarande var 3226 varav 1234 kvinnor och 1992 män deltog i undersökningen. Vad gäller ålder var de flesta mellan 18 och 54 års ålder, andelen som utgör denna grupp oberoende av kön var 89,2% (90,1% män och 87,7% kvinnor). Andelen män och kvinnor som uppgav att de hade en eftergymnasial utbildning var 46,6% respektive 42,4%. Majoriteten av respondenterna var antingen gifta, hade registrerat partnerskap eller var sambo. Bland männen var denna andel 68,8% och bland kvinnorna 82,4%.

Vad gäller civilstånd ogift var totalt 17,8% ogifta. Majoriteten av respondenterna fick beviljat uppehållstillstånd inom en ettårsperiod (42,0% inom ett halvår, 37,1% mellan 7 till 12 månader). Något större andel kvinnor (48,3%) jämfört med män (38,2%) fick sitt uppehållstillstånd inom ett halvår. Totalt fick 7,5% vänta i mer än 18 månader och 13,4% mellan 13 och 18 månader.

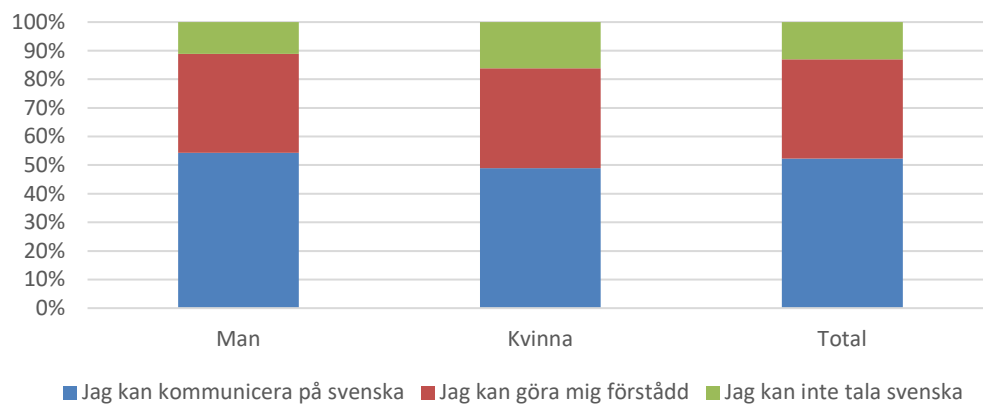
Tabell. 1 Bakgrundsfaktorer totalt och uppdelade efter kön.

	Totalt	Man	Kvinna
Civilstånd			
Gift, registrerat partnerskap eller sambo	2369 (74,1%)	1359 (68,8%)	1010 (82,4%)
Ogift	570 (17,8%)	504 (25,5%)	66 (5,4%)
Frånskild	209 (6,5%)	99 (5%)	110 (9%)
Änka, änklings eller efterlevande partner	51 (1,6%)	12 (0,6%)	39 (3,2%)
Utbildning			
Förgymnasial	1026 (32,4%)	640 (32,2%)	386 (32,7%)
Gymnasial	714 (22,5%)	419 (21,1%)	295 (25%)
Eftergymnasial	1427 (45,1%)	926 (46,6%)	501 (42,4%)
Ålder			
18-34	1088 (34,0%)	677 (33,7%)	411 (34,4%)
35-44	1032 (32,2%)	640 (31,9%)	392 (32,8%)
45-54	736 (23%)	491 (24,5%)	245 (20,5%)
55-64	304 (9,5%)	179 (8,9%)	125 (10,5%)
65-80	41 (1,3%)	19 (0,9%)	22 (1,8%)
BMI			
Normal	1028 (33,6%)	592 (31%)	436 (38%)
Övervikt	1287 (42,1%)	863 (45,2%)	424 (37%)
Fetma	740 (24,2%)	453 (23,7%)	287 (25%)

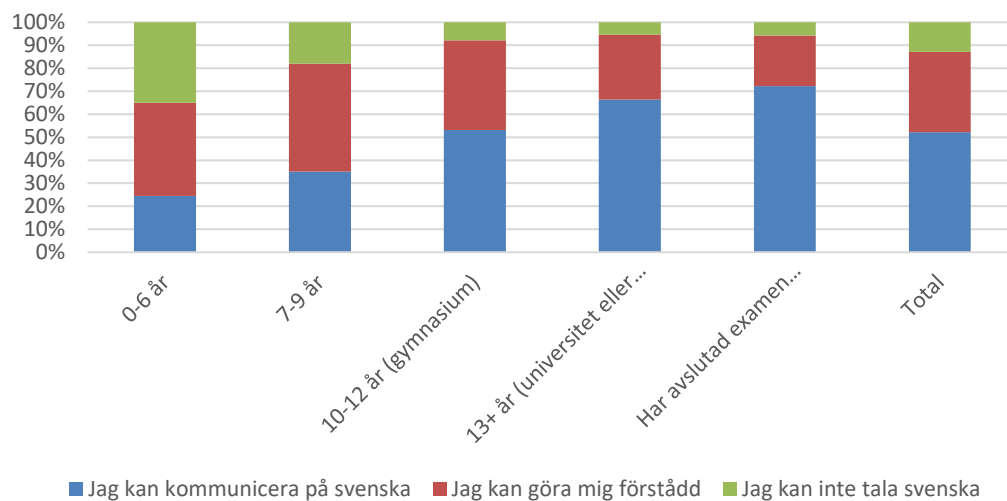
Resultaten presenteras i form av frekvenser och andelar.

På frågan om vilket språk som huvudsakligen används i hemmet svarade 38,2% att både svenska och annat språk används (40,5% män respektive 34,6% kvinnor). Annat språk än svenska uppgavs av 57,6% män och 64,5% kvinnor och enbart svenska av totalt 1,5% (1,9% män och 0,9% kvinnor). I fråga om hur långt respondenterna kommit med att lära sig svenska svarade 54,6% av männen att de kan kommunicera på svenska jämfört med 48,3% av kvinnorna (figur 1). Det framgick även att utbildningsnivå påverkar kunskaperna i det svenska språket då det tydligt framgick att de med högre utbildningsnivå även kunde svenska i större utsträckning (figur 2).

Figur 2. Hur långt har Du kommit med att lära Dig det svenska språket?
Uppdelat efter kön



Uppdelat efter utbildningsnivå



Vad gäller tolkningen av beräknat Body Mass Index (BMI) hade mellan 31% (män) och 38% (kvinnor) en normalvikt. Andelen med fetma oberoende av kön utgjordes av 24,2% (23,7% män respektive 25% kvinnor).

Att göra sig förstådd uppgavs av 34,8% (34,5% män och 35,3% kvinnor). Andelen som svarade att de inte kan tala svenska var 16,4% kvinnor och 10,9% män. Hur långt respondenterna kommit med att lära sig det svenska språket skiljde sig beroende på utbildningsnivå. De som kommit längst med att lära sig språket var de med högre utbildningsgrad. Den största andelen som inte kunde tala svenska fanns bland de med en utbildningsnivå på mellan 0 och 6 år.

5.2 Sammanfattning

- Majoriteten av respondenterna fick beviljat uppehållstillstånd inom en ettårsperiod.
- När det gäller hur långt respondenterna kommit att lära sig svenska svarade något mer än hälften av männen att de kunde kommunicera på svenska jämfört med nästan varannan av kvinnorna.
- Var sjätte kvinna respektive var tionde man kunde inte tala svenska.
- Ju högre utbildningsnivå, desto bättre var respondenterna på att kommunicera på svenska.
- Fetma var ett hälsoproblem för var fjärde respondent.
- Var tredje respondent hade en normalvikt oberoende av kön.

6 Fysisk hälsa

6.1 Bakgrund

Generell migration är i sig inte en riskfaktor för hälsan men det kan dock på grund av flykten 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 [28]. Den tid det tar för personen i fråga att få besked på ansökan om asyl likväl som den tid som personen har befunnit sig i flyktingläger har en tydlig påverkan på hälsan efter flykten [28]. Hursomhelst, migration i sin helhet betraktas som en bestämningssfaktor för hälsa [11] såsom livsvillkor och levnadsvanor [29]. En annan viktig faktor är den tid den nyanlända individen befinner sig utanför arbetslivet och där olika former av stöd och insatser är avgörande för hälsan. Viktiga utmaningar är utanförskap, förmåga till delaktighet samt olika påverkbara livsstilsfaktorer [11, 30]. Det som framkommer i den nyligen publicerade rapporten ”Folkhälsa och födelseland” [11] är att tiden i landet leder till försämring av vissa hälsoutfall. De utfall som påverkas är diabetes, övervikt och högt blodtryck. Den hälsomodell som utvecklades inom ramen för MILSA [31] visar att en försämring i hälsa bland nyanlända kan minimeras med hjälp av rätt insatser och stöd samt att anpassade insatser kan leda till en snabbare återhämtning. Detta är linje med den senaste rapporten från Folkhälsomyndigheten, där det tydligt framgår att övervikt och fetma samt diabetes, högt blodtryck och fysisk inaktivitet försämras efter en tid i landet [11].

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 [28]. Vidare har migranter visat sig drabbas av olycksfall längs flyktvägen likväl som gynekologiska åkommor och graviditetsbesvär, mag- och tarm besvär, luftvägsbesvär, hjärt- och kärlsjukdomar och metaboliska sjukdomar [28]. Kvinnor och yngre migranter har visat sig vara utsatta för sexuellt och fysiskt våld längs flyktvägen och detta i sin tur ökar risken för sexuellt överförbara sjukdomar och skador.

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

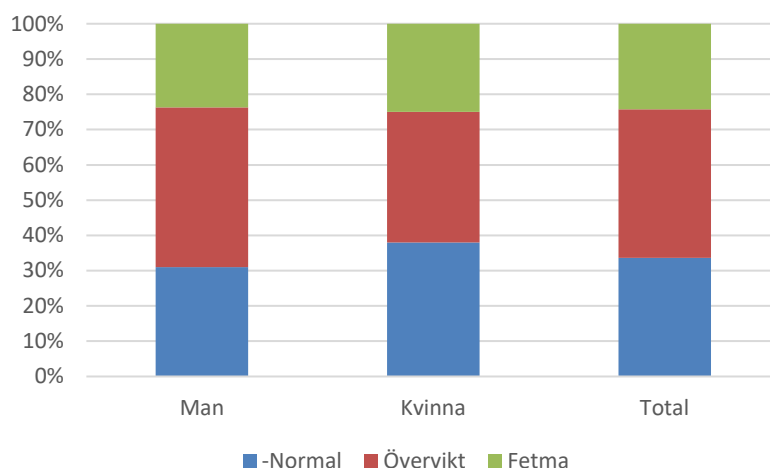
migranter som har olika kroniska sjukdomar uppleva en förvärring av dessa på grund av svårigheter att få vård under flyktvägen. Vissa migranter har även en ökad risk för både diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och stroke [28].

6.2 Resultat

6.2.1 Självs kattad hälsa

I fråga om hur respondenterna bedömer sitt nuvarande hälsotillstånd svarade drygt en fjärdedel att det var mycket bra, var fjärde person svarade att det var bra och en femtedel svarade att det var någorlunda.

Figur 3. Body Mass Index (BMI), totalt samt uppdelat efter kön.



När det gäller vad respondenterna tror att de kan göra själv för att bevara god hälsa, svarade sex av tio att de trodde att den egna insatsen var mycket betydelsefull, medan var tredje person ansåg att deras insats hade viss betydelse och knappt var tionde person ansåg att den egna insatsen inte hade någon betydelse alls. När det gäller övervikt var ungefär 40% av respondenterna överviktiga och ungefär 25% led av fetma. En något större andel män var överviktiga jämfört med kvinnorna.

Tabell 2. Hälsoproblem och funktionsnedsättningar.

	Totalt	Man	Kvinna
Allergi	477 (17%)	265 (15,2%)	212 (19,8%)
Astma	106 (4%)	60 (3,6%)	46 (4,6%)
Diabetes	170 (6,2%)	107 (6,3%)	63 (6,2%)
Högt blodtryck	287 (10,4%)	171 (9,9%)	116 (11,3%)
Kol	18 (0,7%)	11 (0,7%)	7 (0,7%)
Dyslexi	304 (11,1%)	199 (11,7%)	105 (10,3%)
ADHD ADD	231 (8,5%)	136 (8%)	95 (9,4%)
Utvecklingsstörning	27 (1%)	16 (1,0%)	11 (1,1%)
Rörelsehinder	140 (5,2%)	91 (5,4%)	49 (4,9%)

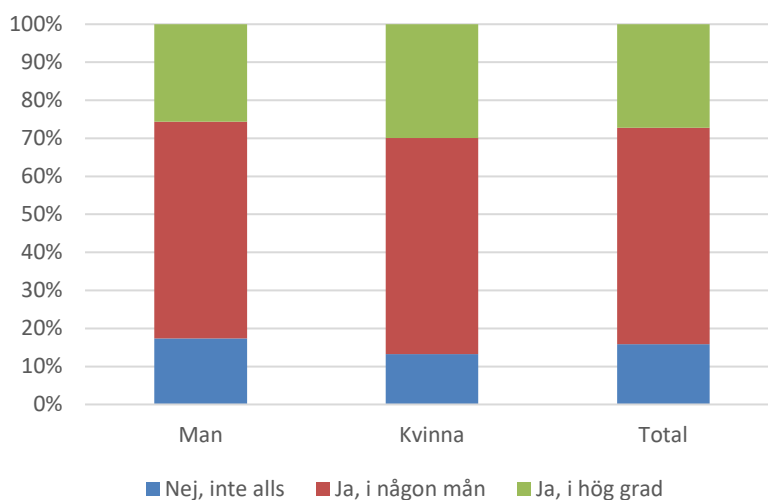
Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Det vanligast förekommande hälsoproblemet bland både män och kvinnor var allergi och näst vanligast var högt blodtryck. Den mest förekommande funktionsnedsättningen var dyslexi och den näst vanligaste funktionsnedsättningen var ADHD/ADD.

6.2.2 Funktionsnedsättning

På frågan om respondenterna haft någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem svarade var femte person ja. Därefter ställdes frågan om dessa besvär medfört att arbetsförmågan blivit nedsatt eller hindrat i andra dagliga sysselsättningar och var fjärde person svarade ja, i hög grad. Drygt hälften svarade ja, i någon grad och var sjätte person svarade nej, inte alls.

Figur 4. Medför dessa besvär att Din arbetsförmåga är nedsatt eller hindrar Dig i Dina andra dagliga sysselsättningar?



6.2.3 Läkemedelsanvändning

Det mest förekommande läkemedel som respondenterna oberoende av kön uppgav sig köpt på apotek i Sverige var smärtstillande utan recept, ett fåtal hade inhandlat det på annat sätt. Det näst mest förekommande läkemedlet var smärtstillande med recept och även här hade ett fåtal inhandlat det på annat sätt. Därefter var magsårsmedicin det mest förekommande inhandlade läkemedlet på apotek i Sverige. Andelen som köpt smärtstillande utan recept på apotek i Sverige var 34,9% (30,4% män och 42,4% kvinnor). Andelen som köpt smärtstillande med eller utan recept var högre bland kvinnor.

Tabell 3. 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	2489 (90,7%)	231 (8,4%)	23 (0,8%)
Medicin mot astma/allergi	2456 (90,8%)	220 (8,1%)	29 (1,1%)
Smärtstillande medel, utan recept	1712 (62,2%)	960 (34,9%)	79 (2,9%)
Smärtstillande medel, med recept	1968 (71,7%)	740 (27%)	37 (1,3%)
Antibiotika (penicillin)	2409 (90,4%)	207 (7,8%)	48 (1,8%)
Sömnmedel	2477 (91,9%)	179 (6,6%)	39 (1,4%)
Nervlugnande medicin	2492 (92,4%)	164 (6,1%)	42 (1,6%)
Medel mot depression	2502 (93%)	158 (5,9%)	29 (1,1%)
Magsårsmedicin	2370 (87,8%)	293 (10,9%)	37 (1,4%)
Annat	2048 (89,2%)	209 (9,1%)	40 (1,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 4. 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	1581 (91,3%)	135 (7,8%)	15 (0,9%)
Medicin mot astma/allergi	1575 (92,7%)	109 (6,4%)	15 (0,9%)
Smärtstillande medel, utan recept	1145 (66,8%)	520 (30,4%)	48 (2,8%)
Smärtstillande medel, med recept	1306 (75,7%)	400 (23,2%)	20 (1,2%)
Antibiotika (penicillin)	1548 (91,9%)	107 (6,4%)	29 (1,7%)
Sömnmedel	1579 (92,4%)	106 (6,2%)	23 (1,3%)
Nervlugnande medicin	1582 (92,8%)	98 (5,8%)	24 (1,4%)
Medel mot depression	1590 (93,4%)	94 (5,5%)	19 (1,1%)
Magsårsmedicin	1507 (88,4%)	171 (10%)	26 (1,5%)
Annat	1373 (90,6%)	115 (7,6%)	27 (1,8%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

På frågan om respondenterna under de senaste tre månaderna någon gång fått recept utskrivet men inte hämtat ut det på apoteket, svarade nio av tio personer nej. Var tjugonde person svarade ja, någon gång och endast ett fåtal svarade ja, flera gånger.

