

Varför är det viktigt med en god hälsokommunikation för alla nyanlända migranter?

Josefin Wångdahl, Eva Åkerman

Josefin Wångdahl, MSc PH & PhD, Socialmedicinsk epidemiologi, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet, E-post: josefin.wangdahl@pubcare.uu.se.

Eva Åkerman, MSc PH, Socialmedicinsk epidemiologi, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet, E-post: eva.akerman@pubcare.uu.se

Antalet migranter i världen och i Sverige är stort och har under de senaste fem åren ökat markant. Nyanlända migranter är en heterogen grupp men gemensamt är att de är en utsatt grupp när det gäller olika former av ohälsa. För att identifiera och främja hälsa bland dem görs ett flertal hälsokommunikativa insatser på nationell nivå. I den här artikeln presenteras resultat från studier som tittat på några nyanlända gruppers upplevelser och behov av dessa. Sammanställningen visar att alla nyanlända migranter som är i behov av hälsokommunikativa insatser inte får ta del av sådana eller nås på ett optimalt sätt. Hälsokommunikation som kommer alla till nytta oavsett födelseland, utbildnings-, och hälsolitteracitetsnivå är viktig för att uppnå en jämlik hälsa.

The number of migrants worldwide and in Sweden is large and has increased over the last five years. Newly arrived migrants are a heterogeneous group but in common, they are an exposed group in terms of different forms of ill health. In order to identify and promote health among them, a number of health-communication initiatives are carried out at national level. This article presents results from studies investigating experiences and needs of some of those initiatives. The summary shows that all newly arrived migrants who need health communication efforts do not have access to them or access them optimally. Health communication that benefits everyone regardless of country of birth, education and health literacy levels is important for achieving equal health.

Bakgrund

Sedan år 2000 har antalet migranter ökat snabb takt världen över, från 173 milj år 2000 till 258 milj år 2017 [4]. Den globala krisen p.g.a. av krig har resulterat i att även antalet flyktingar ökat. Under den senaste fem åren har ca 190 000 (74 297) uppehållstillstånd beviljats för att kunna flytta till en anhörig i Sverige, det vill säga en anhörig som har uppehållstillstånd i Sverige eller är svensk medborgare. Anhöriginvandringen följer inte sällan asylinvandringen eftersom många flyktingar ofta vill återförenas med flyktinganhöriga. Samma period beviljades 209 000 uppehållstillstånd på grund av asylskäl [6]. I strikt mening är migranter alla personer som flyttar från ett land till ett annat. I denna artikel fokuserar vi emellertid på nyanlända migranter som kommit till Sverige på grund av asylskäl och anhöriga till dessa, samt på gruppen thailändska kvinnor vilka fått uppehållstillstånd på grund av anknytning till svensk partner. Med nyanlända syftar vi på personer som haft uppehållstillstånd i Sverige i max 5 år. Valet av dessa grupper baseras på den hälsoproblematik som vi funnit i vår forskning vad gäller dessa. Hädanefter syftar vi på dem då vi använder begreppet migranter.

Nyanlända migranter är en heterogen grupp vad gäller hälsa då de består av individer med olika bakgrunder och erfarenheter [7, 8]. Beroende på ursprungsland kan man ha utsatts för olika hälsorisker som t.ex. ohälsosamma miljöer, våld och olika infektionssjukdomar. Synen på hälsa, vad

som orsakar ohälsa och hur den kan förebyggas och behandlas kan t.ex. skilja sig mellan olika kulturer och länder. Normer och värderingar vad gäller vad som är ohälsa och vilken hälsa som är tabubelagd likaså. Vidare kan hälso- och sjukvården skilja sig åt när det gäller t.ex. hur den är organiserad, vad olika professioner gör, vad den kostar som patient och i vilken utsträckning sjukdomsprevension erbjuds. Faktorer vilka alla kan påverka individens möjlighet och vilja att påverka sin hälsa på olika sätt.

Trots många fördelar med att migrera, så visar undersökningar att vissa migrantgrupper har sämre hälsa än majoritetsbefolkning i Sverige [9, 10]. Enligt data från 2015-2016 hade t.ex. över en tredjedel av de nyanlända flyktingarna i Stockholm (arabisk, dari och somalisktalande) och Skåne (arabisk och daritalande) hade nedsatt psykiskt välbefinnande och/eller sämre än god generell självskattad hälsa [11, 12]. När det gäller ohälsosamma levnadsvanor visade en studie i Skåne att cirka 40% ofta är stressade, cirka 30% röker dagligen och att cirka 40% ägnar sig åt mindre än eller upp till max 30 min vardagsmotion i veckan [12]. Forskning visar även på högre perinatal- och mödradödlighet hos vissa grupper, och även på förekomsten av våld i nära relationer med dödlig utgång jämfört med i befolkningen i stort [13-16]. När det gäller HIV så är Thailand tillsammans med några afrikanska länder ett av de vanligaste födelseländerna bland migranter som diagnostiseras med HIV i Sverige [17]. Trots det saknas särskilda åtgärder för att nå gruppen thailändare. Samtidigt är det inte helt ovanligt

