

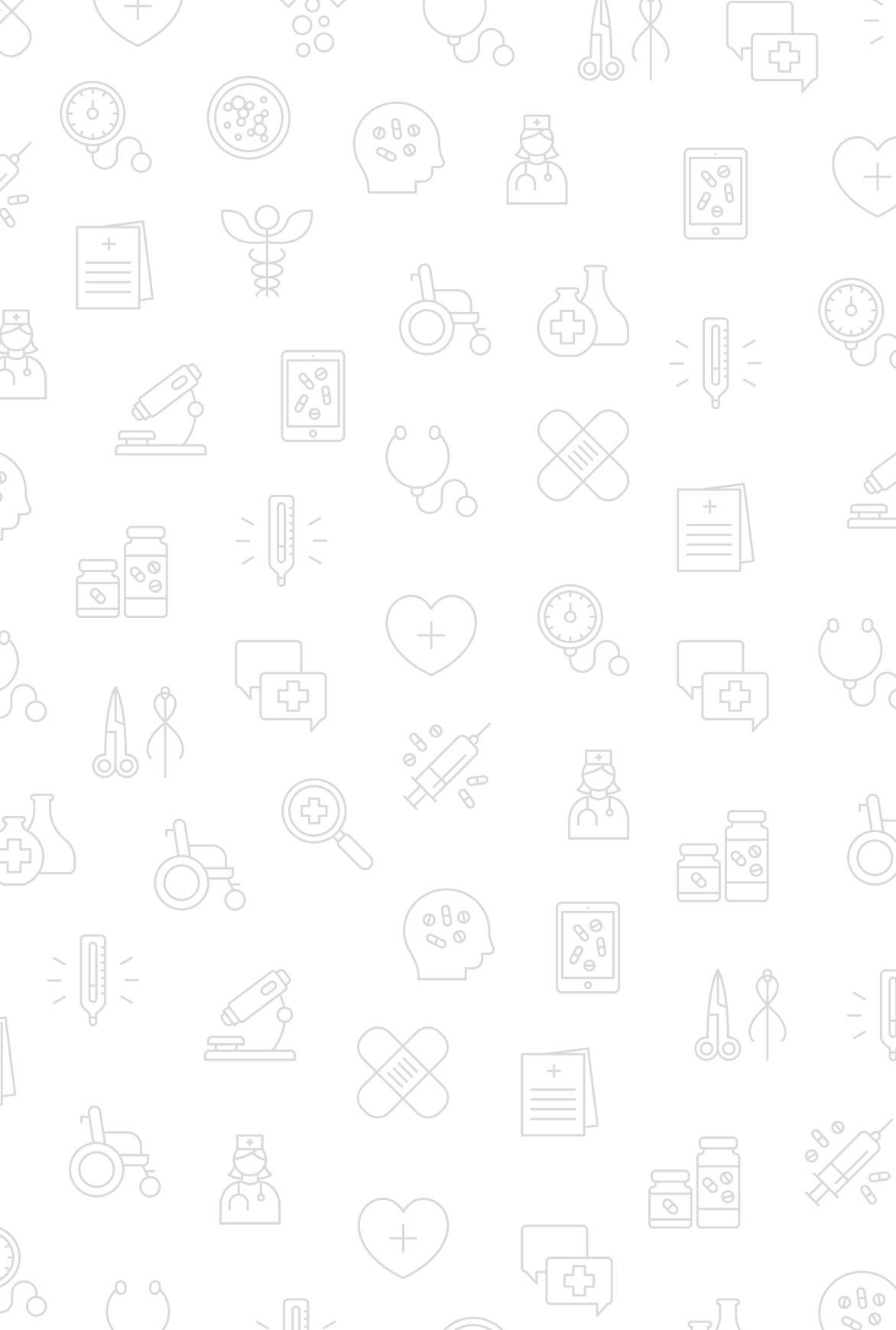


Mig-HealthCares vägkarta och verktygslåda (Roadmap & Toolbox) för effektivt genomförande av sambandsbaserad vård för migranter och flyktingar



Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)





Mig-HealthCare - Att stärka samhällsbaserad vård (community based care) för att minimera hälsoojustheter och förbättra integrationen av utsatta invandrare och flyktingar.

I Mig-HealthCare-konsortiet deltar följande samarbetspartner:

- Prolepsisinstitutet – Samordnare, **Grekland**
- Medicinska skolan, Nationella och kapodistriska universitetet i Aten, **Grekland**
- Sterea Elladaregionen, **Grekland**
- Centrum för nationell hälso- och sjukvårdsverksamhet, **Grekland**
- Centrum för Kommuner i Grekland (KEDE), **Grekland**
- Oxfam Italia, **Italien**
- Etnomedicinska centret, **Tyskland**
- Nationella centret för infektiva och parasitiska sjukdomar, **Bulgarien**
- Skolan för högre studier om folkhälsa (Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique), **Frankrike**
- CARDET, **Cypern**
- KOPIN, **Malta**
- Uppsala universitet, **Sverige**
- Verein Multiculturell, **Österrike**
- Valencias universitet, Polibienestar, **Spanien**

Citering:

Karnaki P., Zota D., Riza E., Grech W., Bitschnau B., Agaidyan O., Patouris E., Sherlaw W., Brinkmann D., Gil-Salmerón A., Garcés-Ferrer J., Christova I., Kunchev A., Pezzati P., Tizzi G., Bradby H., Lebrano A., Hamed S., & Linos A. (2020). The Mig-HealthCare Roadmap & Toolbox for the effective implementation of community care models for Migrants & Refugees.

Innehåll

Inledning	5
Språk-, kultur- och kommunikationsfrågor	11
Informationskontinuitet	17
Psykisk hälsa	21
Vaccinationer	25
Mödra-/barnhälsa	29
Hälsofrämjande	33
Munhälsa – Tandvård	41
Icke-överförbara sjukdomar och kroniska tillstånd	45
Mig-HealthCare-algoritmen	48
Referenser	57



► Inledning

Sedan krisen i Mellanöstern började 2011, har Europa upplevt ett ökat flöde av migranter och flyktingar. Enligt UNHCR har 70,8 miljoner människor tvångsfördrivits från sina hem. Sedan 2015 har över 2 000 000 flyktingar och migranter anlänt till Europa, och stora migrant-/flyktingflöden fortsätter ännu i dag. Således finns det ett ökat behov av att ta itu med migranternas/flyktingarnas hälsoproblem och underlätta tillgången till hälso- och sjukvård.

FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, artikel 12.1, lyder att " Varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i denna konvention gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning" (FN 1966). När det gäller det europeiska sammanhanget anger konventionen om mänskliga rättigheter att alla ska ha rätten att kunna tillgå förebyggande hälsovård och sjukvårdsbehandling. Dock är det fortfarande problematiskt för migranter och flyktingar att få tillgång till hälso- och sjukvård.

Bevis från den litteraturstudie som Mig-HealthCre-konsortiet har upprättat angående migranternas och flyktingarnas åtkomst till hälso- och sjukvård visar att det fortfarande föreligger ojämlikheter mellan migranter och icke-migranter när det gäller hälsa och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster.

Ojämlikheterna är till följd av institutionella hinder som finns i många EU-medlemsstater när det gäller tillgång till vård bland migranter, flyktingar och asylsökande, och i synnerhet för papperslösa migranter. Ojämlikheterna gäller också migranternas ekonomiska situation, eftersom de kan sakna möjligheter att tillgå eller betala hälso- och sjukvårdstjänster. Ojämlikheter beror även på språkliga barriärer, diskriminering, och vad som i många artiklar beskrivs som bristande kulturell förståelse från vårdgivarens sida (Lebano m. fl., 2018).

Migranter- och flyktingar i Europa utgörs i allmänhet av unga, hälsosamma vuxna, men de inkluderar också en betydande andel familjer, äldre och personer med funktionsnedsättningar (WHO, 2018). Deras hälsobehov placerar dem i en missgynnad position till följd av att de exponeras för många riskfaktorer, såsom långa och farliga resor, hemlöshet, brist på försäkringsskydd, utsatthet för våld, psykisk och fysisk trauma och exploatering (WHO, 2018). Detta indikerar att migrant- och flyktingpopulationer kan ha sämre hälsoutfall än värdpopulationen, när det t.ex. gäller ökad spädbarnsdödlighet, negativa gynekologiska utfall och oreglerade utfall av kronisk sjukdom. Faktorer som kulturella och språkliga hinder, arbetslöshet eller lågbetalda, olagliga eller osäkra jobb utsätter dem dessutom för ökade hälsorisker (WHO, 2018).

Projektet Mig-HealthCare

Mig-HealthCare är ett treårigt projekt som lanserades i maj 2017 med ekonomiskt stöd från Europeiska kommissionen. Projektet har som mål att förstärker samhällsbaserad hälso- och sjukvård i syfte att minimera hälsorelaterade ojämlikheter och för att förbättra integrationen av utsatta migranter och flyktingar i olika lokalakontext. Projektet genomförs av ett konsortium av universitet, nationella myndigheter och icke-statliga organisationer från tio länder över hela Europa med varierande erfarenhet av frågor gällande folkhälsa och integration av flyktingar och migranter.

Det övergripande målet med Mig-HealthCare är att förbättra tillgången till hälsovård för utsatta migranter och flyktingar, stödja deras integration och deras deltagande i europeiska kontext och för att minska hälso ojämlikheter.

Detta inkluderas i Mig-HealthCare vägkarta och verktygslåda (Roadmap & Toolbox)

Vägkartan och verktygslådan är en användarvänlig **onlineapplikation** som fokuserar på att tillgodose de centrala stegen för optimal vård till migranter och flyktingar. De innefattar användbara verktyg som kan användas av antingen vårdpersonal eller migranter och flyktingar samt exempel på bästa praxis. Det ingår även en algoritm som kan användas för att vägleda vårdpersonal och ge patienter från en migrant-/flyktingbakgrund bättre hälsa.

Onlineversionen finns i projektets webbplats:

<https://www.mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox>.

Mig-HealthCare vägkarta innefattar:

1. **Nödvändiga åtgärder som vårdpersonal behöver för att tillhandahålla vård till migranter och flyktingar.** Dessa är följande:

- › Informationskontinuitet
- › Språk-, kultur- och kommunikationsfrågor
 - Språk och kommunikation
 - Kulturella frågor
 - Hälsokunskap

2. **Information om hälsofrågor som är specifika för migranter och flyktingar:**

- › Psykisk hälsa
- › Vaccinationer
- › Mödra-/barnhälsa
- › Hälsöfrämjande
 - Screening av livmoderhals- och bröstcancer
 - Screening av kolorektal cancer
 - Alkohol
 - Rökning
 - Nutrition
 - Fysisk aktivitet
- › Munhälsa/Tandvård
- › Icke-smittsamma och kroniska sjukdomar

3. **Föreslagna metoder**

Mig-HealthCare samarbetspartner granskade och utvärderade relevanta interventioner som behandlar hälsofrågor bland migranter/flyktingar. De interventioner som har en positiv utvärdering och anses vara bästa praxis skulle kunna användas i olika sammanhang. Mer information om dessa och om föreslagna metoder finns på projektets webbplats <http://www.mighealthcare.eu/> med benämningen "D5.1: Report on models of community health and social care and best practices" (Rapport om modeller för öppen sjukvård och social vård och bästa praxis): <https://mighealthcare.eu/resources/D5.1%20Models%20of%20community%20health%20and%20good%20practices.pdf>

4. Verktyg

Verktygslådan omfattar cirka 300 verktyg inom de olika kategorier som omnämns ovan. Verktygslådan kan nås direkt från Mig-HealthCare-webbplatsen eller genom de olika vägkartakategorierna. Att söka efter verktyg underlättas av olika filter (temakategori, språk, slutanvändare, typ av material).

5. Algoritmen

Mig-HealthCare-algoritmen, är ett verktyg för att vägleda hälso- och sjukvårdspersonal genom alla nödvändiga steg för att fastställa hälsofrågor av särskild vikt under vård av migranter/flyktingar.

Vem är vägkartan och verktygslådan till för?

Denna vägkarta är en värdefull och användbar resurs som kan användas av ett olika av vårdspersonal både på individ- och på organisationsnivå. Målgrupper inkluderar:

- › Sjukvårdspersonal av alla specialiteter, inklusive läkare och sjuksköterskor som arbetar på olika lokala, regionala och nationella nivåer
- › Sjukvårdsadministratörer
- › Föreståndare för och personal inom hälsovårdstjänster, inklusive sjukhus och vårdcentraler på lokal, regional och nationell nivå
- › Icke-statliga organisationer
- › Lokala myndigheter

Så här används Mig-HealthCare Vägkarta och verktygslåda

Hälso- och sjukvårdspersonal kan, när som helst, tillgodose sig av vägkartan och verktygslådans innehåll för att få information om viktiga frågor när de levererar hälsovård till migranter/flyktingar. Man kan vid behov få tillgång till specifika hälsoproblem som finns i vägkartan för att ta itu med ett visst problem, eller konsultera innehållet i sin helhet.

- › Vårdspersonal, men också andra parter på lokala nivåer, kan använda verktygen eller anpassa de praxis som redan finns i vägkartan och verktygslådan för att bemöta den specifika situationen i deras kontext.
- › Sjukvårdspersonal kan använda verktygen som presenteras under

varje hälsofråga för sina patienter, eller för att underlätta deras arbete.