Tabell 5. 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	908 (89,7%)	96 (9,5%)	8 (0,8%)
Medicin mot astma/allergi	881 (87,6%)	111 (11%)	14 (1,4%)
Smärtstillande medel, utan recept	567 (54,6%)	440 (42,4%)	31 (3%)
Smärtstillande medel, med recept	662 (65%)	340 (33,4%)	17 (1,7%)
Antibiotika (penicillin)	861 (87,9%)	100 (10,2%)	19 (1,9%)
Sömnmedel	898 (91%)	73 (7,4%)	16 (1,6%)
Nervlugnande medicin	910 (91,5%)	66 (6,6%)	18 (1,8%)
Medel mot depression	912 (92,5%)	64 (6,5%)	10 (1%)
Magsårsmedicin	863 (86,6%)	122 (12,2%)	11 (1,1%)
Annat	675 (86,3%)	94 (12%)	13 (1,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 6. Anledningen till att utskrivna läkemedel inte hämtas ut.

Anledning	Totalt	Man	Kvinna
Jag blev frisk	52 (19,9%)	33 (22,4%)	19 (16,7%)
Jag hade medicin så att det räckte	71 (27,1%)	40 (27,2%)	31 (27%)
Jag hade inte råd	76 (29,1%)	40 (27,2%)	36 (31,6%)
Jag hade för lång väg till apoteket	2 (0,8%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)
Medicinen hjälper ändå inte	63 (24%)	36 (24,5%)	27 (23,5%)
Annat			

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

När det gäller varför utskriven medicin inte hämtats ut, var den vanligaste anledningen att respondenterna inte hade råd. Var tredje person svarade ja på denna fråga. För ungefär 25% av respondenterna var anledningen att de hade medicin så att det räckte. Därefter angavs anledningen att medicinen ändå inte hjälpte.

6.4 Slutsatser

- Drygt en fjärdedel av respondenterna bedömde sitt hälsotillstånd som mycket bra.
- Nästan 60% ansåg att den egna insatsen var mycket betydelsefull för att bevara en god hälsa.
- Det mest förekommande hälsoproblemet bland både män och kvinnor var allergi och det näst vanligaste var högt blodtryck.
- Nästan 20% besvärades av antingen långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem.
- Det mest förekommande läkemedel som respondenterna uppgett sig köpt på apotek i Sverige var smärtstillande utan recept och det näst mest förekommande var smärtstillande med recept.
- Den vanligaste anledningen till varför utskriven medicin inte hämtats ut, var att respondenterna inte hade råd.

7 Vårdutnyttjande

7.1 Bakgrund

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 hälsoindikator för migranter [32]. Även om tidigare forskning visar att nyanlända migranter har ett större behov av hälso- och sjukvård jämfört med övriga befolkningen, så möter de olika slags barriärer när det gäller att få tillgång till vård [33]. Dessa barriärer kan vara i form av språksvårigheter eller beroende på kulturella eller ekonomiska aspekter [33, 34]. Det kan också finnas barriärer i form av rädsla för att hälso- och sjukvårdsbesök ska påverka asylbeslut samt en rädsla för att bli förnekad vård vid behov [35]. En scoping review utfördes under 2017 med syftet att sammanställa forskning om hur migranter upplever hälso- och sjukvården i det värdland som personen flytt till [36]. 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. Dessutom ansågs det att support och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen var viktig då en del migranter upplevt diskriminering i olika situationer på grund av språksvårigheter eller på grund av ursprung [36].

7.2 Resultat

7.2.1 Vårdkonsumtion

När det gäller frågan om respondenterna varit inlagda på sjukhus under de senaste tre månaderna för besvär eller sjukdom, svarade ungefär var tionde person ja på den frågan. På frågan om de besökt läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande under de senaste tre månaderna, svarade nästan hälften att de utfört sådant besök. På frågan om de besökt akutmottagningen under de senaste tre månaderna för besvär eller sjukdom, svarade var femte person ja. När det gäller aktiv listning på vårdcentraler, svarade drygt 60% att de genomfört en aktiv listning och var tionde person svarade att de inte visste om de genomfört sådan listning.

7.2.2 Otilfredsställda vårdbehov

På frågan om respondenterna under de senaste tre månaderna ansett sig vara i behov av läkarvård men inte sökt detta, svarade var tredje person att de hade varit behov av läkarvård men inte sökt.

Tabell 7. Orsakerna till att inte söka vård vid behov av läkarvård.

	Totalt	Man	Kvinna
Besvären gick över	103 (9,2%)	69 (9,8%)	34 (8,1%)
Hade inte råd	221 (19,7%)	156 (22,2%)	65 (15,6%)
För långa väntetider	480 (42,8%)	298 (42,3%)	182 (43,5%)
Tycker inte att jag kan få någon hjälp	441 (39,3%)	277 (39,4%)	164 (39,2%)
Kom inte fram på telefon	65 (5,8%)	37 (5,3%)	28 (6,7%)
Fick inte tag på någon läkare	85 (7,6%)	45 (6,4%)	40 (9,6%)
Kände inte till någon bra läkare	208 (18,5%)	122 (17,3%)	86 (20,6%)
Hade inte tid	137 (12,2%)	87 (12,4%)	50 (12%)
Ville vänta ett tag	85 (7,6%)	54 (7,7%)	31 (7,4%)
Annat	48 (4,3%)	41 (5,8%)	7 (1,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Den vanligaste anledningen till varför inte respondenterna sökt vård vid behov var för långa väntetider och den näst vanligaste orsaken var att respondenterna inte tyckte att de kunde få någon hjälp. Därefter var orsaken att de inte hade råd alternativt inte kände till någon bra läkare.

7.3 Sammanfattning

- Ungefär hälften av respondenterna hade besökt läkare på sjukhusmottagning, vårdcentral eller liknande under de sista tre månaderna.
- Ungefär var femte hade besökt akutmottagningen under de senaste tre månaderna för besvär eller sjukdom.
- Drygt en tredjedel ansåg att de hade varit i behov av läkarvård men inte sökt vård.
- När det gäller orsaker till varför inte respondenterna sökt vård vid behov, var den vanligaste anledningen för långa väntetider och därefter att de inte tyckte att de kunde få någon hjälp.

8 Mental hälsa

8.1 Bakgrund

Under flykten är migranter ofta utsatta för olika riskfaktorer som ökar risken för mental ohälsa. Detta kan vara i form av stressfyllda och traumatiserande upplevelser såsom exempelvis rasistisk diskriminering, våld, tvångsseparation från familjemedlemmar samt deportering [1]. Forskning visar att migrationsprocessen ökar känsligheten för psykisk ohälsa på grund av högre nivåer av ångest och pessimism inför framtiden orsakat av faktorer såsom att ha förlorat sitt sociala nätverk och en känsla av 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 [1].

En metaanalys utförd på basis av studier utförda mellan 1990-2007 visade att 47% av migranter drabbas av Posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) [37] jämfört med 3% av den övriga befolkningen [38]. 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 [39]. När det gäller enbart depression bland migranter visar en studie låga nivåer av diagnostiserad depression [40] men en högre prevalens gällande kliniska symtom på depression [40]. I fråga om ångest bland migranter visade en studie att runt 4% av migranter var diagnostiserade med ångestproblematik [39] och denna prevalens ligger på samma nivå bland den övriga befolkningen. En nyare studie visade att 1,8% av migranter hade blivit diagnostiserade med ångest [39] men att mellan 19-20,3% rapporterades ha symtom på ångest [39, 41].

Vidare, vad beträffar sömnlöshet definieras det som en oförmåga att somna eller svårigheter att sova utan att vakna ofta, och det är även associerat med en oförmåga att fungera dagtid utan att känna sig trött eller ha andra symtom [42, 43] och det finns forskning som visar att sömnlöshet är kopplat till nedsatt hälsa [44]. Sömnlöshet visar sig ofta samtidigt som personen i fråga lider av depression och ångest vilket kan försvåra diagnos och behandling [45]. Sömnlöshet kan förvärra förmågan att arbeta och koncentrera sig under arbetet [46, 47]. Prevalens av sömnlöshet varierar mellan olika grupper i samhället och kan påverkas av traumatiska livshändelser eller stress i omgivningen [48, 49]. Dessa traumatiska händelser kan vara flykt

från krig, våld, förlust av familjemedlemmar eller tvångsflykt, och dessa faktorer har visat sig ha samband med störd sömn [50-53]. Studien av Basishvili [48] visade att cirka 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 led i större utsträckning, de som hade upplevt stress relaterat till krig och de flyktingar som led av mardrömmar efter flykt hade högre frekvens av sömnlöshet. Vidare visade det sig att sömnlöshet har samband med depressiva symptom, [48] vilket även har visat sig tidigare i forskning [54].

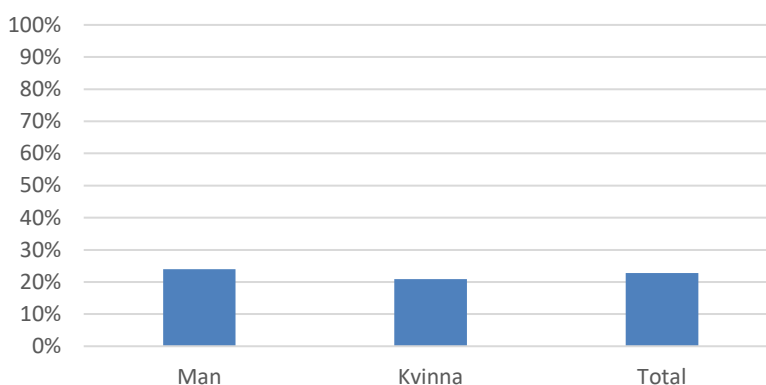
En annan studie av Al-Smadi [44] undersökte prevalens och faktorer bland flyktingar som hade samband med sömnlöshet. Studien resulterade i att högre ålder bland flyktingarna ökade oddsen för sömnlöshet, likväl som en lägre utbildningsnivå gjorde. Vidare såg man att arbetslöshet ökade oddsen likväl som en avsaknad av nödvändig medicin för personen i fråga [44].

8.2 Resultat

8.2.1 Risk för mental ohälsa

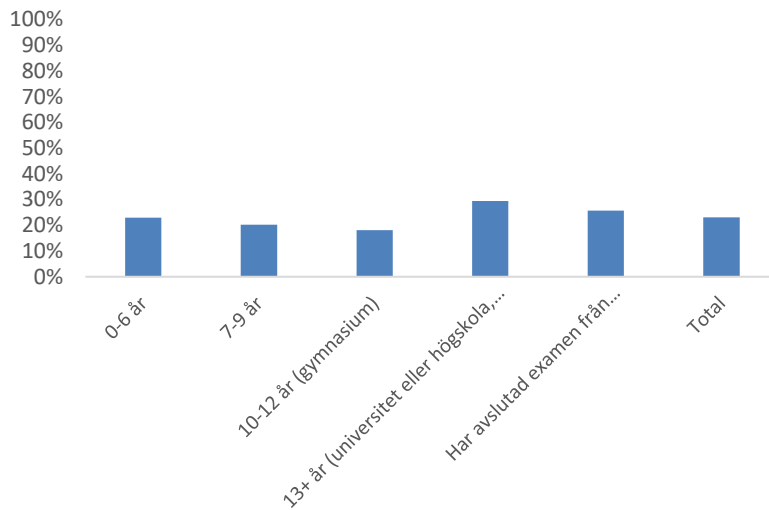
När det gäller risk för mental ohälsa resulterade undersökning i att totalt lider 22,8% av dålig psykisk hälsa varav 24% män och 20,9% kvinnor.

Figur 5. Risk för dålig psykisk hälsa uppdelat efter kön.



Vad gäller risken för psykisk ohälsa i relation till utbildningsnivå tydde resultaten på att denna risk var högre bland gruppen med högre utbildningsnivå.

Figur 5. Risk för dålig psykisk hälsa uppdelat efter utbildningsnivå.



8.2.2 Sömn och stress

På frågan om respondenterna tyckte att de fått tillräckligt med sömn för att känna sig utvilade svarade nästan hälften ja, som regel. Lite mindre än hälften svarade ja, men inte tillräckligt ofta. Var tionde person svarade nej, aldrig eller nästan aldrig. Sedan fick respondenterna svara på frågan om de kände sig stressade i sin vardag och var fjärde person svarade ja, ofta. Hälften av de tillfrågade svarade ja, ibland. Svartalernativet nej, nästan aldrig besvarades av var femte person.

8.2.3 Ensamhet, självmordsförsök och självmordstankar

Vad beträffade frågan om det händer att respondenterna besväras av ensamhet, svarade drygt var tionde person att de besväras varje dag. Svartalernativet flera gånger i veckan, besvarades av drygt 10% och lite färre än 10% besvarades någon gång i veckan. Någon eller några gånger i månaden besvarades 14% och drygt hälften besvarades mer sällan än en gång i månaden.

På frågan om respondenterna någon gång övervägt att ta sitt liv, kanske till och med planerat hur de skulle gjort, svarade drygt 90% nej, aldrig. Cirka 4% svarade ja, men för mer än ett år sedan och cirka 2 % svarade ja, under det senaste året. En procent svarade ja, under den senaste veckan.

Tabell 8. Händer det att Du besväras av ensamhet?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	360 (11,3%)	284 (14,5%)	76 (6,2%)
Flera gånger i veckan	381 (12%)	231 (11,8%)	150 (12,3%)
Någon gång i veckan	259 (8,2%)	153 (7,8%)	106 (8,7%)
Någon eller några gånger i månaden	445 (14%)	259 (13,2%)	186 (15,3%)
Mer sällan än en gång i månaden	1728 (54,5%)	1028 (52,6%)	700 (57,5%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 9. 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	2976 (93,1%)	1824 (92,3%)	1152 (94,4%)
Ja, för mer än ett år sedan	115 (3,6%)	82 (4,1%)	33 (2,7%)
Ja, under det senaste året	72 (2,3%)	51 (2,6%)	21 (1,7%)
Ja, under den senaste veckan	33 (1%)	19 (1%)	14 (1,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

8.3 Sammanfattning

- Nästan varannan av respondenterna tyckte att de fick tillräckligt med sömn för att känna sig utvilade.
- Var fjärde person kände sig stressade i sin vardag.
- Var tionde person besvärades av ensamhet varje dag.
- Drygt 4% hade för mer än ett år sedan övervägt eller planerat att ta sitt eget liv.
- En av hundra hade övervägt eller planerat att ta sitt liv nyligen (veckan innan deltagandet i undersökningen).

9 Tandhälsa

9.1 Bakgrund

Munhälsan påverkar signifikant en persons välmående i livet [55] och dålig munhälsa ligger bakom flertalet kroniska sjukdomar såsom diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och stroke [56, 57]. De vanligaste sjukdomarna i munnen är karies, tandköttssjukdomar, infektioner, cancer i munhålan, olycksfall samt ärftlighet för förändringar i munhålan [58]. Riskfaktorer för sjukdomar i munhålan är ålder, ohälsosam kost, tobak, alkohol, immunedsättningar, dålig munhygien, nedsatt social status och diabetes [59-61]. I alla länder kan en försämrad tandhälsa och sjukdomar i munhålan ses hos fattiga och bland de som har det sämre ställt i samhället [55]. Tidigare forskning visar att migrationsbakgrund är inte bara en oberoende faktor som påverkar dålig självupplevd hälsa [62] utan påverkar även och leder till dåligt tandstatus [63]. 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 hade i mindre utsträckning besökt en tandläkare under sista 12 månaderna och hade i mindre utsträckning en fast tandläkarkontakt. De nämnde att faktorer såsom kostnad och språkbarriärer hindrade dem från att etablera fast tandläkarkontakt [64].

9.2 Resultat

9.2.1 Vårdkonsumtion

På frågan om när respondenterna senast besökte tandläkare/tandhygienist svarade drygt hälften för mindre än ett år sedan. Svartalernativet för 1-2 år sedan, besvarades av var femte person och för 3-4 år sedan besvarades av var tionde person. Cirka 8% hade svarat för mer än 5 år sedan och drygt 7% hade aldrig varit hos tandläkare eller tandhygienist. Något högre andel kvinnor hade nyligen besökt tandläkare eller tandhygienist.

Tabell 10. När var Du senast hos tandläkare/tandhygienist?

	Totalt	Man	Kvinna
För mindre än 1 år sedan	1728 (54%)	1052 (53,2%)	676 (55,1%)
För 1-2 år sedan	692 (21,6%)	400 (20,2%)	292 (23,8%)
För 3-4 år sedan	289 (9%)	189 (9,6%)	100 (8,2%)
För mer än fem år sedan	256 (8%)	183 (9,3%)	73 (6%)
Har aldrig varit hos tandläkare/tandhygienist	237 (7,4%)	152 (7,7%)	85 (6,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

9.2.2 Otillfredsställda tandvårdsbehov

När det gäller frågan om respondenterna under de senaste 3 månaderna varit i behov av tandvård men inte sökt vård, svarade drygt hälften att de varit i behov av tandläkarvård men inte sökt det.

Tabell 11. Orsakerna till att inte söka tandvård vid behov.

	Totalt	Man	Kvinna
Besvären gick över	189 (12,1%)	122 (12,2%)	67 (11,9%)
Hade inte råd	1117 (71,4%)	724 (72,2%)	393 (69,9%)
Drar mig för att gå (tandläkarskräck)	86 (5,5%)	33 (3,3%)	53 (9,4%)
Hade inte tid	284 (18,1%)	181 (18,1%)	103 (18,3%)
Annat	80 (5,1%)	60 (6%)	20 (3,6%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Den mest förekommande orsaken till att respondenterna inte sökt tandvård vid behov var att de inte hade råd och den näst mest förekommande orsaken var att de inte hade tid. Därefter angavs orsaken att besvären gick över.

9.3 Sammanfattning

- Varannan person hade under det senaste året besökt tandläkare/tandhygienist.
- Cirka 7% hade aldrig besökt tandläkare/tandhygienist.
- Mer än varannan svarade att de varit i behov av tandläkarvård men inte sökt det under de senaste tre månaderna.
- Den mest förekommande orsaken till att respondenterna inte sökt tandvård vid behov var att de inte hade råd.

10 Levnadsvanor

10.1 Bakgrund

Forskning visar att flyktingar som flyr till USA är friskare än ursprungsbefolkningen i landet [65], men ju längre flyktingarna bor i USA, desto högre risk får de för fetma [66, 67], höga lipidnivåer [68], högt blodtryck [69], diabetes [70] och hjärt- och kärlsjukdomar [71]. Bland flyktingar som flyttar till höginkomstländer är fysisk aktivitet och näringsintag ofta mindre hälsosamt jämfört med resterande befolkningens vanor [72, 73]. Flyktingar som flyttar till USA, speciellt kvinnor har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med resterande befolkning [74] och flyktingar av kvinnligt kön har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med sina manliga landsmän [75]. Detta är i linje med resultaten från en tidigare MILSA-undersökning som visar att nyanlända är fysiskt inaktiva i hög grad och särskilt kvinnor [9]. Högre bördor för kvinnor i form av hushållsarbete, barnomsorg och arbete, har visat sig påverka deras förmåga att vara fysiskt aktiva [76] men även oerfarenhet i träning och en avsaknad av socialt stöd har visat sig vara barriärer för dessa kvinnor från att komma igång med träning [75]. Vidare har socioekonomiska faktorer såsom låg kunskap om hälsa, låg utbildningsnivå och fattigdom visat sig vara barriärer för fysisk aktivitet gällande migrerande kvinnor [77]. Däremot har det visat sig viktigt för dessa kvinnor att ha en god fysiskt aktiv förebild från den egna kulturen, för att själva bli mer aktiva [78]. En annan studie från USA visade att flyktingar efter ankomst till sitt värdland försöker övervinna olika barriärer för att vara fysiskt aktiva i värdlandet [79]. Många flyktingar berättade i studien att de var mer utomhus i sitt hemland och att detta ledde till mer fysisk aktivitet. De uttryckte även här barriärer till utförande av fysisk aktivitet efter ankomst till värdlandet och dessa barriärer var avsaknad av tid, kallt väder, svårigheter att ta sig till träningsanläggningar och avsaknad av motivation och intresse [79].

10.2 Resultat

10.2.1 Fysisk aktivitet

På frågan om hur mycket tid respondenterna ägnar en vanlig vecka åt fysisk aktivitet som gör att man blir andfådd, till exempel löpning, motionsgymnastik och bollsport, svarade ungefär 30% att de inte ägnade någon tid alls. Svarsalternativet mindre än 30 minuter

besvarades av ungefär 30% och ungefär 20% ägnade 30-59 minuter per vecka åt fysisk aktivitet. Cirka 6% svarade 60-89 minuter och knappt 4% ägnade 90-120 minuter i veckan. Mer än 120 minuter i veckan ägnade var tionde person åt fysisk aktivitet, framförallt bland män. Högre andel kvinnor uppgav att de inte ägnade tid eller att de ägnade mindre än 30 minuter tid åt fysisk aktivitet, jämfört med män.

Tabell 12. 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	951 (29,8%)	523 (26,5%)	428 (35,0%)
Mindre än 30 minuter	976 (30,6%)	528 (26,8%)	448 (36,7%)
30-59 minuter (0,5–1 timme)	622 (19,5%)	403 (20,4%)	219 (17,9%)
60-89 minuter (1–1,5 timmar)	199 (6,2%)	146 (7,4%)	53 (4,3%)
90-120 minuter (1,5–2 timmar)	119 (3,7%)	93 (4,7%)	26 (2,1%)
Mer än 120 minuter (mer än 2 timmar)	327 (10,2%)	279 (14,1%)	48 (3,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

På frågan om hur mycket tid som ägnas åt vardagsaktiviteter per vecka såsom promenader, cykling, trädgårdsarbete, svarade ungefär 15% att de inte ägnar någon tid alls åt detta. Drygt 25% ägnade mindre än 30 minuter och samma andel ägnade 30-59 minuter per vecka. Svartalernativet 60-89 minuter besvarades av var tionde person och 8% svarade 90-149 minuter per vecka. Knappt 6% svarade 150-300 minuter fysisk aktivitet per vecka och drygt 7% svarade mer än 300 minuter per vecka.

Tabell 13. 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	488 (15,2%)	276 (13,9%)	212 (17,3%)
Mindre än 30 minuter	873 (27,2%)	479 (24,2%)	394 (32,2%)
30-59 minuter (0,5–1 timme)	850 (26,5%)	496 (25,1%)	354 (28,9%)
60-89 minuter (1–1,5 timmar)	328 (10,2%)	226 (11,4%)	102 (8,3%)
90-149 minuter (1,5–2,5 timmar)	254 (7,9%)	183 (9,2%)	71 (5,8%)
150 -300 minuter (2,5-5 timmar)	175 (5,5%)	133 (6,7%)	42 (3,4%)
Mer än 300 minuter (mer än 5 timmar)	236 (7,4%)	186 (9,4%)	50 (4,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

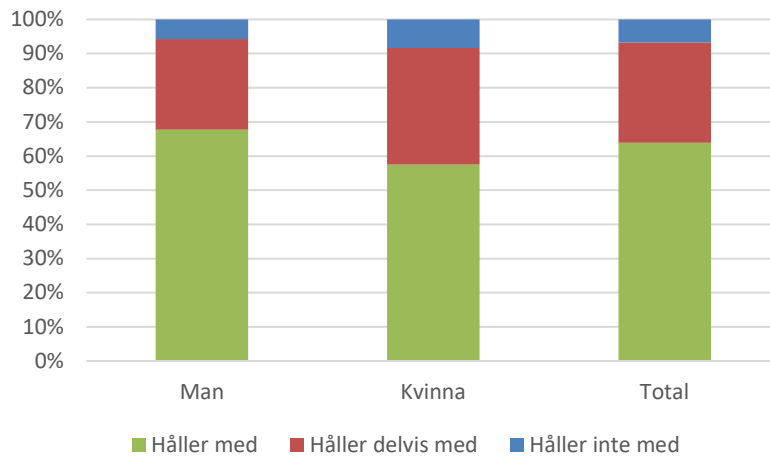
Utifrån påståendet att träning är en viktig del av mitt liv, svarade drygt sex av tio personer att de höll med. Var tredje person höll delvis med och var fjortonde person höll inte med.

Tabell 14. Inställning till träning oberoende av kön.

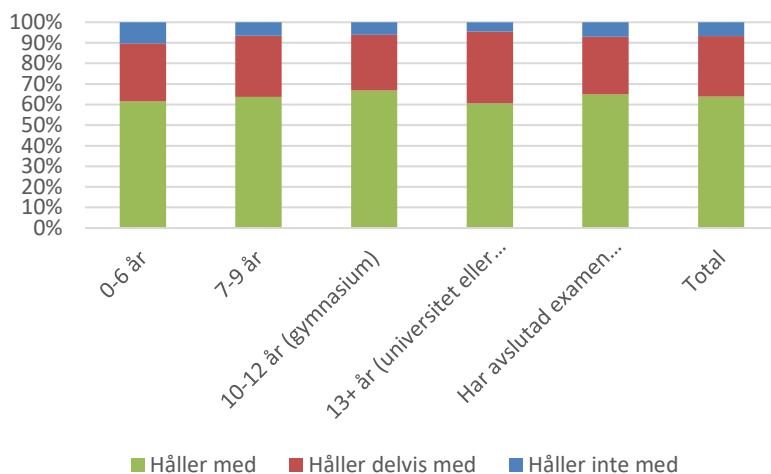
	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Träning är en viktig del av mitt liv	195 (6,7%)	850 (29,3%)	1856 (64%)
Jag vill öka min fysiska aktivitet	203 (7%)	746 (25,8%)	1943 (67,2%)
Jag har inte tid att träna så mycket som jag vill	559 (19,1%)	1052 (35,9%)	1322 (45,1%)
Jag känner mig otrygg att träna med andra	2176 (78,8%)	367 (13,3%)	217 (7,9%)
Jag och mina vänner umgås ofta genom fysisk aktivitet (t.ex. spela fotboll, promenader, dans)	1096 (39,6%)	949 (34,3%)	721 (26,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Figur 6. Träning är en viktig del av mitt liv uppdelat efter kön.



Figur 7. Träning är en viktig del av mitt liv uppdelat efter utbildning.



När det gäller inställning till träning oberoende av kön, ansåg drygt 60% att träning var en viktig del av livet och ungefär 30% höll delvis med. Det var nästan 70% som ville öka sin fysiska aktivitet och ungefär 25% höll delvis med. Drygt var fjärde person ansåg sig inte ha tid att träna så mycket som man ville och drygt var tredje person höll delvis med. Var fjärde person umgicks med vänner genom fysisk aktivitet och drygt var tredje person gjorde detta delvis.

10.2.2 Kost

På frågan om hur ofta respondenterna äter frukost en vanlig vecka, svarade nästan 70% att de äter frukost varje dag. Nästan 10% svarade att de äter frukost 4-6 dagar i veckan och drygt 10% äter frukost 1-3 dagar i veckan. Svartalernativet sällan/aldrig besvarades av drygt 10%.

Vidare ställdes frågan om hur ofta respondenterna äter lunch en vanlig vecka och nästan 90% svarade att de äter lunch varje dag. Knappt 6% svarade att de äter lunch 4-6 dagar i veckan. Drygt 2% svarade att de sällan/aldrig äter lunch en vanlig vecka.

På frågan om hur ofta respondenterna åt kvällsmat en vanlig vecka svarade nästan 50% att de åt kvällsmat varje dag. Knappt 8% åt kvällsmat 4-6 dagar varje vecka och cirka 18% åt kvällsmat 1-3 dagar i veckan. Var fjärde person åt sällan eller aldrig kvällsmat en vanlig vecka.

Tabell 15. Hur ofta äter Du frukost under en vanlig vecka?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	2155 (68%)	1277 (65,3%)	878 (72,3%)
4-6 dagar	263 (8,3%)	163 (8,3%)	100 (8,2%)
1-3 dagar	390 (12,3%)	266 (13,6%)	124 (10,2%)
Sällan/aldrig	363 (11,4%)	251 (12,8%)	112 (9,2%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

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

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	2812 (89%)	1691 (86,5%)	1121 (93%)
4-6 dagar	173 (5,5%)	132 (6,8%)	41 (3,4%)
1-3 dagar	102 (3,2%)	79 (4%)	23 (1,9%)
Sällan/aldrig	74 (2,3%)	53 (2,7%)	21 (1,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 17. Hur ofta äter Du mat på kvällen under en vanlig vecka?

	Totalt	Man	Kvinna
Varje dag	1521 (48,9%)	1032 (53,7%)	489 (41,2%)
4-6 dagar	236 (7,6%)	169 (8,8%)	67 (5,6%)
1-3 dagar	547 (17,6%)	338 (17,6%)	209 (17,6%)
Sällan/aldrig	805 (25,9%)	383 (19,9%)	422 (35,6%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

På frågan om hur ofta respondenterna åt olika matvaror, svarade cirka 8% att de åt grönsaker flera gånger per dag och var femte person åt detta en gång per dag och drygt hälften åt det nästan varje dag. Frukost och bär äts varje dag av var fjärde person och nästan varje dag av drygt 40%. Kött äts av drygt 40% minst en gång i veckan och nästan 30% åt detta nästan varje dag. Fisk äts av drygt 40% minst en gång i veckan och cirka 40% åt det några gånger i månaden. Det var drygt 30% som åt pizza, hamburgare, pommes frites, kebab eller annan snabbmat minst en gång i veckan och nästan 5% åt detta nästan varje dag. Godis, kakor eller snacks äts av cirka 15% nästan varje dag och knappt 7% åt det minst en gång per dag.

Tabell 18. Hur ofta brukar du äta något av följande?

	Aldrig eller några ggr/år	Några ggr/mån	Minst en gång/ vecka	Nästan varje dag	En gång/dag	Flera ggr/dag
Äta grönsaker	16 (0,5%)	143 (4,5%)	499 (15,7%)	1696 (53,4%)	564 (17,7%)	261 (8,2%)
Äta frukt och bär	48 (1,5%)	252 (8%)	640 (20,3%)	1368 (43,5%)	551 (17,5%)	289 (9,2%)
Äta kött (t.ex. rött kött, fågel)	75 (2,4%)	436 (13,9%)	1407 (44,8%)	926 (29,5%)	247 (7,9%)	47 (1,5%)
Äta fisk (t.ex. lax, skaldjur)	400 (12,9%)	1243 (40,1%)	1295 (41,8%)	83 (2,7%)	44 (1,4%)	34 (1,1%)
Äta pizza, hamburgare, pommes frites, kebab eller annan snabbmat	429 (13,7%)	1499 (47,7%)	983 (31,3%)	149 (4,7%)	58 (1,8%)	22 (0,7%)
Äta godis, kakor eller snacks (t.ex. chips eller choklad)	210 (6,7%)	1069 (33,9%)	1195 (37,9%)	464 (14,7%)	153 (4,9%)	59 (1,9%)
Dricka drycker som innehåller socker (t.ex. energidryck, läsk, saft, juice)	652 (20,6%)	1010 (31,9%)	819 (25,9%)	471 (14,9%)	140 (4,4%)	71 (2,2%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

10.2.3 Rökning, alkohol och narkotika

10.2.3.1 Rökning

På frågan om respondenterna röker svarade drygt en fjärdedel att de röker dagligen och ungefär var tjugonde person att de rökte men inte alla dagar. Drygt 65% rökte inte alls. När det gäller E-cigarett (elektronisk cigarett som omvandlar nikotinhaltig vätska till vattenånga) svarade ett fåtal att de rökte varje dag. Vattenpipa rökte nästan 4% dagligen och drygt 15% rökte men inte alla dagar. En av hundra personer använde snus dagligen och ungefär samma andel använde det men inte alla dagar. För dem som tidigare rökt men slutat hade drygt 20% slutat på egen hand utan nikotinersättningsmedel. Det var drygt 2% som slutat röka med hjälp av nikotinersättningsmedel. Av de som tidigare rökt men slutat, hade ett fåtal slutat med professionell hjälp. Bland de som slutat röka, hade närmare 2% gjort detta genom att börja snusa istället.

Tabell 19. Tobaksvanor oberoende av kön.

	Ja, dagligen	Ja, men inte alla dagar	Nej
Cigaretter	849 (27,1%)	195 (6,2%)	2090 (66,7%)
E-cigaretter	42 (1,4%)	72 (2,5%)	2810 (96,1%)
Vattenpipa	117 (3,9%)	486 (16,3%)	2370 (79,7%)
Snus	28 (1%)	34 (1,2%)	2878 (97,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

I hemmet utsattes 15% av respondenterna dagligen av tobaksrökning från andra personer. Drygt 10% utsattes för tobaksrökning någon eller några dagar i veckan och någon eller några gånger i månaden utsattes knappt 10% i hemmet. Knappt två tredjedelar uppgav att de mer sällan eller aldrig utsattes för detta i sitt hem. På frågan om hur ofta respondenterna vistades i lokaler inomhus såsom hos vänner eller i bilen där andra personer rökte eller nyss hade rökt svarade var åttonde person att de gjorde detta varje dag. Var sjätte person gjorde detta någon eller några dagar i veckan och drygt 25% gjorde detta någon eller några gånger i månaden. Knappt hälften vistades i sådana utrymmen mer sällan eller aldrig.

Tabell 20. Tobaksvanor bland män.

	Ja, dagligen	Ja, men inte alla dagar	Nej
Cigaretter	699 (36,3%)	146 (7,6%)	1082 (56,1%)
E-cigaretter	32 (1,8%)	58 (3,2%)	1699 (95%)
Vattenpipa	96 (5,3%)	332 (18,3%)	1389 (76,4%)
Snus	26 (1,4%)	31 (1,7%)	1742 (96,8%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Tabell 21. Tobaksvanor bland kvinnor.

	Ja, dagligen	Ja, men inte alla dagar	Nej
Cigaretter	150 (12,4%)	49 (4,1%)	1008 (83,5%)
E-cigaretter	10 (0,9%)	14 (1,2%)	1111 (97,9%)
Vattenpipa	21 (1,8%)	154 (13,3%)	981 (84,9%)
Snus	2 (0,2%)	3 (0,3%)	1136 (99,6%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

10.2.3.2 Alkohol

På frågan om hur ofta respondenterna druckit alkohol de senaste 12 månaderna svarade mindre än 1% att de gjorde detta 4 gånger per vecka eller mer. Närmare 2% drack alkohol 2-3 gånger i veckan och drygt 5% drack alkohol 2-4 gånger per månad. Svartalernativet 1 gång per månad eller mer sällan besvarades av cirka 9% och drygt 80% drack aldrig alkohol. Därefter ställdes frågan om hur många glas respondenterna drack en typisk dag då de drack och närmare 70% svarade 1-2 glas per dag. Svartalernativet 3-4 glas besvarades av drygt en fjärdedel och 5-6 glas besvarades av cirka 5%. Strax över

1% drack 7-9 glas per dag och mindre än en halv procent drack 10 eller fler glas. Vidare ställdes en fråga om hur ofta de drack sex ”glas” eller fler vid samma tillfälle, där svarade en av två hundra att de gjorde detta dagligen eller nästan varje dag. Cirka 5% gjorde detta varje vecka och lite färre gjorde det varje månad. Svartalternativen mer sällan än en gång i månaden besvarades av drygt 30% och närmare 60% drack aldrig denna mängd vid samma tillfälle.