- › Sjukvårdspersonal kan använda algoritmen när de konsulterar en migrant/flyktingpatient för att säkerställa att de hanterar viktiga frågor som Mig-HealthCare-projektet har identifierat för migranter/flyktingarnas hälsa.

Hur utvecklades vägkartan och verktygslådan?

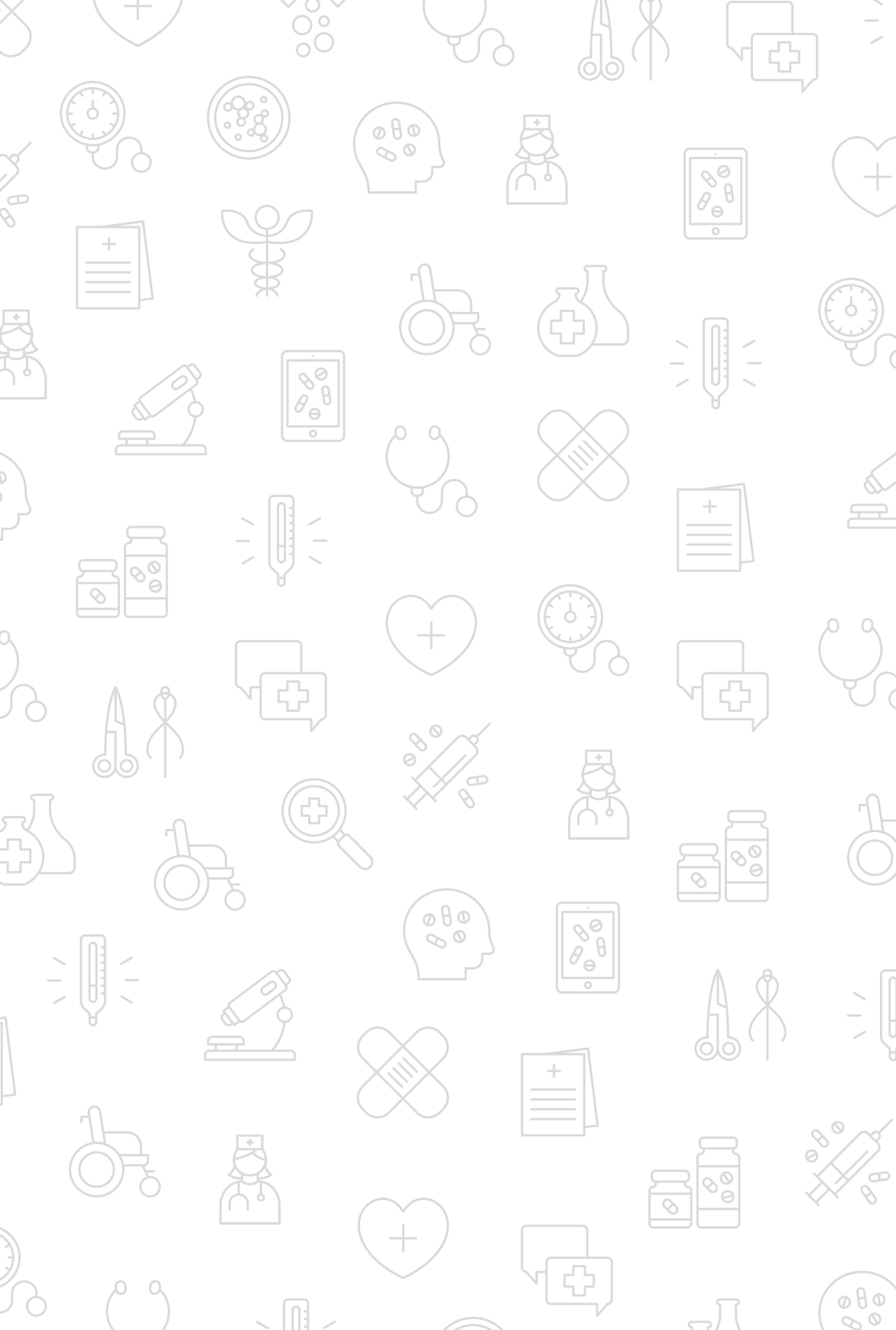
Vägkartan och verktygslådan skapades som en del av Mig-HealthCare-projektet efter omfattande forskning om:

- › Behov och brister i tillhandahållandet av hälsovård till migranter och flyktingar, som identifierats av hälso- och sjukvårdspersonal genom originalforskning. Fokusgrupper och individuella intervjuer genomfördes i tio EU-länder (Grekland, Cypern, Tyskland, Bulgarien, Sverige, Spanien, Österrike, Italien, Malta och Frankrike).
- › En systematisk litteraturstudie av praxis som genomförs i Europeiska unionen och över hela världen. En undersökning genomförd bland 1350 migranter och flyktingar i 10 EU-länder (Grekland, Cypern, Tyskland, Bulgarien, Sverige, Spanien, Österrike, Italien, Malta och Frankrike) angående deras hälsostatus, hälsoproblem och tillgång till hälsovård i 10 EU-länder (Grekland, Cypern, Tyskland, Bulgarien, Sverige, Spanien, Österrike, Italien, Malta och Frankrike). Litteraturstudie i tio EU-länder och internationellt om migranternas och flyktingarnas hälsoproblem. Identifiering av relevanta verktyg på EU-nivå och internationellt.

Detaljerade rapporter om alla ovanstående finns tillgängliga från Mig-HealthCare-webbplatsen.

Gå till vägkartan och verktygslådan

I denna publikation presenteras en kort beskrivning av temakategorierna i vägkartan och verktygslådan samt algoritmen. De fullständiga vägkartan & verktygslådan är tillgängliga på <https://mighealthcare.eu/road-map-and-toolbox> där tillgång till mer information, föreslagna metoder och verktyg för varje temakategori tillhandahålls. Du kan via verktygslådan tillgå mer än 300 olika verktyg på olika språk.



► Språk-, kultur- och kommunikationsfrågor

Språk och kommunikation

Världshälsoorganisationen (WHO) uppger att endast ca. 600 till 700 miljoner människor, utöver de 335 miljoner människor som har engelska som förstaspråk, använder engelska som andraspråk. Detta innebär att större delen av världens befolkning, runt sex miljarder människor, har liten eller ingen tillgång till ett rikt utbud av folkhälsoinformation, eftersom den finns på engelska.

Språk brist anses vara ett betydande hinder för att få tillgång till högkvalitativ hälso- och sjukvård. "Inom offentlig hälso- och sjukvård utgör språkbarriären mellan de som tillhandahåller hälsoinformation och de som behöver den ett problem som kan påverka alla från vårdpersonal till patienter samt andra parter inom vården" (WHO, 2015, p.365).

Kommunikation är nyckeln till kvalitativ hälso- och sjukvård, och är en central del av varje interaktion (White m. fl., 2015). Ett av patienters mest grundläggande behov är att kunna kommunicera om sina symtom och situationer med hälso- och sjukvårdspersonal.

Effektiv kommunikation mellan läkare och patient kan ge bättre hälsoresultat och bidra till en förbättrat allmän hälsa i ett samhälle.

Att inte kunna tala värdlandets språk utgör en betydande barriär för effektiv kommunikation.

Mångkultur och flerspråkighet har blivit extremt vanligt i Europa, vilket har skapat språkbarriärer i vårdsammanhang. Patienter vars förstaspråk inte är samma som det som talas på den vårdinrättning de besöker kommer mest sannolikt att uppvisa sämre hälsostatus (Divi m. fl., 2007). Trots att

många större vårdenheter har tillgång till tolktjänster (vilket har en stark koppling med ökad patientbelåtenhet och positiv kommunikation), är inte tolktillgängligheten tillräcklig för att säkerställa högkvalitativ hälso- och sjukvård. En djupgående undersökning av 39 somaliska invandrarkvinnor på en förlossningsmottagning i London visade att möjligheten att få tolk inte är tillräckligt för att överbrygga kulturella barriärer (Binder m. fl., 2012).

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

Det är viktigt att migranter/flyktingar ges tillgång till adekvata språktjänster, såsom tolkar, inom hälso- och sjukvården Enligt Australian Psychological Society (2013), bör man för en effektiv kommunikation via tolk beakta det följande:

- › Tala till personen, inte till tolken. Försök bibehålla kulturellt lämplig ögonkontakt med patienten, även medan tolken tolkar. Medan du talar eller lyssnar, titta på patienten snarare än på tolken, så att du kan observera den icke-verbala kommunikationen. Tala direkt till patienten genom att använda jag-formen, och använd du-formen istället för "han" eller "hon". På detta sätt kan du göra dig en korrektare uppfattning om de ord och känslor som uttrycks.
- › Undvik fackspråk, metaforer och akronymer.
- › Repetition kan underlätta förståelsen.
- › Använd korta, enkla meningar.
- › Ta paus efter en eller två meningar för att låta tolken återge det som sagts.
- › Vårdpersonal kan använda diagram eller bilder för att öka förståelsen.
- › Fråga patienten om du talar i lagom takt och om den behöver få någonting förtydligt.
- › Be om återkoppling under besöket för att försäkra dig om att patienten är nöjd med tolkningsprocessen.

Kulturella frågor

I och med att migrationen ökar i Europa har den kulturella kompetensen

förespråkats som ett sätt att säkerställa lika tillgång till hälso- och sjukvård samt en lyhörd vård till migranter och flyktingar. Kultur definieras som "mönster av idéer, seder och beteenden som delas av vissa människor eller samhällen". Dessa mönster identifierar medlemmarna som en del av en grupp och särskiljer dem från andra grupper" (How Culture Influences Health, 2017)

Begreppet kulturell kompetens introducerades på 1980-talet för att bemöta glappet i vårdgivarnas förmåga att främja rättvisa och icke-diskriminerande vård för heterogena populationer. Sedan dess har det dykt upp en rad ramverk för kulturell kompetens som fokuserar på olika frågor, till exempel kunskap om minoritetskulturer, attityder gentemot minoriteter och nyanlända immigranter, och kunskap för att ge hälso- och sjukvård via tolkar och i samarbete med kulturmedlare. Begreppet kulturell kompetens har över tiden utökats till att inte bara inkludera samspelet mellan vårdgivare och patienter, utan också organisatorisk och systemisk kulturell kompetens (Truong, Paradies & Priest, 2014).

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

Det är av avgörande vikt att förbättra den kulturella kompetensen bland vårdpersonal för att göra det möjligt för vårdpersonal att ge effektiv hälso- och sjukvård utan att förlita sig på stereotyper. Enligt en rapport om hälsoutmaningar för flyktingar och migranter (Bischoff, 2003), måste vårdgivare beakta kulturella faktorer vid:

- › **Anamnes tagning och genomförande av fysiologisk undersökning:** Patientens individuella migrationshistoria påverkar hur de upplever sin ohälsa. Därför är det viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal att lära sig om deras liv och sociala omständigheter. Aspekter såsom bakgrund, smärtupplevelse, traditionella/religiösa läkemetoder, kost (kulturella matvanor), kunskaper i det lokala språket, arbetssituation och uppehållsrättslig situation, erfarenhet av våld, migrationshistoria (skäl för migrationen, traumatiska erfarenheter, flykthistoria och integration) behöver tas upp.
- › **Bedömning av vårdbehov:** Vårdgivaren bör se sjukdom i en bredare social kontext, snarare än ett individuellt problem. Detta innebär

att kunna särskilja mellan bot och behandling, dela information om hälsa och välbefinnande och involvera patientens familj och sociala nät i medicinska beslut (Burgess, 2004).

Utöver detta har det föreslagits att vårdgivare för att bli mer kulturellt kompetenta ska:

- › ta reda på patientens språk, kultur och etniska grupp
- › vara medveten om stereotyper
- › undvik att använda patienters familjemedlemmar som tolkar
- › bekanta sig med kulturspecifika uttryck för lidande
- › bibehålla sekretess
- › undvik religiösa och sociala tabun
- › låta en person av samma kön som patienten vara närvarande för att den ska känna sig trygg
- › tillåta kulturspecifika ritualer, till exempel efter dödsfall
- › inte göra antaganden

Hälsokompetens

Enligt Sørensen m. fl. (2012) handlar hälsokompetens om en persons kunskap och förmåga att möta de komplexa krav som hälsan ställer i moderna samhällen:

“Hälsokompetens är kopplat till läskunnighet och handlar om människors kunskap, motivation och kompetens att söka upp, förstå, utvärdera och använda hälsoinformation för att göra bedömningar och ta beslut i vardagen, angående hälso- och sjukvård, förebyggande av sjukdomar och främjande av hälsa, för att bibehålla eller förbättra livskvalitet under livets gång.”

Hälsokompetens kan vara låg bland lågutbildade och äldre personer generellt men också bland migranter.

Enligt Zanchetta och Poureslami (2006), är hälsokompetensen hos nyanlända grupper med olika etnokulturella bakgrunder mindre förstådd av vårdpersonal jämfört med andra barriärer såsom tillgång till vård och hälsoinformation samt språk och kulturella skillnader.