Tabell 22. Hur ofta har Du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna?

	Totalt	Man	Kvinna
4 gånger/vecka eller mer	24 (0,8%)	22 (1,1%)	2 (0,2%)
2-3 gånger/vecka	55 (1,7%)	43 (2,2%)	12 (1%)
2-4 gånger/månad	169 (5,3%)	146 (7,4%)	23 (1,9%)
1 gång/månad eller mer sällan	274 (8,6%)	216 (11%)	58 (4,8%)
Aldrig	2658 (83,6%)	1539 (78,3%)	1119 (92,2%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

10.2.3.3 Narkotika

På frågan om respondenterna under de senaste 12 månaderna använt narkotika (hasch, marijuana, spice, amfetamin, ecstasy, LSD, kokain, heroin, GHB, khat eller liknande), svarade nästan alla att de aldrig gjort det. Ungefär en av hundra hade gjort det 1 gång och en av två hundra hade gjort detta mellan 2 och 10 gånger.

10.3 Slutsatser

- Var tredje person ägnade inte någon tid alls åt fysisk aktivitet, såsom exempelvis löpning, motionsgymnastik och bollsport.
- Var fjärde respondent ägnade 30-59 min per vecka åt vardagsmotion.
- Drygt 60% ansåg att träning var en viktig del av livet.
- Var fjärde person åt frukt och bär varje dag.
- Var tredje man rökte dagligen.
- Var sjätte person vistades dagligen i lokaler där andra personer rökte eller nyss rökt.
- Mindre än 1% drack alkohol mer än fyra gånger per vecka.
- 98% av respondenterna hade aldrig använt narkotika.

11 Sociala relationer

11.1 Bakgrund

Socialt stöd har visat sig ha en viktig roll för hälsa och välbefinnande för flyktingar oavsett kultur, ålder och värdland [80]. En studie från Australien visar att afrikanska flyktingar upplevde att det informella sociala nätverket efter flykten skyddade dem mot mental stress [81] samt att de flyktingar som hade familj och vänner nära sig, mådde bättre socialt och emotionellt [81]. En annan studie från Kanada visade att flyktingar som hade nära kontakt med andra från samma ursprungsland efter flykten, var mer skyddade mot stress vilket minskade risken för att de senare skulle migrera igen till annat land [82]. Vidare såg en annan studie att de flyktingar som upprätthöll kontakten med familj och vänner från ursprungslandet mådde bättre under sin etablering i värdlandet [83]. 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 [80]. Då många av sociala aktiviteter och möten utgick ifrån kyrkan, var detta en viktig plats för integrationen i samhället [80]. Faktorer som ansågs hindra dem från att delta i samhället var att de levde långt från sina nära och kära samt isolering från resterande befolkning i värdlandet. 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. Dessa kvinnor hade också en positiv syn och tilltro till framtiden för både sig själva och för sina familjer [80]. Tidigare forskning visar också att flyktingar möter olika slags utmaningar under sin etablering i det nya samhället och en sådan utmaning kan vara att man upplever sig vara socialt exkluderad [84]. En annan studie visar att både för barn och vuxna flyktingar är språksvårigheter en barriär i det nya landet, för att på ett effektivt sätt kunna undvika social isolering [85]. Detta påverkade även föräldrarollen och gav hela familjen en stressig situation [85]. 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. I samma studie framträdde religionen och grannskapet som viktiga resurser i det sociala sammanhanget i det nya landet och att dessa resurser bör vara aktiva delar i olika slags integrationsarbete i landet [85].

11.2 Resultat

11.2.1 Socialt stöd

På frågan om respondenterna känner att de har någon eller några personer som kan ge dem ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem, svarade fyra av tio personer att de helt säkert hade ett sådant stöd. Närmare 20% svarade ja, troligen. Svartalernativet inte helt säkert, besvarades av cirka 15% och en dryg fjärdedel svarade att de inte hade något sådant stöd.

Tabell 23. Känner Du att Du har någon eller några personer som kan ge Dig ett ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem?

	Totalt	Man	Kvinna
Ja, helt säkert	1219 (38,2%)	674 (34,2%)	545 (44,8%)
Ja, troligen	621 (19,5%)	381 (19,3%)	240 (19,7%)
Inte helt säkert	485 (15,2%)	326 (16,5%)	159 (13,1%)
Nej	862 (27%)	590 (29,9%)	272 (22,4%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Vidare ställdes frågan om respondenterna kunde få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem och drygt 50% svarade ja, utan tvekan. Drygt 30% svarade ja, troligen och knappt 4% svarade nej, troligen. Svartalernativet nej, inte alls, besvarades av drygt 10%.

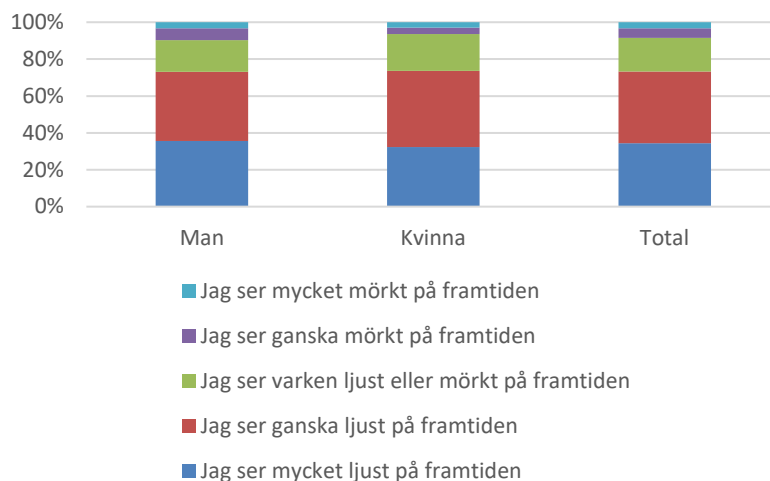
Tabell 24. Kan Du få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem (låna småsaker, hjälp till reparation, hjälp att skriva en skrivelse, få råd eller information)?

	Totalt	Man	Kvinna
Ja, utan tvekan	1733 (54,3%)	1013 (51,3%)	720 (59,1%)
Ja, troligen	986 (30,9%)	625 (31,7%)	361 (29,6%)
Nej, troligen inte	118 (3,7%)	84 (4,3%)	34 (2,8%)
Nej, inte alls	354 (11,1%)	251 (12,7%)	103 (8,5%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

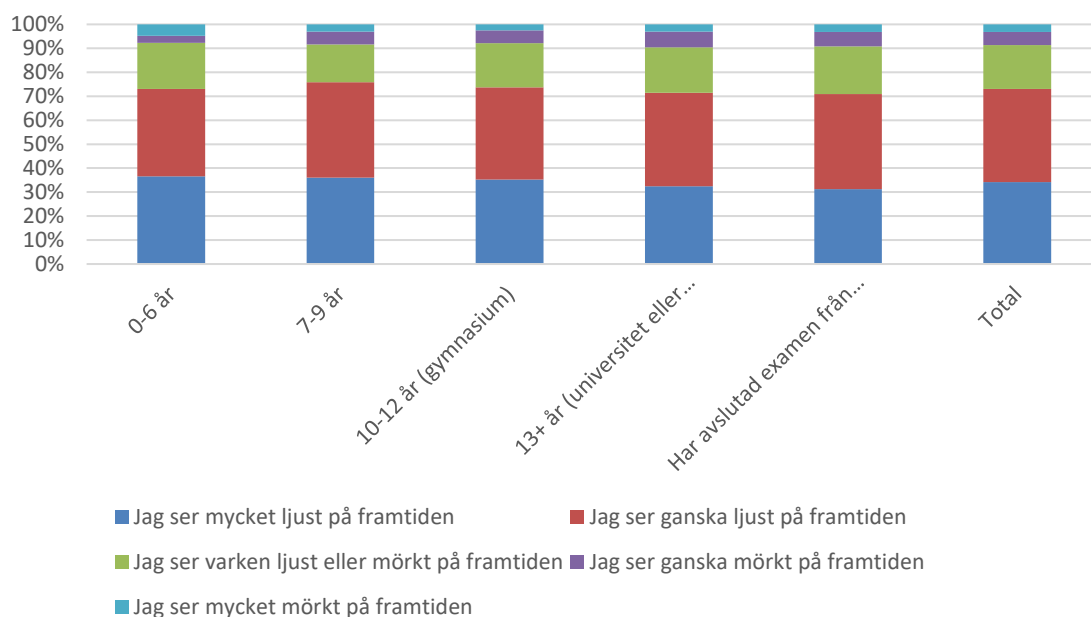
11.2.2 Framtidsutsikt

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



Frågan om hur respondenterna såg på framtiden för sin personliga del ställdes och drygt 30% svarade att de såg mycket ljust på framtiden och närmare 40% såg ganska ljust på framtiden. Var femte person såg varken ljust eller mörkt på framtiden och cirka 5% såg ganska mörkt på framtiden. Cirka 3% såg mycket mörkt på framtiden. Inga större skillnader observerades i relation till utbildningsnivå.

Figur 9. Hur ser Du på framtiden för Din personliga del? Efter utbildningsnivå.



11.2.3 Föreningslivet

På frågan om respondenterna under de senaste 12 månaderna deltagit i olika föreningsaktiviteter svarade närmare hälften att de deltagit i studiecirkel/kurs på sin arbetsplats eller fritid. Det var närmare 40% som deltagit i offentlig tillställning såsom danstillställning, marknadsbesök eller liknande. Drygt 30% hade varit inbjudna på privat fest och ungefär 60% hade följt sociala nätverkssajter på internet.

På frågan om respondenterna deltagit i föreningsaktivitet under de senaste 12 månaderna, svarade närmare 15% ja. När det gäller fackföreningsmöte eller annat möte hade var tionde person deltagit senaste året.

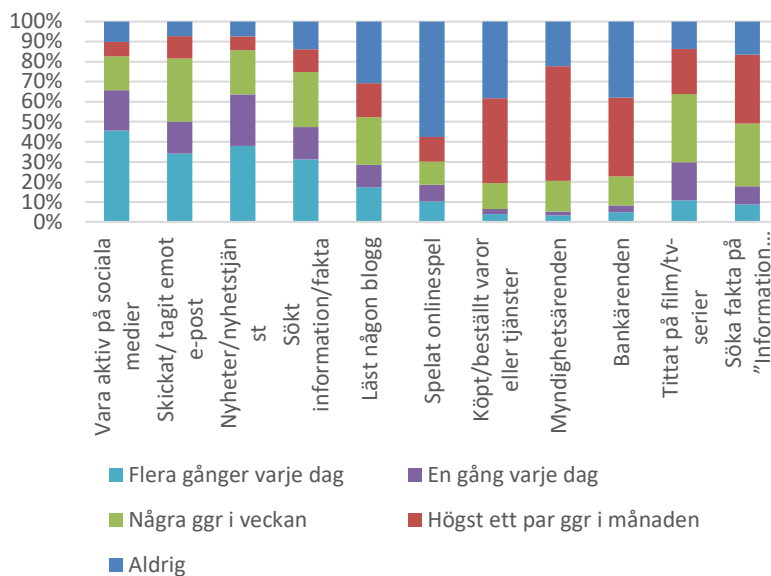
Tabell 25. Deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna.

	Totalt	Man	Kvinna
Studiecirkel/kurs på Din arbetsplats eller fritid	1501 (47%)	917 (46,5%)	584 (47,6%)
Fackföreningsmöte eller annat föreningsmöte	326 (10,2%)	211 (10,7%)	115 (9,4%)
Teater/bio	391 (12,2%)	274 (13,9%)	117 (9,6%)
Konstutställning/museum	321 (10%)	211 (10,7%)	110 (9%)
Religiös sammankomst	429 (13,4%)	307 (15,6%)	122 (10%)
Sporttillställning	551 (17,2%)	465 (23,6%)	86 (7%)
Skrivit i blogg eller insändare i tidning/tidskrift	155 (4,8%)	108 (5,5%)	47 (3,8%)
Demonstration av något slag	87 (2,7%)	67 (3,4%)	20 (1,6%)
Offentlig tillställning, t.ex. danstillställning, marknadsbesök eller liknande	1212 (37,9%)	781 (39,6%)	431 (35,2%)
Större släktsammankomst	1116 (34,9%)	615 (31,2%)	501 (40,9%)
Privat fest	1031 (32,2%)	592 (30,0%)	439 (35,8%)
Följt sociala nätverkssajter på internet	1920 (60,1%)	1215 (61,6%)	705 (57,5%)
Skrivit inlägg, deltagit i diskussioner eller spelat med andra på internet	761 (23,8%)	495 (25,1%)	266 (21,7%)
Inget av ovanstående	413 (12,9%)	238 (12,1%)	175 (14,3%)

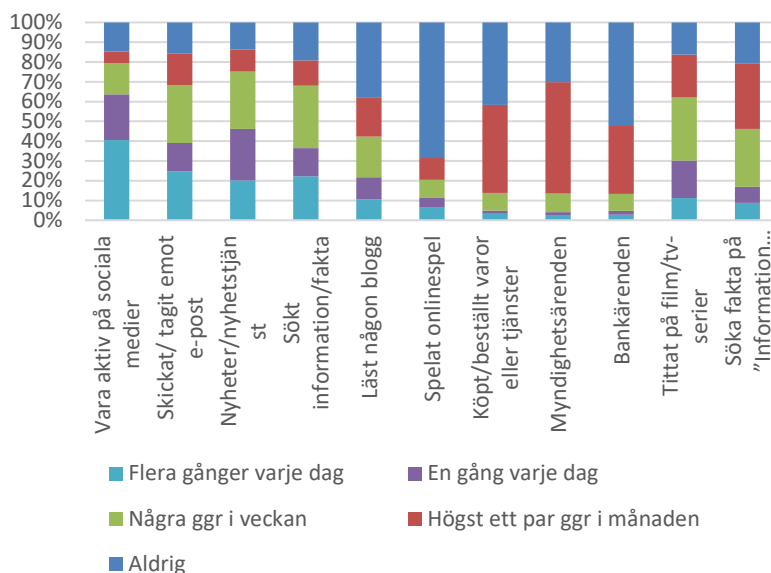
Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

11.2.4 Internetanvändning

Figur 10. Hur ofta brukar Du använda internet för att -
Män.



Figur 11. Hur ofta brukar Du använda internet för att -
Kvinnor.



På frågan som gäller internetanvändning besvarade 45,7% män och 40,5% kvinnor att de använde internet flera gånger varje dag. Alternativet varje dag besvarades av 20,1% män och 23,1% kvinnor. Svartalernativet flera gångare per dag gällande e-post kommunikation besvarades av 34% män och 24,7% kvinnor. När det gällde att använda internet för att söka information och fakta minst en

gång per dag eller flera gånger per dag utfördes detta av 47,3% män och 36,4 %. När det gällde att söka fakta på Information Sverige utfördes detta minst en gång per dag eller flera gånger per dag av 17,8% män och 16,9% kvinnor.

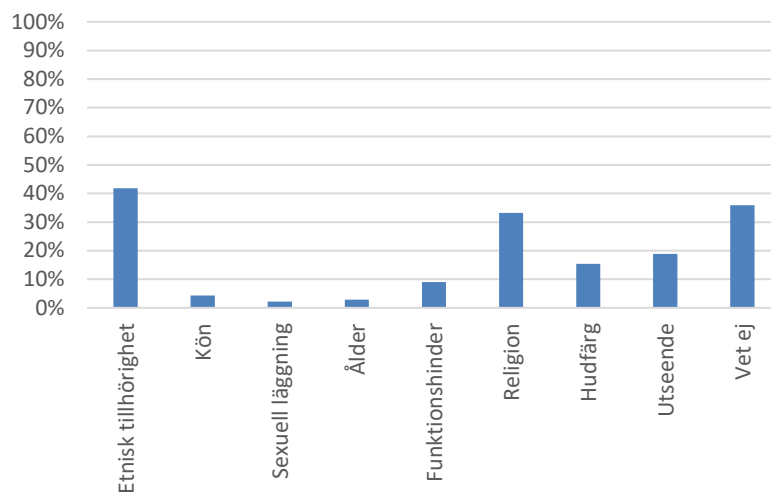
11.2.5 Tillit

När det gäller påståendet att ”man kan lita på de flesta människor”, svarade 2% att de höll med fullständigt. Drygt en fjärdedel svarade att de höll med. Det var lite mer än 40% som inte höll med och drygt 30% höll inte alls med. Påståendet att ”människor är för det mesta hjälpsamma” hölls med av drygt 60% och drygt 25% höll inte med. Det var knappt 10% som inte alls höll med.

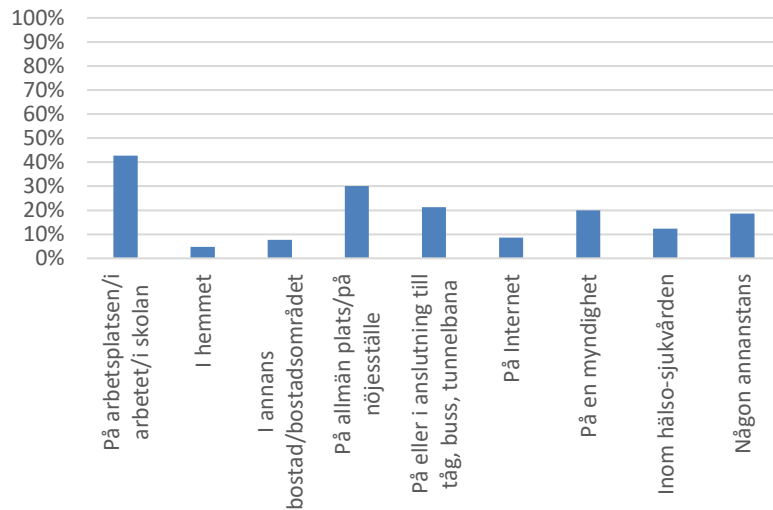
11.2.6 Kränkande behandling

På frågan om respondenterna under de senaste 12 månaderna blivit behandlade/bemötta på ett sätt som kränkt dem, svarade drygt 10% att de blivit utsatta för detta flera gånger. Det var lite mer än 20% som svarade att de blivit utsatta för detta någon gång och närmare 70% hade aldrig blivit utsatta för det.

Figur 12. Den kränkande behandlingen/bemötandet hade samband med något av följande



Figur 13. Var inträffade den kränkande behandlingen/
bemötandet?



11.3 Sammanfattning

- Var fjärde person kände att de inte hade någon eller några personer som kunde ge dem ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem.
- Var tionde respondent kunde inte få hjälp av någon eller några personer vid sjukdom eller praktiska problem.
- Var tredje person svarade att de såg ljusst på framtiden.
- Varannan respondent hade under de senaste 12 månaderna deltagit i olika föreningsaktiviteter.
- Var tionde person hade deltagit i fackföreningsmöte/föreningsmöte under de senaste 12 månaderna.
- Ungefär 70% höll inte med om att man kan lita på de flesta människor.
- Minst 30% av respondenterna hade under de senaste 12 månaderna blivit behandlade/bemötta på ett sätt som kränkt dem.

12 Hot och våld

12.1 Bakgrund

Under flykten lever flyktingar med en ökad känslighet för utsatthet för våld på grund av splittring av familjer och avsaknad av stödjande strukturer runtomkring [86, 87]. Många flyktingar lämnar också länder bakom sig där utsattheten för tortyr, våld och sexuella övergrepp är hög [88], samt har också befunnit sig på flyktväg vilket i sig ökar risken för våld och övergrepp [89]. Flyktingarna kan efter ankomst till värdlandet befinna sig i besvärliga boendesituationer som också ökar risken för utsatthet [90, 91]. En systematisk litteraturöversikt undersökte utsattheten för våld bland flyktingar och såg att runt 30% hade varit utsatta för tortyr. Utsattheten för våld sågs vara sammankopplad med längre asylprocesser samt högre nivåer av depression [92].

Flickor och kvinnor på flykt löper större risk för utsatthet för sexuellt våld inklusive tvång till sexuella handlingar, sexuella övergrepp från partner, sexuella övergrepp av barn och människohandel [93]. Forskning visar att det huvudsakligen är militärer och beväpnad personal i armén som i krigszoner utför sexuella övergrepp på kvinnor och flickor som är på flykt [94]. Andra förövare kan vara familjemedlemmar, biståndsarbetare och arbetare i icke-statliga organisationer, dessa kan vara personer som kvinnor och flickor har stort förtroende för men som utnyttjar deras sårbarhet [95]. Som ett resultat av detta kan dessa flickor och kvinnor lida av långvariga fysiska besvär [96], reproduktiva besvär [97] och mental ohälsa [96]. En studie av Vu med flera [98] visar att 20% av alla kvinnor som varit på flykt har utsatts för sexuella övergrepp, men troligtvis är siffran högre eftersom alla inte vågar rapportera händelserna. Eftersom sexuella övergrepp har stor påverkan på den utsattes hälsa är det av stor vikt att utveckla strategier för att kunna identifiera dem som utsatts för detta [98]

12.2 Resultat

På frågan om de någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatta för hot eller hotelser om våld som var så allvarliga att de blivit rädda, svarade cirka 6% att de blivit utsatta. När det gäller frågan om de någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld, svarade cirka 7% att de blivit utsatta för

detta. Vidare ställdes frågan om våldet ledde till sådan fysisk eller psykisk skada att de behövt söka läkarvård och drygt 25% svarade ja.

12.3 Slutsatser

- Drygt 6% hade någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatta för hot eller hotelser om våld som var så allvarliga att de blivit rädda.
- Drygt 7% hade någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld.

13 Förtroende för samhällsinstitutioner

13.1 Bakgrund

Tidigare forskning visar att flyktingar överlag kan ha utmaningar med tillit till människor runtomkring likväl som till olika institutioner [99]. Det kan finnas olika anledningar till varför flyktingar har svårt att förtrösta på andra [99] människor och institutioner och en anledning kan vara händelser i barndomen [100]. Det kan också bero på olika slags trauman utifrån flykten, exempelvis olika hotfulla händelser samt att under längre perioder leva med rädsla för att exempelvis bli dödad eller bortrövad [101]. På grund av olika traumatiska händelser kan det sedan vara svårt för flyktingar att förutse hur andra runtomkring ska bete sig [102]. Vidare kan det utifrån konfliktfyllda situationer under flykten vara svårt att lita på människor [103]. Istället kan flyktingar känna fruktan och rädsla för att den information de ger till "främlingar" används som bevis mot dem istället och på grund av detta kan en strategi hos flyktingar vara att inte känna tillit till eller bygga relationer baserade på tillit [104]. I en intervjustudie med yngre asylsökande framkom just erfarenheter av att olika traumatiska händelser under flykten lett till svårigheter att känna förtröstan till sina medmänniskor och händelserna var ofta grunden till anledningen till att personen i fråga behövde söka asyl [99]. För en del var dessa traumatiska händelser genomförda av familjemedlemmar och nära vänner [99].

13.2 Resultat

13.2.1 Vårdinstitutioner

När det gäller förtroende för olika vårdinstitutioner framkom det att bland respondenterna hade drygt 30% inte särskilt stort förtroende för vårdcentralen, drygt 30% hade ganska stort och drygt 15% hade mycket stort förtroende. Det var knappt 10% som inte hade något förtroende alls. Högst förtroende fanns för barnavården, där drygt 40% hade mycket stort förtroende och knappt 30% ganska stort förtroende och nästan 10% inte särskilt stort förtroende. Därefter fanns mödravården, med drygt 30% som hade mycket stort förtroende och knappt 30% ganska stort förtroende och knappt 10% inte särskilt stort förtroende.

Tabell 26. Vilket förtroende har Du för följande vårdinstitutioner...

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inte alls	Har ingen åsikt
Vårdcentralen	499 (15,7%)	1072 (33,8%)	1137 (35,9%)	300 (9,5%)	163 (5,1%)
Tandvården	538 (17,2%)	1101 (35,1%)	805 (25,7%)	236 (7,5%)	454 (14,5%)
Akuten	746 (24,1%)	918 (29,6%)	715 (23,1%)	247 (8%)	472 (15,2%)
Barnavården	1288 (41,5%)	920 (29,6%)	307 (9,9%)	64 (2,1%)	527 (17%)
Mödravården	1099 (35,8%)	934 (30,4%)	260 (8,5%)	50 (1,6%)	729 (23,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

13.2.2 Samhällsinstitutioner

När det gäller förtroende för olika samhällsinstitutioner, framkom det att högst förtroende fanns för skolan där drygt 30% hade mycket stort förtroende och närmare 40% ganska stort förtroende. Därefter kom polisen med drygt 30% som hade mycket stort förtroende och knappt 30% ganska stort förtroende. Det framkom att socialtjänsten hade mycket stort förtroende bland en fjärdedel och ganska stort förtroende bland en tredjedel. När det gäller tolkar var det endast var tionde som hade mycket stort förtroende medan en tredjedel hade ganska stort förtroende.

Tabell 27. Vilket förtroende har Du för följande samhällsinstitutioner...

	Mycket stort	Ganska stort	Inte särskilt stort	Inte alls	Har ingen åsikt
Skolan	993 (31,8%)	1172 (37,5%)	587 (18,8%)	113 (3,6%)	258 (8,3%)
Polisen	958 (30,7%)	885 (28,3%)	512 (16,4%)	205 (6,6%)	565 (18,1%)
Socialtjänsten	844 (27,1%)	1170 (37,6%)	594 (19,1%)	156 (5%)	350 (11,2%)
Arbetsförmedlingen	572 (18,2%)	954 (30,3%)	911 (29%)	504 (16%)	203 (6,5%)
Försäkringskassan	829 (26,8%)	1197 (38,7%)	541 (17,5%)	116 (3,7%)	412 (13,3%)
Domstolar	755 (24,3%)	596 (19,2%)	218 (7%)	78 (2,5%)	1460 (47%)
Riksdagen	610 (19,7%)	621 (20,1%)	261 (8,4%)	83 (2,7%)	1517 (49,1%)
Politiker i Din region	326 (10,5%)	479 (15,4%)	377 (12,1%)	172 (5,5%)	1750 (56,4%)
Politiker i kommunen	339 (11,1%)	479 (15,7%)	390 (12,8%)	193 (6,3%)	1656 (54,2%)
Massmedia, TV, tidningar	510 (16,4%)	887 (28,5%)	582 (18,7%)	165 (5,3%)	970 (31,1%)
Tolkar	367 (11,7%)	944 (30%)	1083 (34,4%)	303 (9,6%)	451 (14,3%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

13.3 Sammanfattning

- Knappt en tredjedel hade inte särskilt stort förtroende för vårdcentralen.
- Drygt 40% hade mycket stort förtroende för barnhälsovården.
- När det gällde förtroende för olika samhällsinstitutioner framkom det att högst förtroende fanns för skolan.

14 Arbete, sysselsättning och ekonomi

14.1 Bakgrund

Flyktingar migrerar ofta i sökande efter en förbättring i livskvalitet [105]. 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 [106]. 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 [107, 108]. 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 [109] och McKay och Molineux anser att arbetslivet har stor påverkan på individens identitetsutveckling [110].

Forskning visar 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 man bär på inte erkänns eller uppskattas och inte tas tillvara på bästa sätt [107]. I de fall när nyanlända flyktingar fått ett arbete, har det upplevts vara arbeten som inte svarat mot individens erfarenheter eller kvalifikationer. Vidare har man också sett att även om nyanlända flyktingar ofta kommunicerar och umgås med vänner från ursprungsländerna och kulturer, var speciellt kvinnor ivriga att genom deras arbete hitta vänner även utanför dessa umgängeskretsar [107]. Trots detta visar forskning att kvinnor möter hinder på vägen i att finna arbete efter flykten [111] och en israelisk studie visade att nyanlända kvinnor hade högre arbetslöshetsfrekvens jämfört med inhemska israeliska kvinnor [112]. 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 [113]. 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 runt sig. 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 [113]. En annan kanadensisk studie såg att den anställning och den inkomst man hade erhållit i hemlandet

innan flykten påverkade i sig förmågan att senare i Kanada kunna uppleva ekonomisk framgång i landet [114].

14.2 Resultat

14.2.1 Etableringsprocess

På frågan om respondenterna haft en etableringsplan, svarade drygt åtta av tio personer ja på denna fråga.

Tabell 28. Ta ställning till följande påståenden om Din etableringsplan?

	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Relevanta aktiviteter	474 (19,5%)	1338 (55,1%)	617 (25,4%)
Låg kvalitet på aktiviteterna	648 (27%)	1113 (46,3%)	642 (26,7%)
Aktiviteterna krockade	707 (29,7%)	1092 (45,8%)	585 (24,5%)
Aktiviteterna tar inte hänsyn till min personliga situation	643 (26,9%)	992 (41,6%)	751 (31,5%)
Annat	387 (31,1%)	510 (41%)	347 (27,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Det ställdes olika påståenden om etableringsprocessen och en fjärdedel höll med om att det var relevanta aktiviteter och drygt hälften höll delvis med. Det var en fjärdedel som höll med om att det var låg kvalitet på aktiviteterna och nästan hälften höll delvis med. En tredjedel ansåg att aktiviteterna inte tog hänsyn till de olika personliga situationerna och drygt 40% höll delvis med.

När det gäller frågan om hur respondenterna under etableringen fått information om föreningslivet och studiecirklar, var det närmare 75% som fått denna information. På frågan om de fått samhälls- och hälsokommunikation under etableringen svarade drygt 80% att de fått denna.

14.2.2 Sysselsättning

Det ställdes en fråga om vilken nuvarande sysselsättning som respondenterna hade och närmare 30% svarade att de yrkesarbetade. Det var närmare 5% som var tjänstlediga. Det var nästan hälften som studerade eller praktiserade och knappt 15% fick arbetsmarknadsåtgärder. Drygt 20% var arbetslösa och ett fåtal var ålderspensionär/avtalspensionär eller hade sjuk- och aktivitetsersättning. Cirka 3% var långtidssjukskrivna mer än tre

månader och 12% skötte eget hushåll. Det var närmare 5% som angav annan sysselsättning än ovan nämnda.

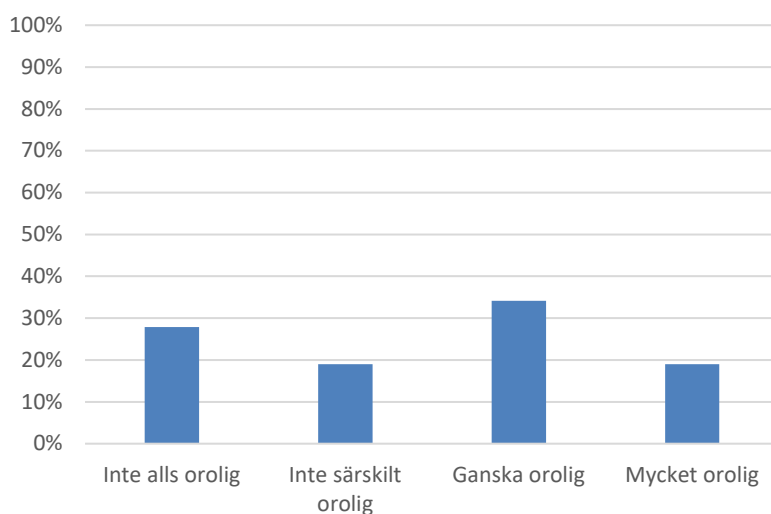
Tabell 29. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

	Totalt	Man	Kvinna
Yrkesarbetar	882 (29,9%)	703 (39,3%)	179 (15,4%)
Tjänstledig eller föräldraledig	131 (4,4%)	29 (1,6%)	102 (8,8%)
Studerar, praktiserar	1330 (45,1%)	716 (40%)	614 (53%)
Arbetsmarknadsåtgärd	424 (14,4%)	251 (14%)	173 (14,9%)
Arbetslös	615 (20,9%)	424 (23,7%)	191 (16,5%)
Ålderspensionär/Avtalspensionär	33 (1,1%)	17 (0,9%)	16 (1,4%)
Har sjuk- eller aktivitetsersättning	39 (1,3%)	26 (1,5%)	13 (1,1%)
Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)	92 (3,1%)	55 (3,1%)	37 (3,2%)
Sköter eget hushåll	356 (12,1%)	149 (8,3%)	207 (17,9%)
Annat	135 (4,6%)	92 (5,1%)	43 (3,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

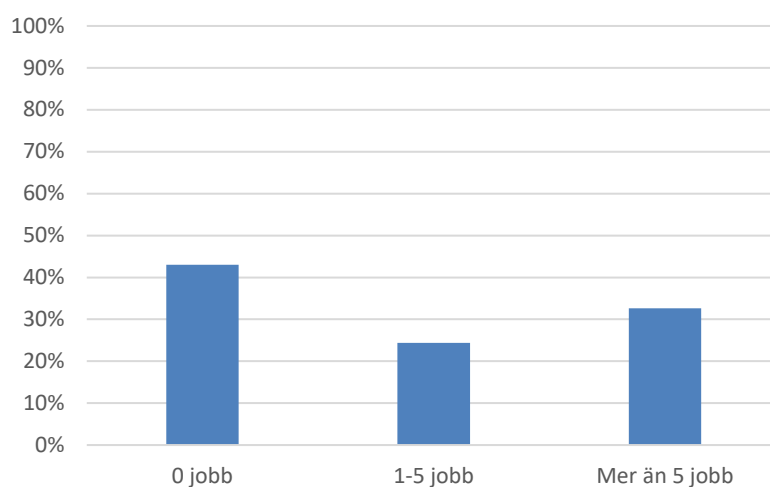
När det gäller frågan hur många gånger respondenterna gått till arbetet trots att de borde ha sjukskrivit sig svarade 33,3% män och 38,6% kvinnor att detta hade hänt några gånger. Omkring 8% bland männen och kvinnorna svarade att det hänt många gånger.

Figur 14. Är Du orolig för att förlora Ditt arbete inom de närmaste 12 månaderna?