Att bemöta hälsokompetens på vårdenheter är utmanande (Lee, Arozullah, & Cho, 2004; Nielsen Bohlman m. fl., 2004). Åtgärder inriktade på faktorer som följsamhet till behandling (Van Servellen m. fl., 2003, 2005), förebyggande beteende såsom screeningtester och rimlig användning av antibiotika (Stockwell m. fl., 2010) påverkas av hälsokompetensen. I detta avseende har det visat sig vara effektivt att integrera nya kunskaper för att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet (Soto-Mas m. fl., 2015 a,b; Yung-Mei m. fl., 2015).

Å andra sidan krävs en större förståelse av vad patienter med begränsad hälsokompetens klarar av och behöver, för att utveckla strategier för att effektivt kommunicera med dem (Paashe-Orlow & Wolf, 2007). I detta hänseende kommer vårdgivare och vårdssystem att kunna tillmötesgå patienter med begränsad hälsokompetens genom att vara mer medvetna om deras behov.



Se vår verktyslåda för ytterligare verktyg gällande hantering av “Språk, kultur och kommunikation” bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0.



► Informationskontinuitet

Populationer under förflyttning har distinkta hälsomönster, inklusive ökad sårbarhet, såsom smittsam mat och vattenburna sjukdomar på grund av svårigheter under resor och ökad förekomst av vaccinförhindrande sjukdomar. Migranter och flyktingar fel hanteras ofta eller tvingas undvika hantering av icke-smittsamma sjukdomar, fr använder ofta olämpliga mediciner som kan accentuera problemet med antimikrobiell resistens. Flyktingar får problem med psykisk hälsa på grund av trauma, tortyr och migration. Allt det ovanstående kan leda till ökad sjuklighet och dödlighet bland en redan sårbar befolkning.

Enligt UNHCR:s New York-deklaration, undertecknad av 193 medlemsstater på FN:s toppmöte i september 2016, åtar sig staterna att tillgodose hälsobehovet för flyktingar och migranter som anländer till deras respektive länder, och fokuserar särskilt på sårbarheter och specifika hälsobehov som upplevs av befolkningsgrupper på resande fot, som t.ex. förebyggande åtgärder, behandling, grundläggande hälsoutbildning och psykosocialt stöd som syftar till att förbättra integration och integration i värdföreningarna (Matlin m. fl., 2018).

Det är sant att hälsosystemens förmåga att möta de ökade migrant- och flyktingbehovet sedan 2015 har utmanats. Det finns behov av ett allmänt tillvägagångssätt för att stärka folkhälso- och hälsosystemen i syfte att effektivt tillgodose migranternas och flyktingars hälsobehov. En av nyckelfaktorerna för optimal leverans av hälsovård är att säkerställa kontinuitet gällande hälsoinformation, med andra ord se till att medicinska historier för migranter-flyktingar som anländer till Europa är tillgängliga för tjänster under migrant- och flyktingresan. Uppgifter om migranternas och flyktingars hälsoprofil är i många fall inte tillgängliga, eller så saknas eller försvinner relevant dokumentation. Information om patientens medicinska historia, familjehistoria, typer av behandling, vaccinationer och mottagen rådgivning kommer att säkerställa kontinuitet under vårdleverans.

För detta ändamål är det nödvändigt att anta ett enhetligt verktyg som kommer att användas för att underlätta hälsobedömning, och kommer att skapa en kommunikationslinje mellan stater och över olika tjänster som kan återfå dessa befolknings medicinska historia.

På så sätt kommer hälsodata att finnas tillgängliga i andra länder inom Europa när migranter och flyktingar förflyttar sig, och på detta sätt underlättas deras integration i värdländernas nationella hälsosystem.

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

Att värdera hälsotillståndet för flyktingar och migranter som nämnts ovan är viktigt för att upprätthålla och främja deras egen hälsa såväl som folkhälsa i värdländerna. Med tanke på migranternas höga rörlighet och mångfald föreslås ha elektroniska hälsojournalen som ett viktigt sätt att fånga upp information om medicinsk historia och göra den tillgänglig i olika hälsorelaterade sammanhang under migrant- och flyktingresan. Den personliga elektroniska hälsouppgiften (PHR - personal electronic health record) har fördelen med att vara lättillgänglig, förutsatt att det finns en bärbar enhet och lämplig programvara som gör det möjligt för sjukvårdspersonal att komma åt och uppdatera relevant information.

PHR innehåller alla nödvändiga hälsodata för flyktingar/migranter som anländer till EU. PHR ger därför hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att bedöma en individs hälsostatus och gör denna information tillgänglig för andra yrkespersoner vilket säkerställer att dubbelarbete undviks. Innehållet och användningen av sådana register täcks av kraven i den europeiska lagstiftningen om dataskydd. Det är också viktigt att innan man använder PHR undersöka om denna metod är acceptabel av målpopulationen, och att nödvändig utbildning har tillhandahållits hälso- och sjukvårdspersonal om korrekt användning och att den är i enlighet med befintlig politik och lagstiftningskrav.

Genom att skaffa personlig medicinsk information som kommer att finnas tillgänglig för andra yrkesverksamma, vilket möjliggör informationskontinuitet, bör alla ansträngningar göras för att få skriftligt eller muntligt samtycke genom att förklara processen för datainsamling och dess an-

vändning, särskilt eftersom vi avser elektroniska uppgifter om personlig hälsa. Alla etiska principer måste följas enligt gällande standarder och praxis (Bonomi, 2016).

Elektroniska hälsoregister används således för att:

- › underlätta insamling, bearbetning och överföring av hälsodata mellan olika hälso- och sjukvårdstjänster
- › stödja kliniskt beslutsfattande
- › redogöra för förlorad pappersdokumentation.



Gå till vår verktyglåda för ytterligare verktyg avseende "Informationskontinuitet" bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0



► Psykisk hälsa

Migranter och flyktingar som anländer till Europa har ofta gått igenom traumatiska upplevelser, som t.ex. krig och förföljelse i sina ursprungsländer. Förflyttning (inklusive tvångsfördrivning), svårigheter i transitländer och farliga resor i samband med brist på information, osäkerhet om framtiden och fientlighet i värdländerna, är bara några av de ytterligare faktorer som orsakar stress. Sådana situationer kräver att människor snabbt kan anpassa sig till nya situationer medan det är vanligt att tidigare befintliga sociala och psykiska hälsoproblem bland migranter och flyktingar kan förvärras på grund av de nya förutsättningarna de möter i värdländerna (Ventevogel m. fl., 2015).

En enkätundersökning 2018 bland migranter och flyktingar inom Mig-HealthCare-projektet undersökte förekomsten av psykisk sjukdom bland migranter och flyktingar i tio europeiska länder. Studien fann att 29,6% av deltagarna rapporterade att de drabbades av psykologiska sjukdomar, inklusive depression, ångest, oro och stress.

Enkäten genererade också en SF-36-poäng för total psykisk hälsa för varje deltagare, med värden från 0 till 100 och lägre poäng som indikerar större funktionshinder. Enkäten visade att det fanns en genomsnittlig SF-36-poäng för psykisk hälsa på 60,1 (SD 21,4) för alla deltagare, vilket är lägre än de normativa poängen för EU-populationer, som ligger över 65. Dessa poäng varierade dock betydligt beroende på ursprungsland. De högsta genomsnittliga poängen för psykisk hälsa rapporterades av migranter från Nigeria (65,0) och Syrien (64,2), och de lägsta rapporterades av migranter från Iran (50,6) och Afghanistan (51,0). Medelvärdena varierade också beroende på aktuellt land. De högsta poängen för migranternas och flyktingarnas psykiska hälsa rapporterades i Sverige (65,1) och Italien (65,3), och den lägsta poängen rapporterades i Cypern (53,6) och Grekland (53,7).

Andra relevanta studier visar att:

- › Andelen posttraumatiska stresstörningar (PTSD) är högre bland flyktingar på grund av tvångsfördrivning.
- › Det finns en tendens bland flyktingar som har bott i ett värdland i mer än fem år att drabbas av högre depressiva och ångestbesvär jämfört med än värdpopulationen.
- › Psykiska störningar är vanligare bland långtidsflyktingar, eftersom de saknar social integration och sysselsättning.

(Främjande av psykisk hälsa och psykisk vård för flyktingar och migranter Teknisk vägledning, 2018).

WHO beskriver följande riskfaktorer och stressfaktorer som bidrar till dålig mentalhälsa bland migranter/flyktingar:

- › Före avresa:
 - Exponering för krig och förföljelse
 - Ekonomisk svårighet
- › Resor och transit:
 - Livshotande händelser
 - Fysisk skada
 - Människohandel
- › Ankomst:
 - Bofast i ett land som är avsett som "transitland"
 - Dåliga levnadsvillkor
- › Integration:
 - Dåliga levnadsvillkor
 - Ackulturationssvårigheter - Ackulturation definieras som att värdlandets kulturella vanor, seder och beteenden övertas av individen, vilket spelar en viktig roll i attitydförändringen i hälsorelaterade frågor (Joshi m. fl., 2014).
 - Problem med att få rätt och frihetsberövande
 - Social isolering och arbetslöshet
 - Inför återvändande

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

Frågor avseende psykisk hälsa av särskilt intresse för migranter/flyktingar är:

- › Posttraumatisk stresstörning (PTSD)
- › Sömlöshet
- › Ackulturativ stress

När det gäller hälsovårdstjänster rekommenderar WHO (2018) följande:

- › Främja psykisk hälsa genom social integration
- › Tilldela tydlig information om rätt till vård
- › Kartlägga "outreach" tjänster (eller utveckla nya vårdtjänster vid behov)
- › Försäkra tillgänglighet av tolkningstjänster och/eller kulturella medlingstjänster, inklusive genom informationsteknologi
- › Öka arbetet för integration av psykisk fysisk och social vård
- › Se till att arbetskraften inom psykisk hälsa utbildas för att arbeta med migranter

WHO (2018) ger två huvudrekommendationer när det gäller planering och utvärdering av tjänster, vilket är avgörande för en förbättring av mentalvården till flyktingar och migranter.

- › Investera i långsiktig forskning och utvärderingar av tjänster för att bättre informera om planering och tillhandahållande av tjänster
- › Dela principer för god praxis i länder

(Främjande av psykisk hälsa och psykisk vård för flyktingar och migranter Teknisk vägledning, 2018).

International Organization for Migration (IOM) har formulerat 11 praktiska principer för att främja psykisk hälsa och psykosocialt välbefinnande (Ventevogel m. fl., 2015):

- › Behandla alla människor med värdighet och respekt och stödja självförtroende

- › Bemöta människor i nöd på ett humant och stödjande sätt
- › Ge information om tjänster, support och juridiska rättigheter och skyldigheter
- › Ge relevant psykisk utbildning och använd lämpligt språk
- › Prioritera skydd och psykosocialt stöd till barn, särskilt barn som är separerade, ensamkommande och med särskilda behov
- › Stärka familjestöd
- › Identifiera och skydda personer med specifika behov
- › Göra interventioner som är kulturellt relevanta och säkerställa adekvat tolkning
- › Ge behandling för personer med allvarliga psykiska störningar
- › Inte påbörja psykoterapeutiska behandlingar som behöver uppföljas, när uppföljning sannolikt inte kan ske.
- › Övervaka och hantera välbefinnande för personal och volontärer

► Vaccinationer

Migranter och flyktingar utsätts för högre risk gällande smittsamma sjukdomar. De genomför långa resor från länder som är drabbade av krig och som är endemiska när det gäller fattigdomsrelaterade sjukdomar. Den nationella sjukvården i ursprungsland störs ofta på grund av politisk och ekonomisk kris och instabilitet. Det är dock viktigt att konstatera att det enligt WHO föreligger begränsat med bevis gällande ett samband mellan migrations-/flyktingströmmar och inflöde av infektionssjukdomar.¹ Mig-HealthCare-projektet ger också bevis på att migranter/flyktingar inte utgör ett hot om infektionssjukdom i värdländerna - <https://mighealthcare.eu/e-library>

2016 uppgav WHO-UNHCR-UNICEF att migranter, asylsökande och flyktingar bör ha "icke-diskriminerande och rättvis" tillgång till vaccinationer och rekommenderade att vaccinera migranter i enlighet med värdlandets immuniseringsprogram.² Det är vanligtvis svårt att nå migrantpopulationer för att säkerställa att vaccinationsscheman följs på grund av flera utmaningar: 1) migranternas och flyktingarnas förflyttningar mellan europeiska länder; 2) brist på information om migranternas och flyktingarnas immuniseringsstatus; 3) undvikande av registrering och vaccination; 4) begränsad tillgång till screeningtjänster; 5) brist på samordning mellan grannländernas offentliga hälsovårdstjänster (Mipatrini et al., 2017).

En enkätundersökning 2018 av migranter och flyktingar i 10 länder i Europa inom Mig-HealthCare-projektet visade den oroväckande låga vaccinationen bland migrant- och flyktingpopulationer i Europa. Mer än 73 % av deltagarna uppgav sig inte inneha ett vaccinationskort. Väldigt få

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcr-unicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>



Se vår verktyslåda för ytterligare verktyg gällande hantering av frågor om psykisk hälsa bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

uppgav att de hade fått vaccinationer antingen i sitt nuvarande land eller vid ankomsten till EU (värderna varierar från 6,9 % för influensa och 21,3 % för stelkramp).

Immuniseringssiffror för åtta sjukdomar presenteras i tabell 1.