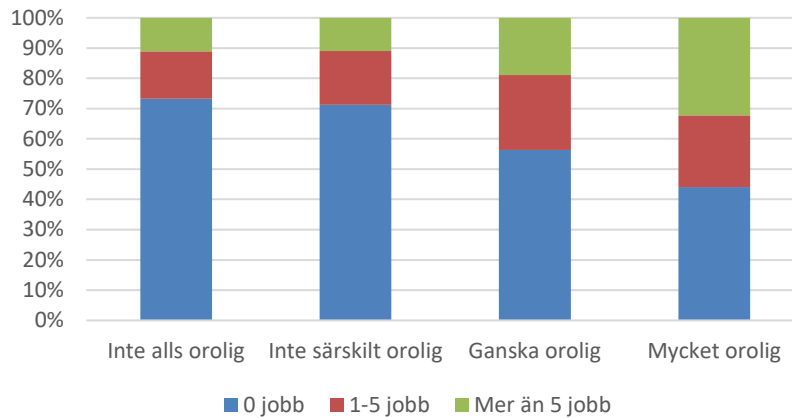


När det gäller frågan om vilken nuvarande anställningsform som respondenterna hade, svarade 7% att de var egna företagare. Var tredje person var tillsvidareanställd och knappt 7% var visstidsanställda. Cirka 5% var visstidsanställda och 13% var timanställda. Det var ett fåtal som var anställda på personaluthyrningsföretag eller bemanningsföretag och provanställda var lite färre än 10%.

Figur 15. Ungefär hur många jobb har Du sökt de senaste 30 dagarna?



Figur 16. Ungefär hur många jobb har Du sökt de senaste 30 dagarna? - Uppdelat på grad av oro för att förlora sitt arbete inom närmaste året



Vidare ställdes frågan hur många jobb de sökt under den senaste månaden, 40,3 % svarade att de inte sökt något jobb alls. Något fler än 30% sökte mer än 5 jobb. När det gäller antal sökta jobb i relation till oro för att förlora sitt arbete visade resultaten att ju mer orolig individen var desto fler jobb sökte han eller hon.

Tabell 30. Hur väl tycker Du att följande påståenden stämmer på Dig i relation till arbetsmarknaden? Oberoende av kön.

	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Jag saknar ett socialt nätverk/ jag känner inte många andra	630 (21,3%)	1167 (39,4%)	1167 (39,4%)
Jag har inga kontakter med arbetsgivare	684 (23,3%)	939 (32%)	1311 (44,7%)
Jag har bristande kunskaper i svenska	902 (30,1%)	1253 (41,9%)	837 (28%)
Min bostadssituation påverkar mig negativt	1669 (57,4%)	619 (21,3%)	621 (21,3%)
Min familjesituation/familjeåterförening påverkar mig	1984 (70%)	405 (14,3%)	447 (15,8%)
Jag har svårt att få min kompetens validerad	1381 (48,7%)	897 (31,7%)	556 (19,6%)
Min hälsa är ett hinder	2202 (75,6%)	375 (12,9%)	337 (11,6%)
Jag saknar kunskap och information om vilka möjligheter som finns	1200 (42,1%)	1084 (38,1%)	564 (19,8%)
Jag känner mig diskriminerad	1923 (66,8%)	719 (25%)	238 (8,3%)
Brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen	1295 (44,7%)	901 (31,1%)	698 (24,1%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

Det ställdes olika påståenden om respondenternas relation till arbetsmarknaden och det var nästan 40% som höll med om att de saknade ett socialt nätverk. Lika stor andel höll delvis med. Det var drygt 40% som höll med om att de inte hade någon kontakt med arbetsgivare och det var nästan 70% som höll med eller delvis med om att de ansåg sig ha bristande kunskaper i svenska. Det var drygt 42% som höll med eller delvis med om att deras bostadssituation påverkade dem negativt och drygt 15% som höll med om att deras familjesituation påverkade dem negativt. När det gäller att få kompetensen validerad höll ungefär 50% med eller höll delvis med om att detta var svårt och 11,6% höll med om deras hälsa var ett hinder. Var fjärde höll delvis med om att känna sig diskriminerad. Otillräcklig kunskap om vilka möjligheter som fanns ansågs av drygt 60%. Drygt hälften ansågs sig haft brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen.

Tabell 31. Bland män, hur väl tycker Du att följande påståenden stämmer på Dig i relation till arbetsmarknaden?

	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Jag saknar ett socialt nätverk/ jag känner inte många andra	397 (21,3%)	703 (37,7%)	767 (41,1%)
Jag har inga kontakter med arbetsgivare	441 (23,9%)	621 (33,6%)	787 (42,6%)
Jag har bristande kunskaper i svenska	587 (31,1%)	792 (42%)	506 (26,8%)
Min bostadssituation påverkar mig negativt	1005 (54,7%)	405 (22%)	428 (23,3%)
Min familjesituation/familjeåterförening påverkar mig	1196 (66,6%)	283 (15,8%)	317 (17,7%)
Jag har svårt att få min kompetens validerad	848 (47,5%)	557 (31,2%)	380 (21,3%)
Min hälsa är ett hinder	1413 (77,3%)	216 (11,8%)	200 (10,9%)
Jag saknar kunskap och information om vilka möjligheter som finns	779 (43,3%)	678 (37,7%)	343 (19,1%)
Jag känner mig diskriminerad	1187 (65,4%)	478 (26,3%)	151 (8,3%)
Brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen	815 (44,7%)	540 (29,6%)	468 (25,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

När det gäller skillnader mellan män och kvinnor visade det sig förekomma högre andelar av kvinnor som höll med eller delvis höll med om att de inte hade kontakter med arbetsgivare. Detta stämde också när det gällde hälsan som ett hinder för arbetsmarknaden. Högre andel män påverkades negativt av sin bostadssituation, sin familjesituation/familjeåterförening och som hade svårt för att få sin kompetens validerad.

Tabell 32. Bland kvinnor, hur väl tycker Du att följande påståenden stämmer på Dig i relation till arbetsmarknaden?

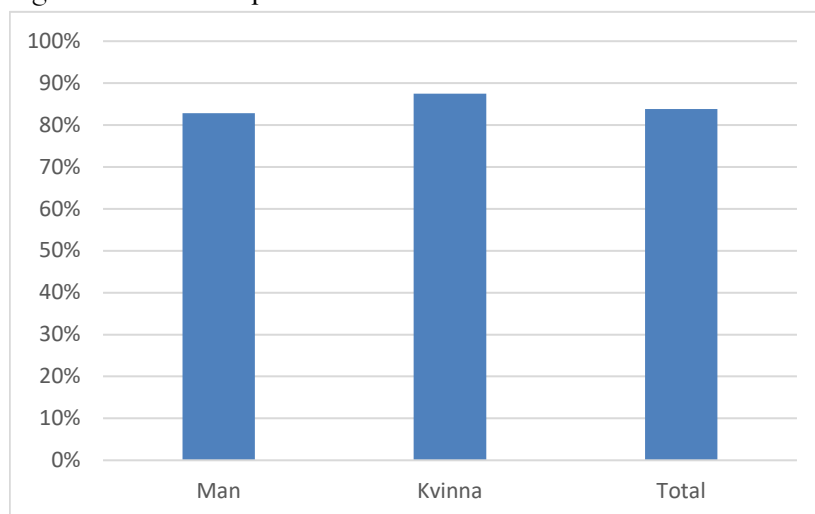
	Håller inte med	Håller delvis med	Håller med
Jag saknar ett socialt nätverk/ jag känner inte många andra	233 (21,2%)	464 (42,3%)	400 (36,5%)
Jag har inga kontakter med arbetsgivare	243 (22,4%)	318 (29,3%)	524 (48,3%)
Jag har bristande kunskaper i svenska	315 (28,5%)	461 (41,6%)	331 (29,9%)
Min bostadssituation påverkar mig negativt	664 (62%)	214 (20%)	193 (18%)
Min familjesituation/familjeåterförening påverkar mig	788 (75,8%)	122 (11,7%)	130 (12,5%)
Jag har svårt att få min kompetens validerad	533 (50,8%)	340 (32,4%)	176 (16,8%)
Min hälsa är ett hinder	789 (72,7%)	159 (14,7%)	137 (12,6%)
Jag saknar kunskap och information om vilka möjligheter som finns	421 (40,2%)	406 (38,7%)	221 (21,1%)
Jag känner mig diskriminerad	736 (69,2%)	241 (22,7%)	87 (8,2%)
Brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen	480 (44,8%)	361 (33,7%)	230 (21,5%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

14.2.3 Trivsel

På frågan om hur respondenterna trivdes på sitt arbete svarade drygt 80% att de trivdes på sitt arbete. Bland männen uppgavs det av 82,6% och bland kvinnorna 87,4%.

Figur 17. Trivs Du på Ditt arbete?



14.2.3.1 Pendling

Det ställdes en fråga om hur lång tid det tog att komma till arbetet, enkel resa, och för drygt 40% tog det mindre än 15 minuter. Drygt 30% svarade att det tog 15-29 minuter och ungefär 20% svarade att det tog 30-59 minuter. För 6% tog det 1-1,5 timmar och för en av hundra personer tog det 1,5-2 timmar. Majoriteten hade mindre än 60 minuter i pendlingsstöd till sina arbeten (92,1% män och 93% kvinnor).

14.2.3.2 Stress och oro

På frågan om respondenterna var oroliga för att förlora sitt arbete inom de närmsta 12 månaderna, svarade en fjärdedel att de inte alls var oroliga. Det var en femtedel som uppgav att de inte var särskilt oroliga och en tredjedel som var ganska oroliga. Mycket oroliga för att förlora sitt arbete var en femtedel.

14.2.3.3 Hälsotillstånd

Det ställdes en fråga om hur många gånger under de senaste 12 månaderna som det hänt att de gått till arbetet trots att de borde sjukskrivit sig med tanke på sitt hälsotillstånd och drygt 40% uppgav att de aldrig gjort detta. Knappt 14% hade gjort detta vid ett tillfälle och var tredje person uppgav att de gjort det ett par gånger. Svartalernativet många gånger, besvarades av lite färre än 10%.

14.2.3.4 Ekonomisk stress

När det gällde frågan om hur ofta det hänt att de under de senaste 12 månaderna haft svårigheter att klara av sina räkningar, svarade var femte person att de upplevt detta varje månad. Det var drygt 10% som upplevt det under hälften av årets månader och närmare 20%

som hade upplevt det någon enstaka gång. För drygt hälften hade detta aldrig hänt. Därefter ställdes en fråga om respondenterna ansåg att deras hushåll skulle klara av att betala en oväntad utgift på 11 000 kr utan att låna eller fråga någon om hjälp och drygt 80% ansåg att deras hushåll inte skulle klara en sådan oförutsedd utgift.

14.3 Slutsatser

- Ungefär 85% hade haft en etableringsplan.
- Var fjärde person tyckte att aktiviteterna var relevanta.
- Fler män än kvinnor hade ett arbete. Cirka 40% män och 15% kvinnor hade ett jobb.
- Varannan var orolig för att förlora sitt arbete.
- Majoriteten, oberoende av kön, trivdes på sitt arbete.
- När det gäller respondenternas relation till arbetsmarknaden, ansåg drygt 80% sig sakna ett socialt nätverk.
- När det gäller respondenternas relation till arbetsmarknaden, ansåg drygt 70% sig sakna kontakt med arbetsgivare.
- Nästan 70% ansåg sig sakna tillräcklig kunskap i svenska för att kunna komma in på arbetsmarknaden.
- Var sjätte person upplevde varje månad svårigheter att betala sina räkningar.

15 Hem och hushåll

15.1 Bakgrund

Möjligheterna att hitta ett stabilt boende efter flykten är av stor vikt och betydelse för en bra början på det nya livet efter flykten [115]. En positiv boendesituation under denna period kan underlätta för de nyanlända när det gäller integrering i samhället. Boenden som är dyra, trångbodda samt osäkra kan störa hela anpassningen till det nya samhället efter flykten. 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. På grund av de höga hyrorna levde många av familjerna trångt eftersom de inte hade råd med att betala hyror för en större lägenhet. Många av familjerna fick under första året flytta runt och 93% hade flyttat åtminstone en gång och 25% hade under första året flyttat minst tre gånger. 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 skapade en känsla av uppgivenhet [115].

En annan studie från England som undersökte hur bostadssituationen såg ut för asylsökande och flyktingar i landet såg liknande resultat som studien från Kanada [116]. 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 [116]. Hela bostadssituationen för dessa familjer beskrivs vara ostabila 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 [116].

Utifrån den tidigare genomförda studien inom MILSA där en kartläggning gällande hälsa bland nyanlända flyktingar i Skåne genomfördes under 2015-2016, utfördes en analys kring trångboddhet och dess koppling till psykisk ohälsa [8]. Studiens resultat visade att det fanns ett signifikant samband mellan mental ohälsa och trångboddhet bland nyanlända men när resultatet justerades för osäkerhet i boendesituationen, försvann signifikansen i sambandet.

15.2 Resultat

15.2.1 Boende under asyltiden

Det ställdes en fråga om hur respondenterna bodde som asylsökande/anhöriginvandrare och 70% uppgav att de hade eget boende. Det var drygt 40% som hade boende genom migrationsverket och drygt 5% bodde på HVB/stödboende. Var fjärde person hade bott på familjehem och var tionde person uppgav annat boende än ovan angivna. Vidare ställdes en fråga om respondenterna bodde i anläggningsboende (ABO) under asyltiden och hur länge de i så fall fick bo kvar där efter uppehållstillståndet, och närmare 75% uppgav att de bodde där i 0-6 månader efter uppehållstillståndet. Det var 25% som svarade 7-12 månader eller mer än 1 år.

Vidare ställdes frågan om hur respondenterna bosatte sig efter beviljat uppehållstillstånd och närmare 20% anvisades till en bostad i en bestämd kommun. Det var drygt 60% som ordnade sitt boende själva och ett fåtal som bodde på HVB-hem/stödboende. Närmare 20% bodde på familjehem.

Tabell 33. Vilken är anledningen eller anledningarna till att Du har flyttat efter beviljat uppehållstillstånd?

	Totalt	Man	Kvinna
Arbete	469 (17,8%)	401 (23,7%)	68 (7,3%)
Studier	324 (12,3%)	238 (14,1%)	86 (9,2%)
Familjeskäl	535 (20,3%)	302 (17,8%)	233 (24,9%)
Trångboddhet eller dålig kvalitet i boendet	1086 (41,3%)	689 (40,7%)	397 (42,4%)
Bristande kommunikationer	246 (9,4%)	164 (9,7%)	82 (8,8%)
Fick inte bo kvar	694 (26,4%)	453 (26,8%)	241 (25,7%)
Jag kände mig inte trygg	179 (6,8%)	122 (7,2%)	57 (6,1%)
Annat	188 (7,2%)	116 (6,9%)	72 (7,7%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

På frågan om vilken anledning eller anledningar till att respondenterna flyttade efter beviljat uppehållstillstånd, angav var femte person att anledningen var arbete. Det var drygt 10% som uppgav att anledningen var studier och 20% uppgav att det var på grund av familjeskäl. Trångboddhet eller dålig kvalitet på boendet förekom bland drygt 40% och bristande kommunikation förekom

bland nästan 10%. Det var drygt 25% som flyttade på grund av att de inte fick bo kvar och 7% flyttade eftersom de inte kände sig trygga.

15.2.2 Trivsel, säkerhet och trångboddhet

På frågan om vilken typ av bostad som respondenterna bodde i, svarade drygt 5% villa eller radhus. Det var ett fåtal som bodde i bostadsrätt/andel och drygt 70% bodde i hyresrätt. Hyresrätt i andra hand bodde närmare 10% i och hyresrätt utan kontrakt bodde en mindre andel i.

När det gäller om respondenterna hade någon av sin närmaste familj eller vänner boende i Sverige, svarade närmare 80% att de hade det.

Sedan ställdes en fråga om det var något som försvårade för dem att träffas så ofta som de önskade och nästan 20% svarade ja, avståndet är för långt. Närmare 20% ansåg att de inte hade råd att betala resekostnaden och drygt 10% ansåg att det tog för lång tid att resa till varandra.

15.3 Slutsatser

- Det var 70% som hade eget boende under asylperioden.
- Det var 20% som nämnde att anledningen till flytt efter beviljat uppehållstillstånd var arbete.
- Det var cirka 70% som bodde i hyresrätt.
- Det var närmare 80% som hade antingen familj eller vänner boende i Sverige.
- Det var 20% som upplevde att avståndet till familj och släkt i Sverige hindrade dem från att träffas.

16 Sexuell hälsa

16.1 Bakgrund

Kvinnor som flytt har en högre risk för en låg kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa [117, 118]. Kvinnans tid i landet efter flykt, utbildningsnivå samt språkkunskaper påverkar hennes användning av preventivmedel, hur många barn hon får samt hennes sexuella och reproduktiva hälsa [117, 119, 120]. Migration i sig är inte en riskfaktor för HIV/AIDS men de situationer och beteende som migranter möter i och genom migrationsprocessen kan öka utsattheten och risken för detta [121]. Även efter flykten till det nya landet har flyktingar en ökad risk för att drabbas av HIV/AIDS jämfört med befolkningen i övrigt. Faktorer som påverkar denna risk är kulturella och språkliga hinder, stigmatisering, diskriminering och liten undervisning om HIV. Fattigdom och avsaknad av resurser kan också i sig öka risken för att bli inblandad i sexuellt högriskbeteende [121]. Tidigare forskning visar också att högriskbeteende bland flyktingar var mer vanligt bland flyktingar som bestod mestadels av ensamstående män [122]. Studien av Tompkins visar också att det fanns felaktig kunskap kring HIV/AIDS bland flyktingar [121]. 55% trodde att HIV kunde överföras via mygg samt att det gick att skydda sig själv från HIV genom att endast ha sex med personer som såg friska ut [121]. 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 [121]. 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 [123]. Denna inställning har visat sig öka risken för hälsoproblem, speciellt HIV, och tydliggör behovet av hälsopromotion bland denna population [124]. Motståndet mot att förändra traditionella värderingar och lågt förtroende för auktoriteter samt motstånd mot öppen kommunikation om sex, har visat sig försvåra denna process [125, 126].

16.2 Resultat

16.2.1 Sexuella trakasserier

På frågan om hur respondenterna betraktar sig svarade ungefär 90% att de betraktade sig som heterosexuella och ungefär 2% betraktade sig som bisexuella. Det var en mindre andel som var homosexuella och drygt 5% angav att de betraktade sig som annat än ovan angivet.

Vidare frågades det om respondenterna under de senaste 12 månaderna blivit utsatta för sexuella trakasserier och 1% uppgav att de blivit utsatta för detta en gång. Det var mindre än en procent som blivit utsatta för det flera gånger. Därefter ställdes frågan om var detta inträffat och nästan 70% av de fallen inträffade i Sverige. Det var närmare 20% av fallen som inträffade utomlands och nästan 15% av fallen inträffade både i Sverige och utomlands. Det ställdes också en fråga om respondenterna blivit indragna i sexuella handlingar utan att själva vilja det och drygt en procent hade blivit utsatta för detta vid ett tillfälle, och närmare två procent svarade att de blivit utsatta för det flera gånger. Vidare frågades det om på vilken plats detta hade hänt och drygt 50% av fallen hände i Sverige. Det var drygt 30% av fallen som hände utomlands och nästan 20% både i Sverige och utomlands.

16.2.2 Sexuellt överförbara sjukdomar

Det ställdes en fråga om respondenterna under de senaste 12 månaderna testat sig för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom (STD) och 4% svarade att de hade testat sig.

Tabell 34. Bland de som under de senaste 12 månaderna testat sig för någon sexuellt överförbar sjukdom (STD) har testen utförts för följande sjukdomar.

	Totalt	Man	Kvinna
Hiv	65 (34%)	49 (37,7%)	16 (26,2%)
Klamydia	47 (24,7%)	36 (27,7%)	11 (18,3%)
Syfilis	24 (12,6%)	19 (14,6%)	5 (8,3%)
Gonorré	36 (18,8%)	29 (22,3%)	7 (11,5%)
Annan	119 (62,3%)	77 (59,2%)	42 (68,9%)

Resultaten presenteras som frekvenser och procent.

16.3 Slutsatser

- Drygt 90% betraktade sig som heterosexuella.
- Drygt 1% hade under senaste 12 månaderna blivit utsatta för sexuella trakasserier.
- Närmare 70% av sexuella trakasserier hade skett i Sverige.
- Det var drygt 3% som blivit indragna i sexuella handlingar mot sin vilja.
- Det var 4% som under de senaste 12 månaderna testat sig för HIV eller någon annan sexuellt överförbar sjukdom (STD).

17 Diskussion

17.1 Sammanfattning

Majoriteten av respondenterna hade fått beviljat uppehållstillstånd inom en ettårsperiod. Många hade lärt sig att tala svenska eller att göra sig förstådda på svenska och störst framsteg hade män gjort. Majoriteten ansåg att deras självupplevda hälsotillstånd var mycket bra eller bra och många ansåg att den egna insatsen var mycket betydelsefull för att bevara en god hälsa. Otillfredsställda vårdbehov samt otillfredsställda tandläkarvårdbehov förekom för en väsentlig del. Vardagsstress förekom hos en del samt en känsla av ensamhet, dock i mindre omfattning. Rökning och fysisk inaktivitet var två livsstilsfaktorer som behöver särskild uppmärksamhet. Tilliten till andra människor var låg liksom förtroendet för olika samhällsinstitutioner. Många har under det senaste året kommit i kontakt med föreningslivet, dock ansåg en betydande del att de saknade personligt stöd för att klara livets utmaningar. Majoriteten hade haft en etableringsplan och aktiviteterna ansågs vara relevanta, dock ansåg majoriteten att kvaliteten på aktiviteterna varit låg. En del hade börjat yrkesarbete men skillnad rådde mellan könen. En betydande del var dessutom oroliga för att förlora sina arbeten. Svårigheter som särskilt uppmärksammades i relation till arbetsmarknaden var avsaknad av sociala nätverk, språkkunskaper och brist på anpassat stöd från Arbetsförmedlingen samt bristande information och kunskap om vilka möjligheter som fanns i relation till arbetsmarknaden.

17.2 Resultatdiskussion

Det framkom i resultatet att drygt en tredjedel som varit i behov av läkarvård inte sökt vård och samtidigt framkom det att cirka en tredjedel inte hade något bra förtroende för vårdcentralen. När det gäller orsaker till varför inte respondenterna sökt vård vid behov av läkarvård, var den vanligaste anledningen för långa väntetider och därefter att de inte tyckte att de kunde få någon hjälp. Tidigare forskning visar att nyanlända har ett större behov av hälso- och sjukvård jämfört med resterande del av befolkningen men att de möter olika slags barriärer när de ska söka vård [33] vilka kan vara språksvårigheter, samt kulturella och ekonomiska aspekter [33, 34]. Det är av stor vikt att förstå hur nyanlända migranter upplever hälso- och sjukvården i värdlandet efter flykt, eftersom tillgång på hälso-

och sjukvård är en viktig hälsoindikator för migranter [32]. Det är även viktigt med en god kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal och migranterna för att undvika att språkbarriärer försvårar kontakten. Det finns också ett utökat behov av information, både muntlig och skriftlig, om sjukvårdssystemet i det land där migranterna befinner sig samt att ge support och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen, då en del migranter i olika situationer upplevt diskriminering på grund av språksvårigheter eller på grund av ursprung [36]. Genom att arbeta för att överbygga barriärer för nyanlända att söka hälso- och sjukvård, kan fler få hjälp och stöd och därigenom erhålla en bättre hälsa på sikt. En utmaning som särskilt behöver uppmärksammas är dock en lägre grad av hälsolitteracitet bland nyanlända [9]. Hälsolitteracitet innebär en individs förmåga att finna, förstå och använda hälsorelaterad information.

Vad beträffar tandhälsa, mer specifikt frågan om respondenterna under de senaste 3 månaderna varit i behov av tandvård men inte sökt vård, svarade nästan hälften att de varit i behov av tandläkarvård men att de inte sökt vård. Tidigare forskning visar att migrationsbakgrund inte bara är en oberoende faktor som påverkar dålig självupplevd hälsa [62] utan även en faktor som påverkar och leder till dåligt tandstatus [63]. Det framkom även i en tysk studie att migranterna i mindre utsträckning besökt en tandläkare under de senaste 12 månaderna och hade i mindre utsträckning en fast tandläkarkontakt jämfört med resten av befolkningen i Tyskland [64]. Med anledning av vad föreliggande studie visat och även vad tidigare forskning visat [62-64] är det av stor vikt att sätta in resurser för att hjälpa nyanlända att kunna få del av tandvården i Sverige. Den mest förekommande anledningen till att respondenterna i den föreliggande studien inte sökt tandvård var på grund av kostnaden. Därmed vore det fördelaktigt att undersöka möjligheter till subventionering av kostnaden för tandvård för denna grupp i samhället.

Var fjärde person i den föreliggande studien kände att de inte hade någon eller några personer som kunde ge dem ordentligt personligt stöd för att klara av livets stress och problem, och var tionde person led dagligen av ensamhet. Socialt stöd har visat sig ha en viktig roll för hälsa och välbefinnande för flyktingar oavsett kultur, ålder och värdland [80]. Andra studier visar att det informella sociala nätverket efter flykt kan skydda mot stress och att de flyktingar som har familj och vänner nära alternativt bor nära andra från samma ursprungsland, mår bättre socialt och emotionellt och har mindre risk för att migrera till annat land [81-83]. 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 [80]. Då många sociala aktiviteter och möten utgick ifrån kyrkan, var detta en viktig plats för integrationen i samhället [80]. Det är viktigt att anordna eller ta till vara på de mötesplatser som kan finnas i samhället för nyanlända såsom platser för religiösa sammankomster [80, 85]. Det är också av stor vikt att hjälpa nyanlända till en snabb språkinläring, då dåliga kunskaper i värdlandets språk kan skapa barriärer som hindrar nyanlända från sociala kontakter med andra i samhället [85]. Samhället och frivilliga organisationer borde fortsätta satsa på sociala aktiviteter och möjligheter till engagemang i till exempel föreningslivet men även att ta till sig goda exempel från andra länder, tex såsom träffpunkter för nyanlända [85]. Detta ger både chans till sociala kontakter samt till bättre språkinläring.

Vad gäller riskfyllda levnadsvanor bland dem som varit i landet ett tag visade den föreliggande studien att var tredje nyanländ man rökte dagligen, att de var fysiskt inaktiva samt att problematisk vikt var vanligt förekommande. Tidigare forskning visar att flyktingar som flyttar till USA är friskare än resten av befolkningen i landet [65], men ju längre flyktingarna bor i USA, ju högre risk löper de för fetma [66, 67], höga lipidnivåer [68], högt blodtryck [69], diabetes [70] och hjärt- och kärlsjukdomar [71]. Liknande trend observerades nyligen i Sverige där sjukdomarna diabetes och högt blodtryck samt fetma och övervikt förekommer mer bland dem som varit i landet längre än fem år jämfört med nyanlända [11]. Med anledning av detta är det viktigt att motverka rökning, fysisk inaktivitet och övervikt bland denna grupp i samhället, då vi genom tidigare forskning vet att rökning ökar risken för olika slags sjukdomar såsom olika slags hjärt- och kärlsjukdomar [127, 128] och om rökningen kan minskas, kan risken för olika sjukdomar minimeras. Hälso- och sjukvården i Sverige bör satsa resurser på att arbeta förebyggande i denna samhällsgrupp med hjälp av information och stöd när det gäller rökavvänjning.

Den föreliggande studiens resultat visade att ungefär var tredje person ägnade sig inte alls någon tid åt fysisk aktivitet vilket är i linje med tidigare forskning där det har setts att bland flyktingar som flyttar till höginkomstländer är fysisk aktivitet ofta mindre förekommande jämfört med resterande befolkningens vanor, [72] och speciellt kvinnor har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med resterande befolkning [74]. Därutöver, flyktingar av kvinnligt kön har visat sig vara mindre fysiskt aktiva jämfört med sina manliga

landsmän [75]. Högre bördor för kvinnor i form av hushållsarbete, barnomsorg och arbete, har visat sig påverka deras förmåga att vara fysiskt aktiva [76] men även oerfarenhet i träning och en avsaknad av socialt stöd har visat sig vara barriärer för att komma igång med träning [75]. Vidare har socioekonomiska faktorer såsom låg kunskap om hälsa, låg utbildningsnivå och fattigdom visat sig vara barriärer för fysisk aktivitet gällande migrerade kvinnor [77]. Däremot har det visat sig viktigt för dessa kvinnor att ha en god fysiskt aktiv förebild från den egna kulturen för att bli mer aktiva [78]. Det är därmed av stor vikt att samhället hjälper och stöder framför allt kvinnor att finna träningstillfällen och möjligheter i samhället som kan ge dem möjlighet att bli mer fysiskt aktiva och därigenom kunna motverka ohälsa i form av hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt, diabetes typ 2 och olika slags cancer-former [129, 130] som kommer som ett resultat av fysisk inaktivitet.

Vidare visar studien att 70% inte kände tillit till människor i sin omgivning vilket är i linje med att flyktingar överlag kan ha utmaningar med att kunna lita på människor [99]. Det kan finnas olika anledningar till varför flyktingar har svårt att förtrösta på andra människor och en anledning kan vara händelser i barndomen [99, 100]. Det kan också bero på olika slags trauman utifrån flykten såsom olika hotfulla händelser likväl som att under längre perioder leva med rädsla för att exempelvis bli dödad eller bortrövad [101]. På grund av olika traumatiska händelser kan det sedan vara svårt för flyktingar att förutse hur andra ska bete sig [102]. Vidare kan det utifrån konfliktfyllda situationer under flykten vara svårt att lita på människor [103]. Det är således viktigt att resultatet i den föreliggande studien tas på allvar när det gäller tillit då det också tidigare visats, [99] samt att sätta in stöd och samtalshjälp för denna grupp, så att de kan överbrygga hinder som lett till att tilliten till andra människor är låg. Detta för att förebygga ohälsa i olika relationer som låg tillit annars skulle kunna leda till på sikt.

Föreliggande studiens resultat visar även att 30% yrkesarbetade, men när det gäller respondenternas relation till arbetsmarknaden ansåg 40% sig sakna ett socialt nätverk och nästan 30% ansåg sig sakna kunskap i svenska för att kunna komma in på arbetsmarknaden. Forskning visar 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 man bär på inte uppskattas och tas tillvara på bästa sätt [107]. I de fall när nyanlända flyktingar fått tag på arbete, har det upplevts vara arbeten som inte

varit anpassade till individens erfarenheter eller kvalifikationer [107]. I den föreliggande studien framkom det att det saknades bland många nyanlända ett socialt kontaktnät som skulle kunna underlätta närmandet till arbetsmarknaden. En kanadensisk studie visade att den sociala miljön runt de nyanlända flyktingarna hade en signifikant påverkan på individens förmåga att hitta ett arbete och bli självförsörjande [113]. Då både språkkunskaper och socialt nätverk framkom som underlättande faktorer när det gällde att söka arbete i Sverige, borde resurser satsas på snabb språkinläring samt på mötesplatser som kan underlätta ett socialt nätverkande för nyanlända [131, 132]. Det har även visat sig att olika mötesplatser såsom religiösa träffpunkter och idéburen sektors initiativ till mötesplatser skulle kunna gynna det sociala nätverkandet [133] och därigenom vara en bidragande faktor till en lyckad integrering i samhället.

Vad gäller respondenternas uppfattning om etableringsplanen de haft höll majoriteten med eller delvis med om att planen innehöll relevanta aktiviteter. Detta är viktigt att notera eftersom varje nyanländ får en individanpassad etableringsplan som dock innehåller obligatoriska moment såsom svenska för invandrare, samhällsorientering och arbetsförberedande aktiviteter. De utmaningar som observerades i föreliggande undersökning är att nästan var tredje respondent ansåg att aktiviteterna inte tar hänsyn till respondenternas situation, medan var fjärde ansåg att det var låg kvalitet på aktiviteterna samt att aktiviteterna krockade. Att gå närmare in på vilka specifika aktiviteter som avses är inte möjligt eftersom frågan om etableringsplanen hade ett övergripande fokus. Viktigt att notera är att ungefär lika stor andel höll eller inte höll med om de olika påståendena. Utöver detta är det också viktigt att notera att majoritet fått samhälls- och hälsokommunikation samt information om föreningslivet under etableringen. Vad gäller nyanländas uppfattning om samhälls- och hälsokommunikationen resulterade en snart publicerad utvärdering av projektet Välkommen till Skåne i att deltagare anser att samhälls- och hälsokommunikation är av nytta, engagerande och lärorik samt intressant. Att denna aktivitet är viktig lyftes också i den nyligen offentliggjorda rapporten från Folkhälsomyndigheten [11].

17.3 Metoddiskussion

Undersökningen bygger på ett obundet slumpmässigt urval. Det totala antalet i urvalet var 10 000 individer med uppfyllda

inklusionskriterier. Urvalsramen bestod av 11 286 individer. Detta innebär att föreliggande undersökning nära nog kan betraktas som en totalundersökning med ett lågt urvalsfel. Vad gäller svarsfrekvensen kan den bedömas vara låg om jämförelser görs med övriga nationella eller regionala folkhälsoundersökningar. Dock är det viktigt att betona att föreliggande svarsfrekvens är högre än den svarsfrekvens som förekommer i den senaste tidsmässigt samtidiga regionala folkhälsoundersökningen i Skåne samt i den danska undersökningen bland utrikesfödda utanför Europa [10, 134]. En annan utmaning som förekom i denna undersökning ansågs vara att en del tentativa respondenter varit skrivna på en adress men kunde i verkligheten varit bosatta på en annan. Detta kan också ha medfört att många utskickade enkäter aldrig nådde fram till den tentativa respondenten. Deltagandet i föreliggande undersökning har både omfattat ifyllande av pappersenkäter och digitala enkäter. En betydande del valde att fylla i enkäter digitalt. En annan utmaning kan ha varit bristande kunskaper i det arabiska språket, men denna andel bedöms vara mycket låg eftersom respondenterna har ett ursprung i Syrien och Irak samt dessutom i hög grad har minst en gymnasieutbildning.