Tabell 1: Immuniseringstäckning bland vuxna migranter och flyktingar (i aktuellt land eller i invandringsland till EU)

Sjukdom	% Jag vet inte	% Nej	% Ja	N*
Hepatit A	16.9	68.0	15.2	1,030
Hepatit B	14.9	67.4	17.7	1,024
Influensa	16.3	76.8	6.9	954
Mässling	16.0	70.1	13.9	1,006
Pneumococccua (lunginflammation)	16.3	70.9	14.8	1,008
Polio	15.7	69.5	14.8	1,003
Tuberkulos	15.2	68.7	16.1	1,008
Stelkramp	14.7	64.0	21.3	1,027

Source: Mig-HealthCare Survey, 2018.

Vaccinförebyggbara sjukdomar av särskilt intresse för migranter/flyktingar inkluderar följande:

Hepatit B

Studier avseende prevalens av HBV bland migranter och flyktingar visade en seroprevalens av aktiv infektion på 7,2 % och en total seroprevalens (inklusive markörer för tidigare infektion) på 39,7 % (Rossi, 2012). Risken var högre för migranter från Östra Asien och Afrika söder om Sahara. En systematisk översikt rapporterade en prevalens av HBsAg hos migranter från 1,0 till 15,4 %, 2-6 gånger högre än hos den totala befolkningen (Hahne et. Al, 2013).

Mässling, påssjuka, och röda hund

Studier visade otillräckliga uppgifter om mässling utbrott och vaccintäckning bland migranter i Europa. Prevalens av seronegativa individer bland

migranter visade sig variera mellan 6 och 13 %; barn hade högre risk att bli vaccinerade (Jablonka m. fl., 2016). Utlandsfödda barn i Tyskland löpte tre gånger högre risk att vara ovaccinerade än tyskfödda barn (Poethko-Mulle m. fl., 2009). När det gäller påssjuka var seronegativa individer 10,2 % bland nyanlända flyktingar i Tyskland (Jablonka m. fl., 2016). Liknande resultat rapporterades från Sverige och Storbritannien.

Polio

I Tyskland vaccinerades mindre än 15 % av syriska barnflyktingar, medan vaccinationstäckningen bland HIV-infekterade migranter i Frankrike låg på 64,4 % (Bottcher m. fl., 2015; Mullaert m. fl., 2015).

Stelkramp

Studier visade lägre andel av vaccinationstäckningen bland migranter i jämförelse med EU-födda individer. I Schweiz hade bara 27 % av de nyanlända migrantbarnen antikroppar mot difteri-påssjuka-kikhosta (de la Fuente m. fl., 2013).

Difteri

I Frankrike hittades en seroprevalens på 69 % av antikroppar mot difteri bland HIV-infekterade migranter (Mullaert m. fl., 2015).

Vattkoppor

Studier i Tyskland visade att 3,3 % av de nyanlända asylsökande under 2016 var seronegativa för IgG mot varicellavirus (de Valliere m. fl., 2011)

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

Tillhandahållande av hälso- och sjukvård i mottagningscentra för nyanlända migranter och flyktingar bör vara omfattande, integrerad och personcentrerad. Åtgärder för att minska risken för smittsamma sjukdomar inkluderar implementering av hälsoförebyggande åtgärder och hantering. Tillgång till vaccination är av största vikt. Vaccinationer för migranter och

flyktingar bör övervägas i enlighet med nationella riktlinjer. Vaccinationsregister bör tillhandahållas migranter och flyktingar, särskilt när de flyttar mellan länder.

Enligt ECDC och WHO kan vaccinationer för migranter och flyktingar inkludera:

- › Mässling-påssjuka-röda hund för barn ≤15 år;
- › Polio för barn och vuxna med ursprung i högriskländer;
- › Meningokocksjukdom (tetravalenta vacciner mot meningokockserogrupper A, C, W-135 och Y eller, mot serogrupper A och/eller C);
- › Stelkramp-kikhosta-difteri;
- › Influensa, enligt säsongen (Bradby m. fl., 2015).

För att hantera hinder för vaccination föreslår WHO att:

- › Skraddarsy immuniseringstjänster
- › Stärka kommunikationen gentemot specifika befolkningsgrupper

Kommunikationskampanjer anses vara speciellt viktiga för migranter och flyktingar och bör framhäva fördelarna med vaccinationer med hjälp av metoder som anpassas efter målgruppens behov. Det är också viktigt att säkerställa att det inte blir rättsliga konsekvenser för migranter och flyktingar som försöker bli vaccinerade, men saknar laglig status.

Enligt ECDC (2018) bör vaccinationsstatusen för migranter och flyktingar som anländer till Europa först och främst bedömas utifrån befintlig dokumentation. Om sådan dokumentation inte finns, bör migranter betraktas som ej vaccinerade och vaccineras enligt värdlandets immuniseringssystem.



Gå till vår verktyslåda för ytterligare verktyg avseende "Vaccination" bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

Kvinnor utgör ungefär 52 % av invandrabefolkningen i Europa (IOM, 2017). Till följd av detta utgör mödrahälsovård en viktig fråga när det gäller att hälsovård till migranter.

De flesta studier visar att sämre hälsostatus för mödrar och nyfödda barn bland migranter och flyktingar jämfört med deras respektive värdpopulationer.

Migrerande kvinnor får i allmänhet sämre graviditetsresultat jämfört med infödda kvinnor, vilket återspeglas i den högre förekomsten av inducerade aborter, kejsarsnitt, instrumentella leveranser och andra komplikationer bland migranter (Keygneart m. fl., 2016). Dessutom lider migrerande kvinnor av högre förekomst av postpartumdepression. Även om dessa resultat varierar mellan olika migrantgrupper och mellan och inom värdländerna (WHO, 2018) har det visat sig att nyanlända migrerande kvinnor är särskilt utsatta för negativa hälsoresultat (Gissler m. fl., 2010; Hayes, Enohumah & McCaul, 2011), i synnerhet om de befinner sig i sista graviditetsstadiet eller har osäker juridisk status. Enligt en metaanalys under 2014 är migrerande kvinnor i Västeuropeiska länder två gånger så benägna att avlida under eller strax efter graviditeten (Pedersen m. fl., 2014).

WHO (2018) har, utöver ökad moderns dödlighet och morbiditet, också identifierat en markant trend för de sämre graviditetsrelaterade indikatorerna hos migranter. Även om dessa faktorer varierar beroende på värdland, ursprungsland och utfall inkluderar de:

- › psykisk ohälsa, som t.ex. postpartumdepression
- › perinatal och neonatal sjuklighet och mortalitet (t.ex. dödfödsel, för tidig födsel och medfödda avvikelser)
- › suboptimal vårdkvalitet

Denna högre risk för komplikationer på mödrarnas hälsa kan vara ett resultat av olika bidragande faktorer, till exempel kulturella, biologiska, so-

ocioekonomiska faktorer, eller vara relaterade till migrationsresan. Studier har emellertid noterat att en väsentlig del av den ökade sjukligheten och dödligheten bland migrerande kvinnor måste eftersträvas i suboptimala vårdfaktorer i respektive värdländer (Van den Akker, 2016; Keynaert m. fl., 2016):

- › Tillgång till och upptag av mödrar vård
- › Kvaliteten på de tjänster som erbjuds, inklusive hälso- och sjukvårdstjänsternas möjligheter att tillgodose olika slags patienter
- › Tillgång till hälsosystemen och dessas förståelighet

I allmänhet har den högsta risken för att uppleva suboptimala vårdfaktorer observerats bland de senaste migrantgrupperna, oftast av icke-europeisk nationalitet (Almeida, 2013; Pedersen m. fl., 2014; Grech, Tratnik, & Pisani, 2016).

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

WHO tar upp vissa frågor som är särskilt problematiska för flykting- och migrantkvinnor. Dessa inkluderar, men är inte begränsade till, är:

- › känna sig förstadd och stöttas av vårdgivare, samt aktivt kunna samverka med dem
- › veta hur man hittar bra hälsoinformation, samt kunna läsa och förstå den tillräckligt bra för aktiv hantering av personlig hälsa
- › ha socialt stöd för sin hälsa; och
- › förstå hälsovårdssystemet tillräckligt bra för att kunna ta sig fram i det

Rekommendationer:

- › Använda hälsoinformation och material på ett lättillgängligt språk, som t.ex. reklamkampanjer med innehåll om mödrahälsovård och motsvarande hälsorisker som är sociokulturellt lämpligt
- › Ta fram informationsinnehåll på målgruppens modersmål om varningstecken för graviditet och navigering i hälso- och sjukvårdssystemet, samt ge socialt stöd under förlossningsomsorg;
- › Dela ansvaret för att öka migrant- och flyktingkvinnors hälsokun-

skap mellan berörda parter, inklusive myndigheter, hälsovårdsanläggningar och utövare, lärare och samhällsorganisationer och religiösa organisationer.

- › Implementera eller stödja initiativ som sammanför gravida migrantkvinnor med kvinnor med liknande bakgrund som redan har upplevt att föda i respektive värdsamhälle.

Tillhandahålla kvalitetsvård till migrant- och flyktingkvinnor har ofta äventyrats på grund av språkbarriärer, kulturella skillnader (t.ex. vilket kön vårdpersonalen har) och skillnader i uppfattningar om moderskap, hälsa, förväntningar från hälsovård och så vidare (Almeida, 2013; WHO, 2018). Nedan följer några rekommendationer för att hantera denna särskilt utsatta befolkning:

- › Göra screeningprocesser under graviditeten tillgängliga för alla;
- › Anta en personcentrerad vårdmodell som innebär samma kvalitet på vård för alla gravida kvinnor (t.ex. aktualitet, information, respekt, tillräcklig diagnostik, adekvat hantering och transport), oavsett migrationsstatus, och som är lyhörd för mångfald;
- › Hänvisa flykting- och migrantkvinnor till specialistvård, om en riskbedömning antyder att de bör undersökas för tuberkulos, pre eklampsi och ett foster som är litet för graviditetsåldern;
- › Använda professionella tolkar och kulturförmedlare vid behov snarare än familjemedlemmar för att underlätta kommunikation mellan medicinsk personal och flykting- och migrantkvinnor. Överväga telefonsessioner som ett kostnadseffektivt alternativ när kontakttolkningstjänster inte är ett alternativ.



Se vår verktöglåda för ytterligare verktyg gällande hantering av "Mödra- och barnhälsa" bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0



► Hälsöfrämjande

Hälsa anses vara ett grundläggande mänskligt behov och en mänsklig rättighet (WHO, 2017). Främjande av hälsa definieras enligt Ottawakonventionen (WHO, 1986) som "en process som möjliggör att människor får ökad kontroll över sin hälsa och kan förbättra den". Hälsa ses som en resurs i det vardagliga livet, inte som ett syfte med livet.

Detta upprätthålls inte alltid när det gäller migranter och flyktingar. Det finns ett flertal fall som påvisar de hänsynslösa förhållanden som förekommer i mottagning anstalter och läger, i synnerhet i det första ankomstlandet (Agier m. fl., 2018).

Invandrare som kommer till Europa har i allmänhet god hälsa vid ankomsten, samt under sin första boendetid i värdlandet. Detta fenomen, som kan kallas för den "hälsosamma migranteffekten", kan till stor del förklaras genom socialt urval och statlig screening (Constant, Garcia Muñoz, Neuman & Neuman, 2018). Ofta är det friskare och yngre samhällsmedlemmar som tar beslutet och besitter de resurser som krävs för att ge sig ut på den riskfyllda migrationsresan från Afrika, Syrien, Afghanistan och andra krigsdrabbade områden. Däremot stämmer det i lika hög grad att deras hälsa troligen kommer att försämrats efter ankomsten på grund av dåliga boende- och levnadsförhållanden, något som utgör avgörande hälsöfaktorer. I ny forskning inom global folkhälsoetik hävdar man att migranternas hälsa kan anses vara en global allmän nytta (Widdows & Marway, 2015). Detta understöder ytterligare de humanitära argumenten (Wild & Dawson, 2018) att det är livsviktigt att skydda och främja migranternas hälsa för samhällets bästa.

Frågor gällande främjande av hälsa bland migranter och flyktingar inkluderar screening för livmoderhalscancer och bröstcancer, kolorektalcancer, rökning samt frågor gällande näring och fysisk aktivitet.

Screening av livmoderhals-och bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i hela världen,

medan livmoderhalscancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor från låginkomst länder (WHO, 2017). I Sverige utförs bröstcancerscreening med mammografi på kvinnor från åldern 40 kombinerat med månatlig självundersökning, om det inte förekommer andra särskilda riskfaktorer, såsom familjehistoria, som gör att kvinnan löper större risk att drabbas av bröstcancer (Perry m. fl., 2008). Livmoderhalscancerscreening på populationsnivå utförs med hjälp av cytologi riktat till kvinnor mellan 23 uppåt för att upptäcka skador i ett gynekologiskt utstryksprov. (Europeiska riktlinjer för kvalitetssäkring vid livmoderhalscancerscreening, 2008) Det har framkommit att kulturella och religiösa skillnader i invandrabefolkningarna, tillsammans med språkproblem och missnöje från hälso- och sjukvårdssystemet, leder till ett lägre deltagande i organiserad screening för livmoderhalscancer (Rosano m. fl., 2017).