När det kommer till utvecklandet av enkäten utfördes detta av en grupp projektmedlemmar med olika specialistkompetens såsom folkhälsovetare, sjuksköterskor, statistiker, epidemiologer samt med gedigen kunskap om migration och inte minst målgruppen. Enkäten översattes till arabiska i fyra olika faser. Första fasen gällde översättning av kvalificerade översättare från svenska till arabiska. Fas två innebar granskning av översättningen i fas 1 av samhälls- och hälsokommunikatörer. Fas 3 innebar en tillbakaöversättning, det vill säga från arabiska till svenska, av annan kvalificerad översättare än i fas 1. Den sista fasen, det vill säga fas 4, innebar en granskning av översättningen i fas 3 av samhälls- och hälsokommunikatörer. Viktigt att påpeka är att flera samhälls- och hälsokommunikatörer varit involverade i översättningsarbetet. Med detta i åtanke görs bedömningen att sannolikheten för att översättningen medfört väsentliga fel i enkäten som mycket liten. Dessutom har enkäten också pilottestats och de fel som upptäckts åtgärdades innan utskicket.

18 Rekommendationer

Rekommendationer som föreslås på basis av erhållna resultat har ställts samman som rekommendationer som syftar till förbättring inom etableringen samt till förbättring av målgruppens hälsa.

18.1 Etableringsrelevanta rekommendationer

- Erbjud stöd och utökade behovsanpassade resurser gällande utbildning i det svenska språket även efter etableringstiden.
- Anordna nya och ta till vara de mötesplatser som kan finnas i samhället, såsom föreningslivet, arbetsrelaterade praktikplatser, platser för religiösa sammankomster samt hos frivilliga organisationer, i syfte att stödja en snabb och förbättrad språkinläring.
- Fortsatt arbeta för att underlätta inträdet till den svenska arbetsmarknaden.
- Uppmärksamma könsskillnader vad gäller inträdet på den svenska arbetsmarknaden.
- Anpassa arbetsmarknadsrelevanta aktiviteter efter kvinnors möjligheter och behov.
- Anpassa aktiviteterna inom etableringsplanen så att de på bästa möjliga sätt förbereder de nyanlända för arbetsmarknaden i Sverige.
- Se över planeringen av aktiviteter inom etableringen så att dessa inte överlappar.
- Underlätta nyanländas möjligheter till att erhålla arbete som speglar individens erfarenheter eller kvalifikationer.
- Uppmärksamma att det finns en del som inte fått samhällsorientering.
- Arbeta för att uppmärksamma att många saknar förtroende för olika samhällsinstitutioner.

18.2 Hälsorelevanta rekommendationer

- Arbeta för att överbrygga barriärer för de nyligen nyanlända att söka hälso- och sjukvård och därigenom kunna erhålla en bättre hälsa på sikt.
- Att uppmärksamma hälso- och sjukvården om att otillfredsställda vårdbehov förekommer och att dessa grundas i långa väntetider och i uppfattningen att det inte går att få hjälp.
- Arbeta för att subventionera kostnaden för tandvård för att därigenom motverka kostnaden som hinder för bra tandhälsa.
- Hälso- och sjukvården i Sverige bör satsa resurser på att arbeta förebyggande i denna samhällsgrupp med hjälp av information och stöd när det gäller rökavvänjning, övervikt och fetma samt fysisk inaktivitet.
- Samhället bör hjälpa och stödja i att finna träningstillfällen och träningsformer samt möjligheter till att bli mer fysiskt aktiva och därigenom kunna motverka ohälsa i form av hjärt- och kärlsjukdomar, övervikt, diabetes typ 2, psykisk ohälsa och olika slags cancerformer.
- Skapa en stödjande miljö för att överbrygga att tilliten till andra människor är låg.
- Arbeta för att uppmärksamma att många saknar personligt stöd för att klara livets utmaningar.

19 Konklusion

En betydande del av de nyanlända har kommit i arbete, dock är detta fortfarande en utmaning, särskilt för kvinnor. De som kommit in på arbetsmarknaden trivs på sina arbeten men är dock oroliga för att förlora sitt arbete. Många har lärt sig tala svenska men det förekommer skillnader mellan könen till kvinnornas nackdel.

Utmaningar för ett inträde på arbetsmarknaden är avsaknad av socialt nätverk, inga kontakter med arbetsgivare och bristande språkkunskaper. Sammansättningen av aktiviteterna i etableringen anses relevanta, dock kvarstår utmaningar gällande att aktiviteter inte tar hänsyn till respondenternas situation, deras kvalitet samt att aktiviteterna överlappar varandra.

Hälsan är relativt god, majoriteten är medvetna om den egna insatsens betydelse för att bevara hälsan, men dock utgör otillfredsställda vårdbehov samt otillfredsställda tandvårdsbehov en möjlig riskfaktor. Livsstilsfaktorer att särskilt uppmärksamma är fysisk inaktivitet och rökning samt övervikt. Avsaknad av tillit till andra människor och institutioner i samhället är förekommande samt bristande socialt stöd. När det kommer till framtidstro så ser målgruppen ljus på framtiden.

20 Referenser

1. 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.
2. 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.
3. Migrationsverket. Prognos: ”Nu har vi förutsättningar för att jobba annorlunda”. 2018. <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Pressrum/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2018/2018-02-16-Prognos-Nu-har-vi-forutsattningar-for-att-jobba-annorlunda.html>.
4. Migrationsverket. Asyl. 2019. <https://www.migrationsverket.se/OmMigrationsverket/Statistik/Asyl.html>.
5. Migrationsverket. Inkomna ansökningar om asyl 2017. 2017. <https://www.migrationsverket.se/download/18.4100dc0b159d67dc6146d7/1514898751102/Inkomna%20ansokningar%20om%20asyl%202017%20-%20Applications%20for%20asylum%20received%202017.pdf>.
6. Migrationsverket. Avgjorda asylärenden beslutade av migrationsverket, förstagsansökningar, 2018. 2018. https://www.migrationsverket.se/download/18.4cb46070161462db113176/1546509753459/Avgjorda_asyl%C3%A4renden_2018_-_Asylum_decisions_2018.pdf.
7. Stadskontoret. Etableringen av nyanlända. 2012. <http://www.statskontoret.se/upload/publikationer/2012/201222.pdf>.
8. 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.
9. Zdravkovic S, Grahn M, Björngren Caudra C: Kartläggning av nyanländas hälsa. 2016.
10. Fridh M, Birgit M, Lindström M, Grahn M, Rosvall M: Folkhälsorapport Skåne 2013-en undersökning om vuxnas livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. 2013.
11. 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-utrikes-fodda--skillnader-i-halsa-utifran-fodelseland/?pub=61466>.

12. Sveriges Riksdag: Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.
13. Socialdepartementet SR: Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
14. Migrationsverket. Inkomna ansökningar om asyl 2018. 2018. https://www.migrationsverket.se/download/18.1ef19f6e163f45d340a2ace/1546509719942/Inkomna_ansokningar_om_asyl_2018_-_Applications_for_asylum_received_2018.pdf.
15. 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>.
16. Sveriges Riksdag: Lag (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare. 2010.
17. Sveriges Riksdag. Förordning (2010:1138) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. 2010. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20101138-om-samhallsorientering-for_sfs-2010-1138.
18. Länsstyrelsen Skåne. Samhällsorientering. <https://www.lansstyrelsen.se/skane/stat-och-kommun/social-hallbarhet/integration/samhallsorientering.html>.
19. Länsstyrelsen Skåne. Förstudie MILSA- Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. 2015. <https://www.lansstyrelsen.se/skane/tjanster/publikationer/forstudie-milsa---halsokommunikation-i-relation-till-samhallsorientering-och-etablering-av-nyanlanda-flyktingar-i-sverige.html>.
20. Länsstyrelsen Skåne. Partnerskap Skåne: En holistisk modell för integration och etablering. <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2e0f9f621636c8440273288a/1528890311668/PS%20folder%20final%20.pdf>.
21. Regeringskansliet. Arbetsmarknadsrådet-fokus etablering. 2018. <https://www.regeringen.se/490685/globalassets/regeringen/dokument/arbetsmarknadsdepartementet/arbetsmarknadsraadet-31-januari-20182>.
22. Riksrevisionen. Nyanländas etablering-är statens insatser effektiva? (RiR 2015:17) <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2015/nyanlandas-etablering---ar-statens-insatser-effektiva.html>.
23. Länsstyrelsen Skåne: Regional bostadsmarknadsanalys: En lägesbild över bostadsmarknaden i Skåne 2018.
24. Regeringskansliet. Snabbspår-snabbare etablering av nyanlända. 2019. <https://www.regeringen.se/regerings-politik/nyanlandas-etablering/snabbpar---snabbare-etablering-av-nyanlanda/>.
25. Regeringskansliet. Arbetsförmedlingen ska förbereda intensivår för nyanlända. 2019.

- <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/06/arbetsfor-medlingen-ska-forbereda-intensivar-for-nyanlanda/>.
26. Regeringskansliet. Arbetsmarknadsdepartementet. Etableringsjobb. Ds 2019:13. <https://data.riksdagen.se/fil/F7A1A13D-6BD1-446E-A988-C3259F6280AD>.
27. Regeringskansliet. Nyanländas etablering går snabbare. 2019. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/01/nyanlandas-etablering-gar-snabbare/>.
28. Pavli A, Maltezou H: Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of travel medicine* 2017, 24(4).
29. Folkhälsomyndigheten: Folkhälsans utveckling- årsrapport 2019.
30. Phillimore J, Goodson L: Problem or opportunity? Asylum seekers, refugees, employment and social exclusion in deprived urban areas. *Urban Stud* 2006, 43(10):1715-1736.
31. Björngren Cuadra, Carin, Carlzen Katarina: MILSA-support platform for migration and health. *Laying the foundation*. 2015.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. Mangrio E, Forss KS: Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC health services research* 2017, 17(1):814.
37. 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.
38. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP: Post-traumatic stress disorder. *BMJ* 2015, 351:h6161.
39. 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.
40. 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.
41. Birman D, Tran N: Psychological distress and adjustment of Vietnamese refugees in the United States: Association with pre-and postmigration factors. *Am J Orthopsychiatry* 2008, 78(1):109.
 42. 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.
 43. Sateia MJ: International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest* 2014, 146(5):1387-1394.
 44. 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.
 45. 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.
 46. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M: Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002, 25(6):621-625.
 47. Metlaine A, Leger D, Choudat D: Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Ind Health* 2005, 43(1):11-19.
 48. Basishvili T, Eliozishvili 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.
 49. 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.
 50. Cernovsky ZZ: Escape stress, sleep disorders, and assimilation of refugees. *Social Behavior & Personality: an international journal* 1990, 18(2).
 51. 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.
 52. Gvilia I, Eliozishvili 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.
 53. Lavie P: Sleep disturbances in the wake of traumatic events. *N Engl J Med* 2001, 345(25):1825-1832.
 54. 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.

55. 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.
56. 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.
57. Grau AJ, Becher H, Ziegler CM, Lichy C, Buggle F, Kaiser C, Lutz R, Bultmann S, Preusch M, Dörfer CE: Periodontal disease as a risk factor for ischemic stroke. *Stroke* 2004, 35(2):496-501.
58. 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.
59. Moynihan P, Petersen PE: Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr* 2004, 7(1a):201-226.
60. Petersen PE: Tobacco and oral health—the role of the World Health Organization. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2003, 1(4):309-316.
61. Petersen PE, Baehni PC: Periodontal health and global public health. *Periodontol* 2000 2012, 60(1):7-14.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.
66. Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC: Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* 2004, 292(23):2860-2867.
67. Kaplan MS, Huguet 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.
68. 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.

69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. Lee SM: Physical activity among minority populations: what health promotion practitioners should know—a commentary. *Health Promotion Practice* 2005, 6(4):447-452.
75. Marquez DX, McAuley E: Social cognitive correlates of leisure time physical activity among Latinos. *J Behav Med* 2006, 29(3):281.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. Baird MB: Well-being in refugee women experiencing cultural transition. *ANS Adv Nurs Sci* 2012, 35(3):249-263.
81. 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.

82. 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.
83. Shandy DJ: Transnational linkages between refugees in Africa and in the diaspora. *Forced Migration Review* 2003, 16(3):7-8.
84. 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.
85. 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.
86. Hagan J, Rymond-Richmond W, Palloni A: Racial targeting of sexual violence in Darfur. *Am J Public Health* 2009, 99(8):1386-1392.
87. 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.
88. 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.
89. 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.
90. Koser K: Asylum policies, trafficking and vulnerability. *Int Migr* 2000, 38(3):91-111.
91. Stewart E: Exploring the vulnerability of asylum seekers in the UK. *Population, Space and Place* 2005, 11(6):499-512.
92. 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.
93. Ward J, Vann B: Gender-based violence in refugee settings. *The Lancet* 2002, 360:s13-s14.
94. Hynes M, Cardozo BL: Observations from the CDC: Sexual violence against refugee women. *J Womens Health Gend Based* 2000, 9(8):819-823.
95. 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.
96. 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.
97. Draughon JE: Sexual assault injuries and increased risk of HIV transmission. *Adv Emerg Nurs J* 2012, 34(1):82-87.
98. 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.
99. 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.
100. Erikson EH: *Childhood and society* 2nd ed. Erikson-New York: Norton 1963.
101. Mitchell CE: Development or restoration of trust in interpersonal relationships during adolescence and beyond. *Adolescence* 1990, 25(100):847.
102. Behnia B: Refugees' convoy of social support: Community peer groups and mental health services. *International Journal of Mental Health* 2003, 32(4):6-19.
103. Kline PM, Mone E: Coping with war: Three strategies employed by adolescent citizens of Sierra Leone. *Child Adolescent Soc Work J* 2003, 20(5):321-333.
104. Gilson L: Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of health organization and management* 2006, 20(5):359-375.
105. 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.
106. 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.
107. Gupta J, Sullivan C: Enabling immigrants to overcome participation challenges. *OT PRACTICE* 2008, 13(5):25.
108. 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.
109. Yerxa EJ: Seeking a relevant, ethical, and realistic way of knowing for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 1991, 45(3):199-204.
110. McKay E, Molineux M: Occupation: reaffirming its place in our practice. *British Journal of Occupational Therapy* 2000, 63(5):241-242.

111. Martins V, Reid D: New-immigrant women in urban Canada: insights into occupation and sociocultural context. *Occupational Therapy International* 2007, 14(4):203-220.
112. 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.
113. Suto M: Compromised careers: The occupational transition of immigration and resettlement. *Work* 2009, 32(4):417-429.
114. 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.
115. 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.
116. Phillips D: Moving towards integration: the housing of asylum seekers and refugees in Britain. *Housing Studies* 2006, 21(4):539-553.
117. 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.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. Ali MM, Cleland JG, Caraël M: Sexual risk behavior in urban populations of Northeastern Africa. *AIDS and Behavior* 2001, 5(4):343-352.
123. 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.
124. 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.
125. 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.
126. Dow Meneses K, Yarbrow CH: Cultural perspectives of international breast health and breast cancer education. *Journal of Nursing Scholarship* 2007, 39(2):105-112.
127. 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.
128. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf.
129. Friedenreich CM, Neilson HK, Lynch BM: State of the epidemiological evidence on physical activity and cancer prevention. *Eur J Cancer* 2010, 46(14):2593-2604.
130. Shiroma EJ, Lee IM: Physical activity and cardiovascular health: lessons learned from epidemiological studies across age, gender, and race/ethnicity. *Circulation* 2010, 122(7):743-752.
131. Segal UA, Mayadas NS: Assessment of issues facing immigrant and refugee families. *Child Welfare* 2005, 84(5):563-583.
132. Hou F, Beiser M: Learning the language of a new country: A ten-year study of English acquisition by South-East Asian refugees in Canada. *Int Migr* 2006, 44(1):135-165.
133. Miralles-Lombardo B, Miralles J, Golding B: Creating learning spaces for refugees: The role of multicultural organisations in Australia: National Centre for Vocational Education Research; 2008.
134. Christensen AI, Ekholm O, Glümer C, Andreasen AH, Hvidberg MF, Kristensen PL, Larsen FB, Ortiz B, Juel K: The Danish national health survey 2010. Study design and respondent characteristics. *Scand J Soc Med* 2012, 40(4):391-397.

Kartläggning av nyligen nyanländas hälsa. Levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö efter etableringen

MILSA utgör en forskningsbaserad stöd- och utvecklingsplattform för en hälsofrämjande och effektiv arbetsmarknadsetablering i samarbete mellan forskning och praktik. Delprojektet MILSA 2.5 har undersökt hälsa och hälsorelaterade faktorer bland vuxna nyanlända i Skåne som nyligen genomgått etableringsprocessen men även om etableringsinsatserna bidragit till ökad delaktighet i samhället och ett närmande till arbetsmarknaden. Resultatet visade att hälsan är relativt god, majoriteten är medvetna om den egna insatsens betydelse för att bevara hälsan, men dock utgör otillfredsställda vårdbehov samt otillfredsställda tandvårdsbehov en möjlig riskfaktor. Livsstilsfaktorer att särskilt uppmärksamma är fysisk inaktivitet och rökning samt övervikt. Avsaknad av tillit till andra människor och institutioner i samhället är förekommande samt bristande socialt stöd. När det kommer till framtidstro så ser målgruppen ljus på framtiden. Många har kommit i arbete men dock betydligt fler män än kvinnor. Utmaningar för att komma in på arbetsmarknaden är avsaknad av socialt nätverk och kontakter med arbetsgivare samt bristande språkkunskaper. Många har lärt sig tala svenska men det förekommer skillnader mellan könen till kvinnornas nackdel. Aktiviteterna under etableringen ansågs relevanta.