Det är nödvändigt att bemöta cancerscreening på samhällsnivå genom kulturellt medvetna och språkligt lämpliga tjänster, samt att öka medvetenheten om cancerprevention till exempel när det gäller livmoderhalscancer och bröstcancer.

Resultaten från Mig-Healthcares undersökning år 2018, som utfördes i tio europeiska länder, visar på att antalet cancerscreeningar bland flyktingar och migranter är lågt. Endast 5,1 % av deltagarna uppgav att de har genomgått koloskopi. Av de kvinnliga deltagarna i undersökningen hade 20,4 % aldrig tagit ett gynekologiskt cellprov och 12,8 % hade aldrig gjort mammografi.

Screening av kolorektalcancer

Kolorektalcancer ledde till 154 000 dödsfall i EU-28 år 2015, vilket motsvarar 11,7 % av alla dödsfall i cancer och 3,0 % av det totala antalet dödsfall, oavsett dödsorsak. Av dessa dödsfall utgjordes 3,3 % av män och 2,6 % av kvinnor (EUROSTAT, 2018).

Invandrar- och flyktingpopulationens attityder till kolorektalcancer antyder att de inte betraktar kolorektalcancer som något riskfyllt i jämförelse med lokalbefolkningen. Därför är deras deltagande i screening för kolorektalcancer (oavsett screeningtest) mycket lågt, vilket i många fall leder till en tjocktarmscancerdiagnos i ett senare skede (Punzo och Rosano, 2018). Fakta visar dock att förekomsten av kolorektalcancer bland migranter i ett värdland är lägre än förekomsten hos lokalbefolkningen, något som troligen

är ett uttryck för den hälsosamma invandrareffekten. Den här trenden avtar däremot över tid. Man uppskattar att migranter antar samma cancerriskprofil som värdlandets befolkning efter 10 års bosättning i värdlandet.

Därför finns ett behov att bemöta problemet gällande låga deltagande i screening för kolorektalcancer bland flyktingar och migranter med hjälp av spårkänsliga medel för att öka medvetandet av screeningsbetydelse (Shuldiner m. fl., 2018).

Alkohol

Det har framkommit oro gällande skadlig alkoholanvändning hos populationer som har tvångflyttat från sina hem med våld på grund av krig, brott mot mänskliga rättigheter och förföljelse (Johnson 1996; De Jong et al., 2002; UNHCR/WHO, 2008). Nya resultat visar på att den högsta uppskattade förekomsten av skadlig alkoholanvändning bland flyktingar, internflyktingar och asylsökande sträcker sig mellan 17 %-36 % i förläggingsmiljöer och mellan 4 %-7 % i gemenskapsmiljöer (Horyniak et al., 2016). Omlokalisering leder vanligen till sämre levnadsförhållanden, fattigdom och förlust av familj, vänner, tillgångar, uppehälle och självkänsla, samt förlust av kulturellt och social stöd (Miller 2004; Porter & Haslam, 2005). Ökad stress och ångest kan leda till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression, vilket ytterligare försämrar den psykiska hälsan och ökar risken för alkoholkonsumtion (Kozaric-Kovacic, Ljubin & Grappe, 2000).

När det gäller flyktingläger är det av yttersta vikt att inte ignorera en möjlig förekomst av substansrelaterade problem. Tillgänglighet till behandlingstjänster för migranter och flyktingar ytterligare en utmaning. Flyktingar kanske inte tillåts använda sig av lokala behandlingstjänster, tjänsterna kan vara dyra, eller så kanske flyktingarna inte har tillgång till tjänster utanför lägret. Kulturella och språkliga skillnader gör situationen ännu mer komplex.

Ingripanden för att minska skadlig användning av alkohol och andra psykoaktiva substanser kan leda till positiva förändringar, men de måste anpassas till varje situations specifika behov.

En snabb bedömning med lämpliga verktyg, förståelse för situationen, samverkan med personal och flyktingar samt ett inkluderande tillvägagångssätt är alla väsentliga.

Tobaksanvändning

Det finns få uppgifter tillgängliga gällande användning av tobak och droger i synnerhet bland migranter och flyktingar i Europa. I motsats till de förhållandevis låga fallen av droganvändning bland migranter och flyktingar var antalet rökare bland migranter däremot högre, enligt undersökningar som gjorts i Frankrike och Finland (Khalat och Guillot, 2017; Salama m. fl., 2018; WHO, 2018). Manliga migranter i de två länderna rökte i mycket högre grad i jämförelse med kvinnliga migranter från samma ursprungsländer och icke-migranter.

Hälsobeteenden hos migrant- och flyktingpopulationer, inklusive rökning, beror huvudsakligen på ursprungsland, kulturell bakgrund, kön och ålder (Salama m. fl., 2018). Ackulturation är en viktig faktor som påverkar förekomsten av rökning bland olika individer. I en studie som undersökte migrantrelaterade förändringar avseende rökning, framkom en låg prevalens av rökning innan migrationen. Studien visade också diverse postmigrationsbarn vilket tyder på att program för tobaksreglering som riktas till nyanlända migranter kunde bidra till att förhindra ohälsosam assimilering (Khalat m. fl., 2018). <3787> En annan studie om turkiska migranternas rökvanor visade att de anpassade sitt beteende enligt den nederländska eller tyska majoritetsbefolkningen ju längre de vistsade i landet (Reiss, Lehnhardt & Razum, 2015). Den nya miljön utövar därför en nyckelroll för huruvida den allmänna hälsan och välmående hos invandrapopulationer förbättras eller försämras.

Ett fåtal program fokuserar på förebyggande av tobaksanvändning bland migranter och flyktingar. Enligt en studie om rökvanor hos migranter i Österrike fastställer redan existerande interkulturella skillnader mellan människor, med eller utan migrationsbakgrund, attityderna mot rökning, beroenden och inställningen till avvänjningsprogram (Urban m. fl., 2015).

På grund av skillnader i kulturell bakgrund, språk och attityder föreligger det ett stort behov av skraddarsydd preventiva program och rökavvänjningsprogram och dessa måste tillgodoses.

Nutrition

Det finns en del olika problem om hälsosam kost som är viktiga för migranter och flyktingar. Dit hör näringsbrist, undernäring och osäker livsmedelsförsörjning, samt brist på vitamin A, D och B12, anemi, järnbrist och fetma.

Osäker livsmedelsförsörjning

Osäker livsmedelsförsörjning definieras enligt US Department of Agriculture (USDA) som en situation där det förekommer "begränsad eller osäker tillgång till näringsrika och säkra livsmedel eller en begränsad eller osäker förmåga att införskaffa adekvata livsmedel på socialt accepterade sätt".

Höga nivåer av osäker livsmedelsförsörjning observeras bland omplacerade flyktingar till följd av olika skäl, däribland kommunikationsproblem och begränsade arbetsfärdigheter (Gunell m. fl., 2015), samt på grund av svårigheter att anpassa sig till det nya landet (FAO och OPM, 2018).

Näringsbrist – undernäring (utmärbling, försvagad tillväxt, undervikt)

Näringsbrist av alla slag, i synnerhet brist på mikronäringsämnen samt undernäring, anses vara mycket viktiga när det gäller flyktingars hälsa. Förenta nationernas flyktingkommissariat (UNHCR) bekräftar att näringsbrist inte bara är ett fysiologiskt tillstånd, utan även en människorättsfråga (UNHCR/WFP, 2006). Bland orsakerna till näringsbrist finns många sammanvävda faktorer såsom sjukdom, bristande vårdmetoder, dåliga miljöförhållanden samt bristande tillgång till näringsrika livsmedel (UNHCR, 2011). Flykting- och invandrabarn är ofta mer utsatta för kostrelaterade hälsoproblem, både vad gäller näringsbrist, övervikt och fetma (WHO, 2018c).

Näringsbrist och brister på mikronäringsämnen kan ha en förödande inverkan på flyktingbarns framtid. Således är det viktigt att screena för dessa brister och utföra både korta och långsiktiga uppföljningar för att minimera eventuella negativa hälsoeffekter (UNHCR, 2019a, 2019b). I synnerhet bör man betona vikten av amning, eftersom amning bidrar till att förhindra näringsbrist, vissa sjukdomar och dödlighet bland spädbarn och små barn. UNHCR har utvecklat en policy gällande acceptans, fördelning och användning av mjölkprodukter i flyktingmiljöer, i syfte att skydda och främja amning (UNHCR, 2006).

Enligt 2013 års övervakningsrapport från den internationella organisationen för invandranäring uppvisade 9 063 flyktingbarn i åldrarna 6-59 månader (12 % av alla flyktingar som undersöktes år 2013) en medelhög prevalens för utmärbling (5,3 %), en låg prevalens för försvagad tillväxt (17,6 %) och en låg prevalens för undervikt (8,3 %).

Enligt en pilotstudie som undersökte 192 barn i åldrarna 1-18 år i två flyk-

tingcenter i norra Grekland var 7,8 % av barnen underviktiga, 4,6 % var utmärklade, 7,3 % hade försvagad tillväxt och 13 % led av åtminstone en typ av näringsbrist. Flickor drabbades oftare av näringsbrist än pojkar. Bland tonåringar uppvisade dessutom 21,7 % av flickorna och 10 % av pojkarna åtminstone en typ av näringsbrist (Grammatikopoulou m. fl., 2019).

Brist på vitamin A, D och B12

Vitamin A och D-brist förekommer ofta bland migranter och flyktingar, upp till 80 % av dem (Benson m. fl., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry m. fl., 2018; Seal m. fl., 2005; Beukeboom & Arya, 2018). Dessutom kan allvarlig D-vitaminbrist (serum 25-hydroxyvitamin D < 25 nmol/l) förekomma hos upp till hälften av barn och vuxna av icke-västerländsk härkomst. Olika faktorer bidrar till utvecklingen av D-vitaminbrist, däribland otillräcklig exponering för solljus, mer pigmenterad hud, användning av hudtäckande kläder på religiösa eller kulturella grunder etc. (Benson m. fl., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry m. fl., 2018).

B12-vitaminbrist är också vanligt bland flyktingar. Den här bristen är i huvudsak hänförlig till ett lågt intag av livsmedel från djurriket samt till inälvsparasiter såsom *Helicobacter pylori* (Benson m. fl., 2015; Beukeboom & Arya, 2018).

Anemi och järnbrist

Anemi till följd av järnbrist förekommer oftare hos kvinnliga migranter och hos migrantbarn (Redditt m. fl., 2015; Beukeboom & Arya, 2018). Varierande aneminivåer mellan 12 % och 55 % har det rapporterats beroende på migrantens ursprungsland (Tanaka m. fl., 2018; Pavlopoulou m. fl., 2017; McCarthy m. fl., 2013; Raman m. fl., 2009; Hayes m. fl., 1998). Enligt en ny undersökning som utfördes vid en öppenvårdsinrättning för migranter hade 13,7 % av alla migranter och flyktingbarn (15,2 % av invandrarna och 12,3 % av flyktingbarnen) anemi. Dessutom noterades låga järn nivåer hos 17,3 % av hela testgruppen (Pavlopoulou m. fl., 2017).

Fetma

Migranter anländer med största sannolikhet i sina nya länder med en hälsosam kroppsvikt. Till följd av socioekonomiska faktorer och stress, samt exponering för annorlunda matvanor, verkar migranter och flyktingar löpa större risk för att drabbas av fetma jämfört med värdbefolkningarna efter

ungefär 10 till 15 år i värdlandet (WHO, 2018; Murphy m. fl., 2017). Tidigt förebyggande och utbildning om hälsosam kost är viktigt för att stoppa spridningen av fetmaepidemin bland migranter och flyktingar. Åtgärder för att främja hälsosam vikt bland migranter och flyktingar bör vara en rutintjänst på den kommunala vårdnivån.

Fysisk aktivitet

Nivåerna på fysisk aktivitet bland migranter och flyktingar är lägre än hos icke-immigrerade populationer, och detta förknippas med ökade ojämlikheter gällande hälsa (Ainsworth, 2000; Sternfeld, Sternfeld, Ainsworth & Quesenberry, 1999; Gadd m. fl., 2005; Wieland m. fl., 2013; Fischbacher, Hunt & Alexander 2004; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2011).

Bland migranter och flyktingar kan eventuella hinder upplevas vara kulturella skillnader, brist på förtroende bekvämlighet att delta i fysiska aktiviteter, samt att man inte tror på de hälsofördelar som fysisk aktivitet medför (Koshoedo, Simkhada & van Teijlingen, 2015; Koshoedo, Paul-Ebhohimhen, Jepson & Watson, 2015; Devlin m. fl., 2012; Wieland m. fl., 2013).

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

WHO har nyligen tagit fram 8 vägledande principer för att främja migranternas hälsa (WHO, 2017). Dessa utgörs av:

- Rätten att åtnjuta fysisk och mental hälsa av högsta möjliga tillgängliga standard.³

3. Denna rättighet har fastslagits i många internationella avtal och fördrag, till exempel i Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (1966), som beskrivs i inledningen till Världshälsoorganisationens konstitution. Därutöver erkänner artikel 2.2 och artikel 12 i Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter rätten att alla ska åtnjuta fysisk och mental hälsa av högsta möjliga tillgängliga standard utan diskriminering av något slag på grund av ras, färg, kön, språk, religion, politiska åsikter eller liknande, nationell eller social härkomst, egendom, födslorätt eller annan status; upplösande av status; upplösningar WHA61.17 (2008) och WHA70.15 om främjande av flyktingars och migranternas hälsa. Konventionen om migrerande arbetstagare (tilläggsbestämmelser) 1975 (nr. 143) uppger att migrerande arbetstagare bör åtnjuta jämlika rättigheter gällande arbets säkerhet och hälsa som alla andra arbetstagare. Se Ramverk för prioriteringar och vägledande principer för främjande av flyktingars och migranternas hälsa http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf

- › Jämlikhet och icke-diskriminering.
- › Jämlik tillgång till hälsovårdstjänster.
- › Människocentrerade hälsovårdssystem som är sympatiska mot flyktingar och migranter oavsett kön.
- › Icke-restriktiv hälsovård baserat på hälsoproblem.
- › Tillvägagångssätt som inbegriper hela statsförvaltningen och hela samhället.
- › Flyktingars och migranternas deltagande och sociala integration.
- › Samverkan och samarbete.

► Munhälsa – Tandvård

I en ny granskning av hälsofrämjande litteratur (Laverack, 2018) har man analyserat olika strategier som har använts tillsammans med migranter. Dessa kan delas in i:

- a) allmänna icke-specifika strategier och interventioner baserat på universella hälsofrämjande principer, och
- b) skraddarsydda interventioner för specifika migrantgrupper och behandling av specifika hälsofrågor och preventiva åtgärder.

Kompletterande strategier består av hälsokompetens, kamratpåverkan och hälsoutbildningsmodeller där migranter som redan har etablerat rötter i värdlandet kan spela en central roll som språkliga tolkare och kulturella medlare. I allmänhet ansågs det att skraddarsydda interventioner var effektivare än icke-specifika program, i synnerhet sådana som också engagerade de samhällsbaserade organisationerna med hjälp av kulturellt lämpliga meddelanden och metoder.



Se vår verktyslåda för exempel på verktyg som används med migranter och flyktingar gällande "hälsofrämjande" och specifikt för förebyggande av rökning och säker alkoholanvändning, främjande av hälsosam kost och främjande av screening för livmoderhalscancer och bröstcancer på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

Enligt WHO definieras munhälsa som "det tillstånd när man är fri från kronisk mun- och ansiktssmärta, mun- och halscancer, infektioner och sår i munnen, gingivit, karies, parodontit och andra sjukdomar och avvikelser som begränsar individens möjlighet att bita, tugga, le, tala samt påverkar det psykosociala välbefinnandet" (WHO, 2003).

Mig-HealthCares undersökning visar att det vanligaste kroniska hälsoproblemet som migranter och flyktingar drabbas av är karies (36,2 %), medan migranterna själva anser att det oftast förekommande viktiga hälsoproblemet är tandproblem (51%).

Dessutom visar diverse vetenskapliga undersökningar att oral ohälsa har en jämförelsevis hög prevalensnivå bland migranter, i synnerhet bland migrantbarn. I allmänhet har man begränsad kunskap om migranternas oral hälsa samt deras munhälsorutiner, framförallt när det gäller den vuxna befolkningen.

Aktuella undersökningar i Europa som utförts visar att:

- › prevalensen för karies bland barn till migranter är större jämfört med barn utan migrantbakgrund
- › migrantbarn drabbas oftare av tandköttinflammation och är mindre benägna att söka tandvård eller rådgivning jämfört med andra barn i samma åldersgrupp
- › det finns ett starkt samband mellan migrantbakgrund och utnyttjandet av regelbundna undersökningar, oberoende av socioekonomisk och demografisk status eller bosättningsort och sjukförsäkring. Det har bekräftats att i synnerhet unga migranter (mellan 18 och 29 år) utnyttjar förebyggande tandvård och regelbundna undersökningar mer sällan än icke-migranter (Erdsiek, Dorothee Waury & Patrick Brzoska, 2017; Arabi, Reissmann m. fl., 2018).

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

När migranter och flyktingar integreras i europeiska värdsamhällen ökar behovet av tandvård, och trycket på tandvården i hela EU kommer att öka markant.

I en undersökning som utförts av Mig-HealthCare-projektet bland flyktingar och migranter i 10 EU-länder framkom att 17,4 % av invandrarna betraktade sin oral hälsa som dålig och att 26,6 % betraktade den som tillfredsställande. Totalt 27,3 % hade besökt en tandläkare under föregående år, medan 23,7 % aldrig hade besökt en tandläkare eller tandvård i sitt liv. Generellt sett uppgav 10,4 % att de inte borstar sina tänder varje dag, och 29,4 % av invandrarna som svarade vet inte vart de ska vända sig om de behöver träffa en tandläkare.

Informationen som finns om hälsostatus och användning av tandvårdstjänster är fortfarande begränsad, men det är tydligt att vissa utsatta migrantgrupper, i synnerhet flyktingar och asylsökande, har begränsad tillgång eller ingen tillgång alls till fullständiga tandvården. För att åstadkomma långvariga förbättringar gällande migrantbefolkningens munhälsa är det nödvändigt underlätta åtkomst till vårdssystemet och att utveckla specifika program för förebyggande och intervention. Förutom juridiska hinder finns det även socioekonomiska faktorer (arbetslöshet och/eller minskad inkomst kontra hög ekonomisk belastning i samband med tandvård) som begränsar migranternas tillgång till lämplig tandvård. Det är av avgörande vikt att implementera effektiva utvärderingsverktyg och leda framtidsinriktade förebyggande program.

Bland migranter och flyktingar rekommenderas det att man:

- › kontrollera munhälsan för att identifiera hälsovårdsproblem i befolkningsgruppen
- › Diagnosticerar och analyserar munhälsovårdsrisker i befolkningsgruppen
- › Informerar och utbildar målbefolkningen genom hälsovårdsutbildningskampanjer, och kulturellt känsligt informationsmaterial, medieengagemang, samhällsgrupper, samverkan med mera.
- › förespråkar att främja förändring och tillämpning av policyer och lagar

- › genomför utbildning i samhällelig munhälsa, tar i beaktande professionella yrkesutövares geografiska placering samt övervakar verksamheten

Dessutom lyfter WHO fram vikten av att främja hälsosamma miljöer såsom hälsosamma städer och arbetsplatser samt hälsofrämjande skolor för att skapa en omfattande stöttande omgivning för främjandet av munhälsa bland migranter och flyktingar.



Se vår verktyslåda för ytterligare verktyg gällande hantering av frågor om mun- och tandhälsa bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0



► Icke-överförbara sjukdomar och kroniska tillstånd

Andelen icke-överförbara sjukdomar hos nyanlända migranter och flyktingar är lägre jämfört med den infödda befolkningen. Däremot ökar prevalensen och förekomsten av icke-överförbara sjukdomar vartefter vistelsen i värdlandet fortgår (WHO, 2018).

Istället är migranter och flyktingar som redan lider av icke-överförbara sjukdomar mer sårbara för den stress som migrationsresan medför, och de är mer utsatta för sjukdomskomplikationer till följd av ogynnsamma villkor och en oförmåga att komma i kontakt med lämplig sjukvård.

Röda korset uppskattar att människor som lever i kris- eller nödsituationer drabbas av två till tre gånger fler allvarliga komplikationer till följd av redan existerande hälsoproblem (IRC, 2018).

Icke-överförbara sjukdomar som är av särskilt intresse för denna grupp är diabetes, fetma och cancer.

Enligt WHO kan migrations- och flyktingresan öka symptomen eller orsaka en livshotande försämring bland migranter och flyktingar som lider av icke-överförbara sjukdomar. Sårbara människor, som äldre och barn, löper största risk för detta.

Komplikationer bland migranter och flyktingar som lider av icke-överförbara sjukdomar kan enligt WHO (2018) vara en följd av:

- Fysiska skador: faktorer som sekundära infektioner och bristande kontroll över blodsockerhalten äventyrar behandlingen av akuta traumatiska skador;
- Tvångsfördrivning: bristande tillgång på mediciner eller utrustning, förlust av recept, bristande tillgång till sjukvårdstjänster vilket leder till ett förlängt avbrott i behandlingen;

- › Försämrade levnadsvillkor: förlust av skydd, brist på vatten och regelbunden livsmedelsförsörjning samt otillräckliga inkomster ökar den fysiska och psykologiska stressen; avbruten vård: på grund av ödelagd sjukvårdsinfrastruktur uppstår en brist på medicinska förnödenheter samt en frånvaro av vårdgivare som har avlidit, skadats eller som inte kan återvända till arbetet; och
- › Avbrott i strömförsörjningen eller tillgången på dricksvatten, vilket har livshotande konsekvenser i synnerhet för människor med terminal njursvikt som behöver dialys.

Vartefter prevalensen av icke-överförbara sjukdomar ökar kommer även sjukvårdskostnaderna som krävs för att behandla de negativa effekterna att öka. De negativa effekterna förväntas bli tydligare bland utsatta grupper, som migranter och flyktingar. Med tanke på att icke-överförbara sjukdomar är kroniska och att livslängden ökar, kan hälsorelaterade problem finnas kvar under många år. I ekonomiskt svåra situationer blir detta en svår börda att bära. När det gäller utsatta grupper kan sådana kostnader endast täckas av den statliga sjukvården och av försäkringsgivare, medan det i själva verket finns mer kostnadseffektiva sätt att förhindra sjukdomar på, som kunde lätta på dessa höga kostnader (EU Ageing Report 2015).

Viktiga steg och krav för hälso- och sjukvårdssektorn

Enligt WHO (2018) finns det minimistandarder för vård när det gäller att tillgodose de behov som migranter och flyktingar med icke-överförbara sjukdomar har. Närmare bestämt ingår det följande i minimistandarden:

- › Identifiera individer med icke-överförbara sjukdomar för att säkerställa att de har fortsatt tillgång till den behandling de fick innan sin resa.
- › Garantera vård för människor med akut, livshotande komplikationer av icke-överförbara sjukdomar.
- › När behandling för icke-överförbara sjukdomar inte är tillgängligt bör tydliga rekommendationer inrättas för remittering.
- › Säkerställ att nödvändig diagnosutrustning, grundläggande laborietester och mediciner för rutinhantering av icke-överförbara

sjukdomar finns tillgängligt i primärvårdssystemet. Mediciner som finns på WHO:s lista eller på den lokala listan över nödvändiga mediciner är lämpliga.

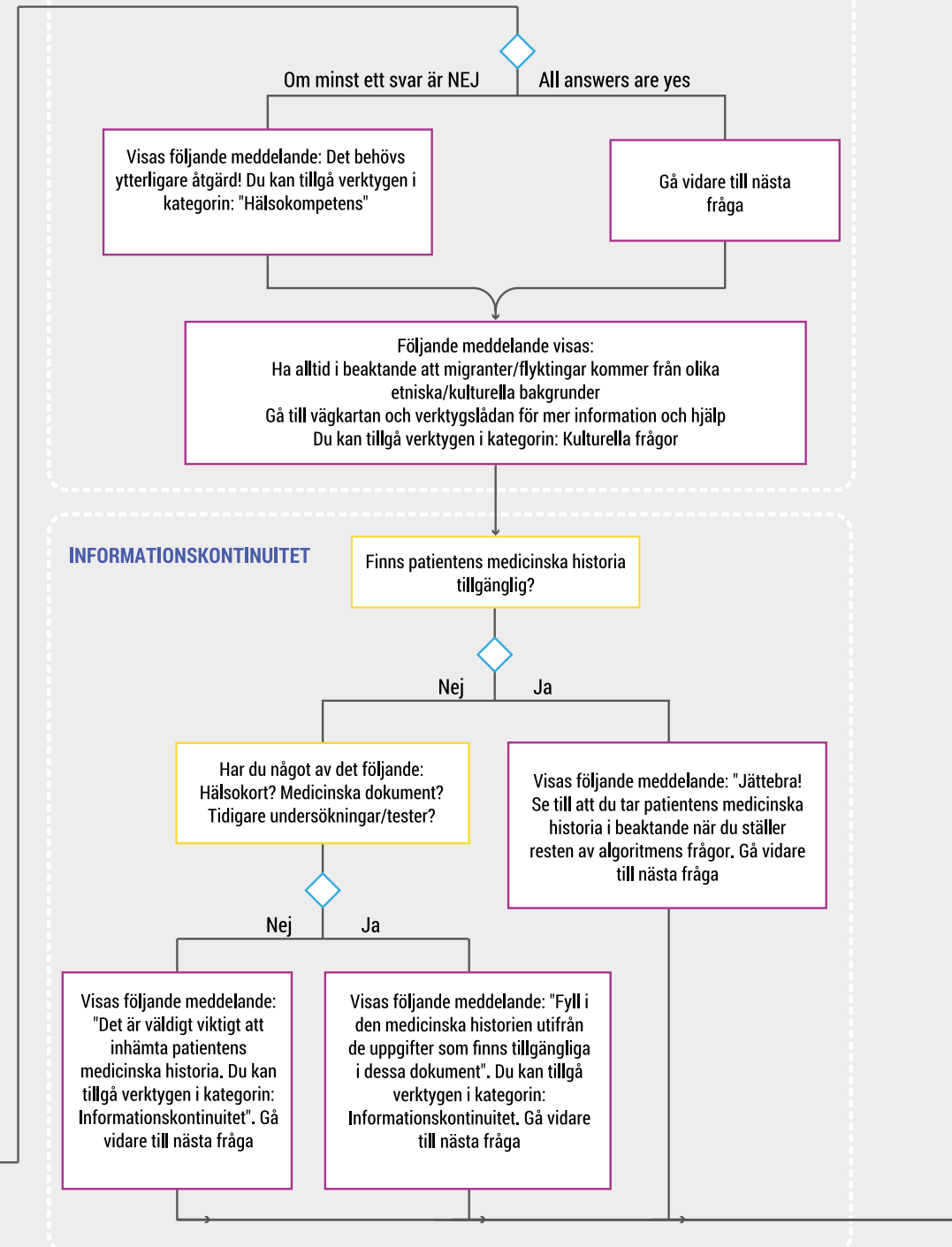
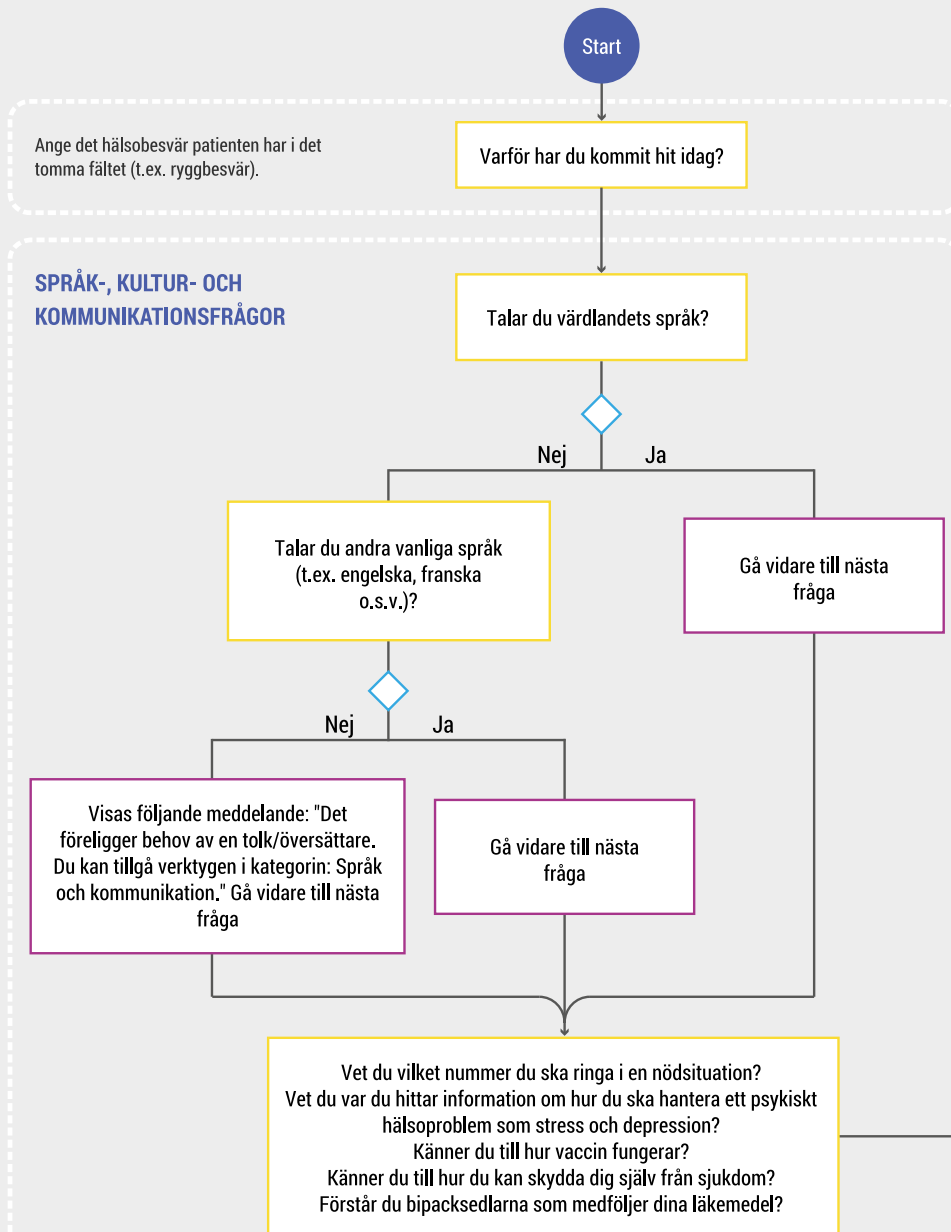
WHO fastställer också nyckelindikationer för tjänsteleverantörer gällande icke-överförbara sjukdomar hos migranter och flyktingar:

- › Alla primärvårdsinrättningar har tydliga operativa förfaranden för remittering av patienter med icke-överförbara sjukdomar till sekundär- eller tertiärvårdsinrättningar.
- › Alla primärvårdsinrättningar har nödvändiga mediciner för att fortsätta behandlingen av patienter med icke-överförbara sjukdomar, inklusive smärtstillande.



Se vår verktyslåda för ytterligare verktyg gällande hantering av icke-överförbara sjukdomar bland migranter och flyktingar på följande länk: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&lang-Selected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Mig-HealthCare-algoritmen



PSYKISK HÄLSA

Följande frågor gäller hur patienten mår och hur hen har haft det under de senaste fyra veckorna. Lämna det svar som ligger närmast hur patienten har mått.

Har du lidit mycket av oro?	1	2	3	4	5	6
Har du känt dig så nere att ingenting har kunnat muntra upp dig?	1	2	3	4	5	6
Har du känt dig lugn och rofylld?	1	2	3	4	5	6
Har du känt dig nedstämd och melankolisk?	1	2	3	4	5	6
Har du varit glad och lycklig?	1	2	3	4	5	6

Hela tiden (1) Större delen av tiden (2) En ganska stor del av tiden (3) En del av tiden (4) Lite av tiden (5) Ingenting av tiden (6)

52 > score

52 < score

Gå vidare till nästa fråga

Visas följande meddelande: "Det behövs en specialist inom mental hälsa". Du kan tillgå verktygen i kategorin: Mental hälsa

VACCINATIONER

Har du ett vaccinationskort?

Ja Nej

Gå vidare till nästa fråga

Visas följande meddelande: "Du kan tillgå verktygen i kategorin: Vaccinationer". Gå vidare till nästa fråga

När vaccinerades du senast?

HÄLSOFRÄMJANDE

för mindre än tio år sedan

Aldrig/I barndomen

Gå vidare till nästa fråga

Visas följande meddelande: "Kontrollera det nationella vaccinationssystemet och handla i enlighet därmed. Du kan tillgå verktygen i kategorin: Vaccinationer". Gå vidare till nästa fråga

Röker du?

Ja Nej

Visas följande meddelande: "Rekommendera patienten att uppsöka rökavvänjningskliniker inom det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. Du kan tillgå verktygen i kategorin: Rökning." Gå vidare till nästa fråga

Gå vidare till nästa fråga

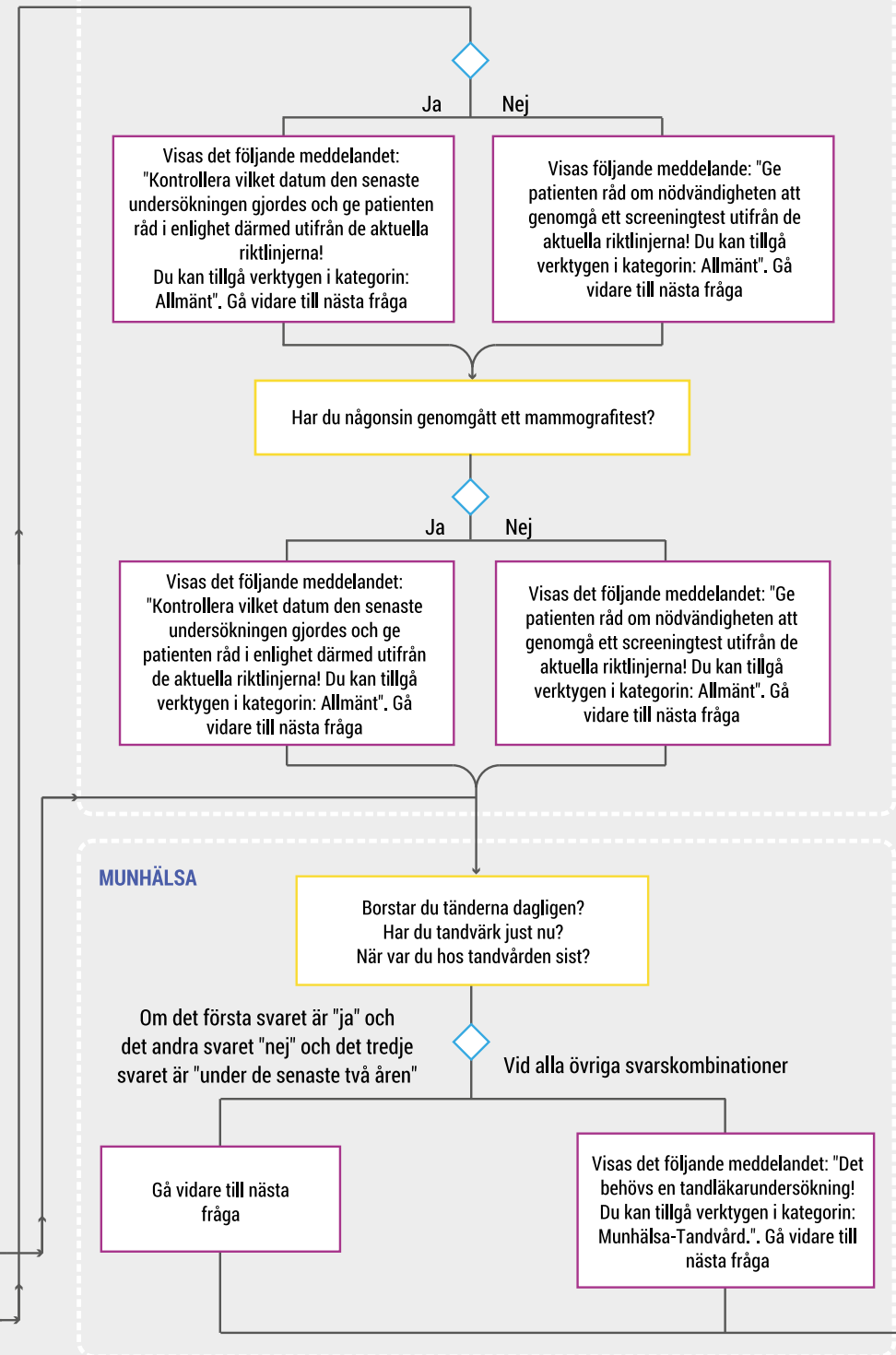
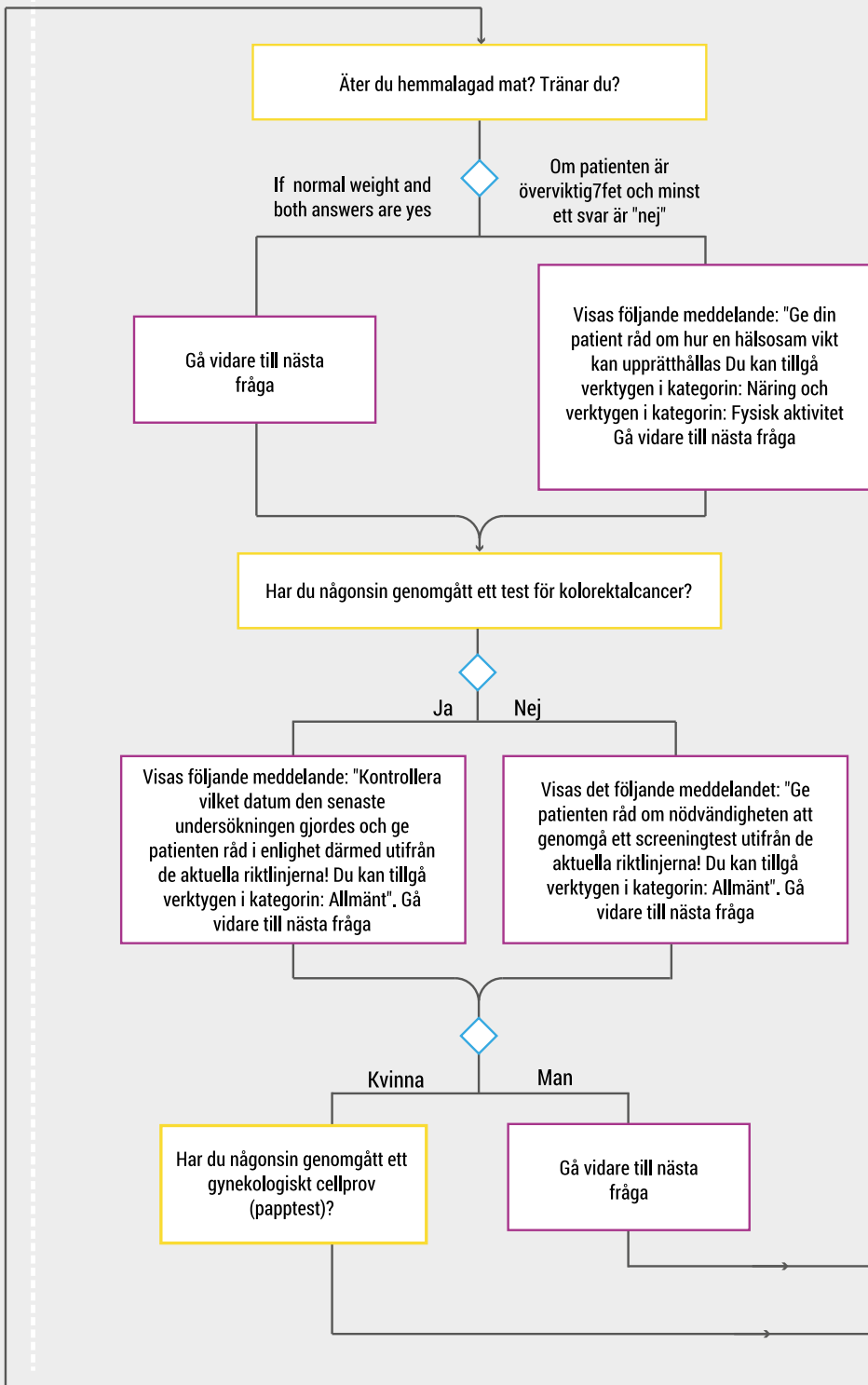
Dricker du alkohol?

Ja Nej

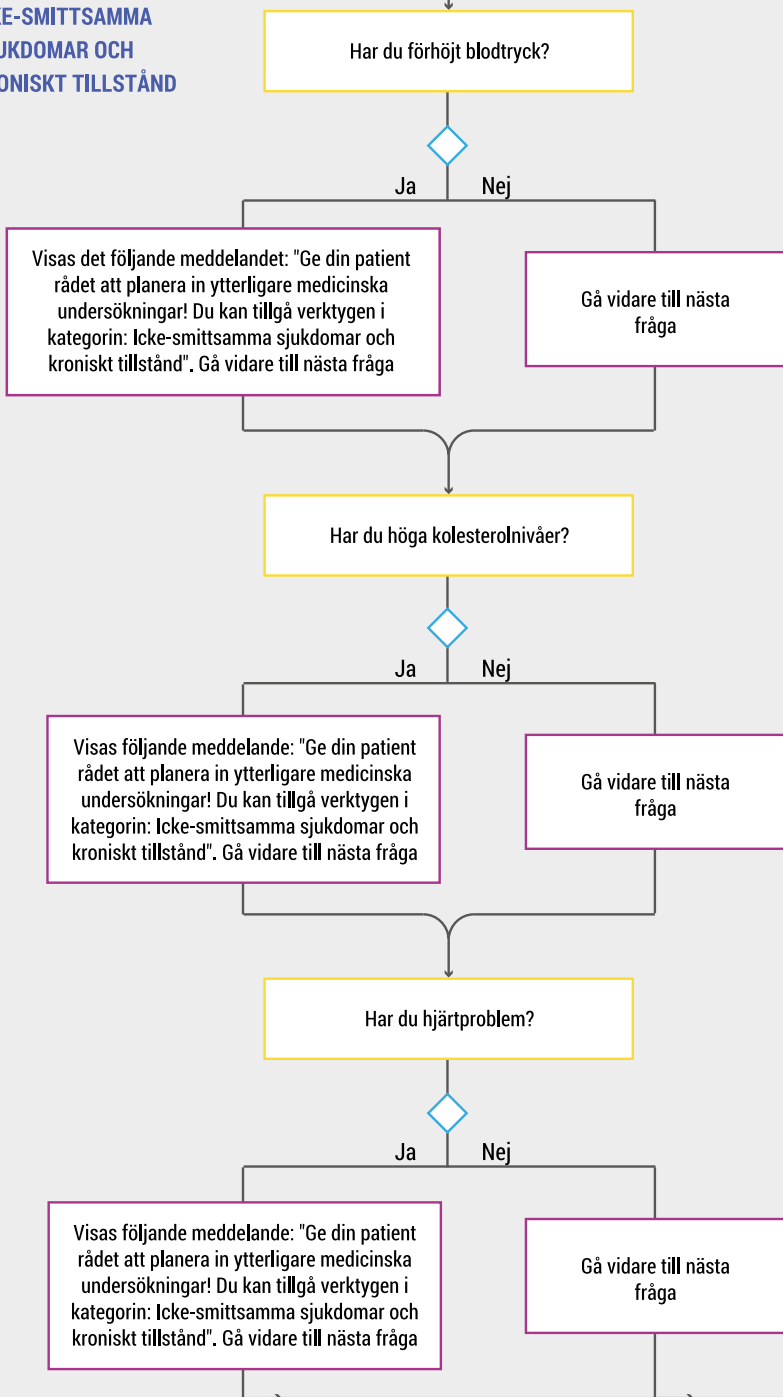
Visas det följande meddelandet: "Du kan tillgå verktygen i kategorin: Alkohol". Gå vidare till nästa fråga

Gå vidare till nästa fråga

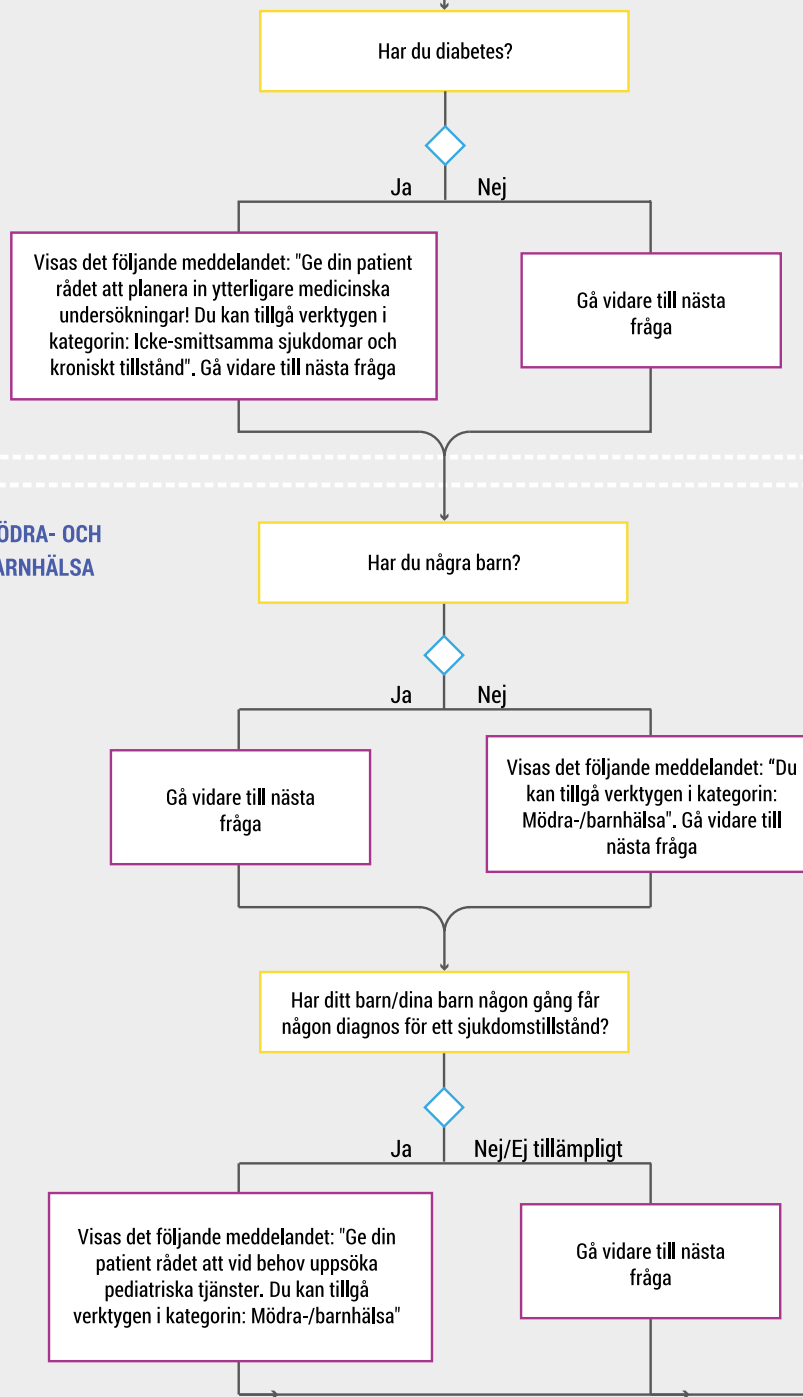
BMI-index (hur mycket väger du, hur lång är du, BMI kommer att beräknas automatiskt och ett meddelande kommer att visas om huruvida patienten är normalviktig, underviktig, fet eller överviktig)



ICKE-SMITTSAMMA SJUKDOMAR OCH KRONISKT TILLSTÅND



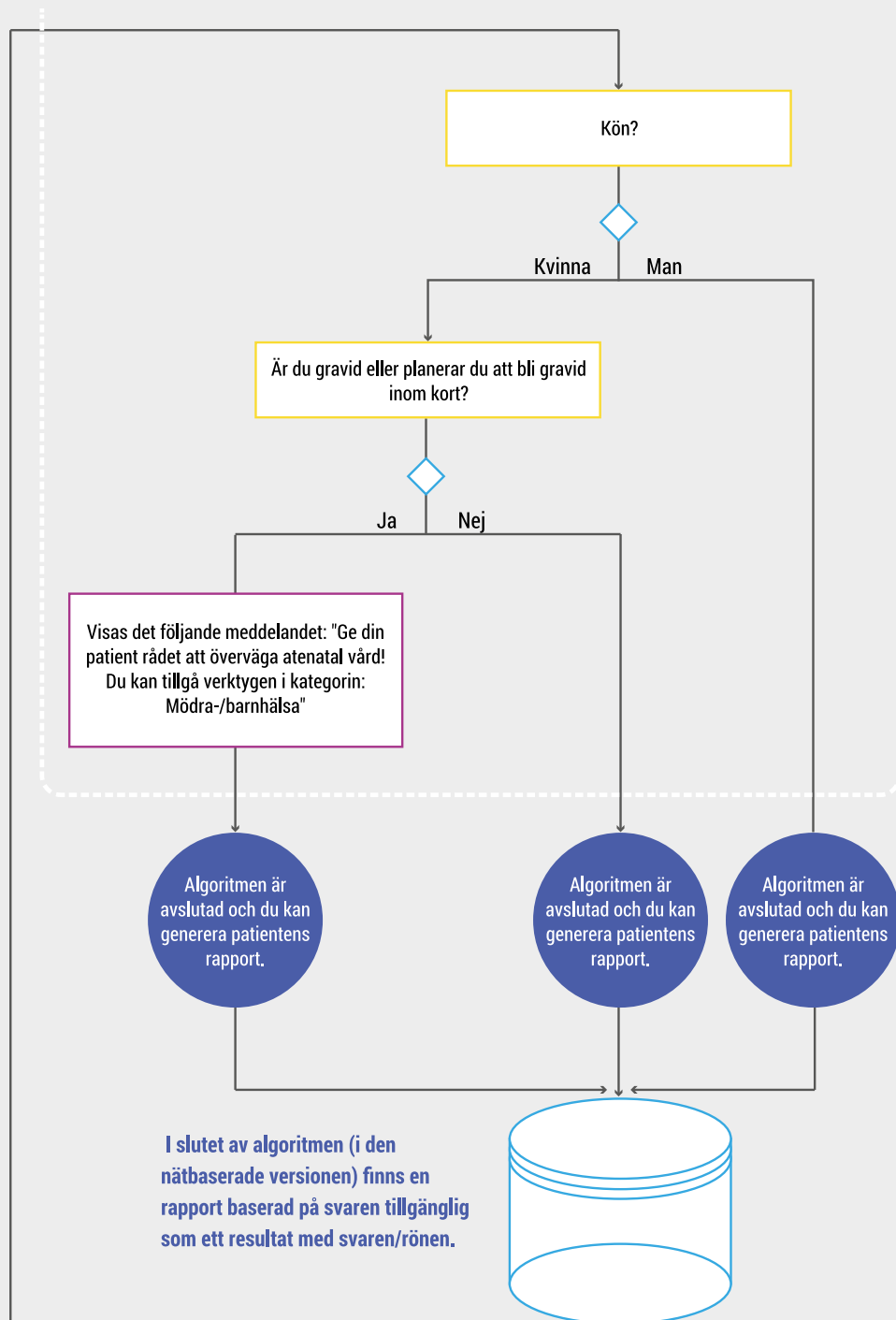
MÖDRA- OCH BARNHÄLSA



► Referenser

Fulltextsreferenserna för bibliografin som omnämns i de hälsofrågor som innefattas i detta dokument kan tillgås via följande länkar:

- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Curture%20Communication\[1\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Curture%20Communication[1].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information\[2\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information[2].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health\[3\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health[3].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations\[4\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations[4].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health\[5\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health[5].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion\[6\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion[6].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care\[7\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care[7].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs\[8\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs[8].pdf)





Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)

This publication is part of the project '738186 / Mig-HealthCare' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.