att nyanlända migranter avstår från att söka vård trots behov och från att delta i hälsofrämjande insatser i lägre utsträckning än befolkningen i stort [12, 18]. I den tidigare nämnda kartläggningen av nyanländas hälsa i Skåne var det så många som 73% som avstått från att söka vård trots att de upplevt sig vara i behov av det [12].

Ur ett rättighetsperspektiv har alla människor rätt att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa samt att få hälsofrämjande information som kan

bidra till att säkerställa sin egen och familjens hälsa [19]. Detta avspeglas i den svenska hälso- och sjukvårdslagen ”Vård på lika villkor för hela befolkningen” i vilken det står att bemötande, vård och behandling ska vara lika och erbjudas alla oavsett t.ex. kön, ålder, utbildning och etnicitet [20]. Patientlagen som infördes 2014 i syfte att stärka patientens ställning tar också upp vikten av tillgång till hälsoinformation för att kunna vara delaktig när det gäller sin hälsa [21].

Hälsokommunikation

Det finns många olika definitioner för hälsokommunikation. Enligt en av de som utgår från ett brett folkhälsoperspektiv beskrivs det som

”Ett mångfasetterat och tvärvetenskapligt forskningsområde, teori och praxis som skall nå ut till olika befolkningar och grupper för att utbyta hälsorelaterad information menad att influera, engagera, bemyndiga, och stödja individer, samhällen, sjukvårdspersonal, patienter, beslutsfattare, organisationer, speciella grupper, och allmänheten så att de kämpar för, inför, antar eller upprätthåller ett hälso- eller socialbeteende, praxis eller politik som slutligen förbättrar individers och samhällets hälsa”[3].

Häsolitteracitet

Det finns många olika definitioner av häsolitteracitet. Utifrån ett brett folkhälsoperspektiv kan häsolitteracitet på individnivå ses vara relaterat till litteracitet och ha med människors kunskap, motivation och förmåga att få tillgång till, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation för att kunna göra bedömningar och ta beslut i vardagen som har med sjukvård, sjukdomsprevention och hälsopromotion att göra, för att bibehålla och förbättra livskvaliteten under hela livet [2]. På organisationsnivå definieras en verksamhet vara häsolitterat om den stöder individer i att navigera, förstå och använda information och tjänster för att ta hand om sin hälsa [5]. Häsolitteracitet på organisationsnivå kan med andra ord sägas vara en verksamhets förmåga att göra det så lätt som möjligt för människor att få tag på, förstå, värdera och använda hälsoinformation.

Hälsofrämjande- & sjukdomsförebyggande insatser för nyanlända i Sverige

I Sverige görs olika specifika insatser för att identifiera ohälsa och främja hälsa hos nyanlända migranter. Två sådana som genomförs nationellt är hälsoundersökningen för asylsökande och samhällsorienteringen för nyanlända. Det övergripande syftet med den förstnämnda är att uppmärksamma eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder och att informera om hälso- & sjukvården i Sverige samt tandvård [22]. Det övergripande syftet med samhällsorienteringen är att underlätta för flyktingar att etablera sig och vara delaktig i det svenska samhället [23]. Samhällsorienteringen består av minst 60 h information om det svenska samhället, varav 4 h fokuserar på hälso- & och sjukvården i Sverige. En begränsning med dessa insatser är att inte alla nyanlända migranter inkluderas eftersom de i första hand riktar sig till flyktingar och anhöriga till dessa. Thaiändska kvinnor erbjuds således sällan att delta i dem. När det gäller samhällsorienteringen nås inte äldre (65+) eller föräldralediga.

Hälsolitteracitet behövs för att hälsofrämjande insatser ska göra nytta

Hälsoundersökningen för asylsökande och samhällsorientering tycks inte heller vara till lika stor nytta för alla som deltar i dem [11, 24, 25]. Personer med begränsad hälsolitteracitet tycks få ut mindre av den än de med högre hälsolitteracitet [11, 24]. Det är t.ex. vanligare att personer med låg häl-

solitteracitet upplever att de inte fått hjälp med sina hälsoproblem i samband med hälsoundersökningen för asylsökande [24] och att de inte fått så mycket ny kunskap i samband med deltagandet i samhällsorienteringen [11] jämfört med de med hög hälsolitteracitet. Nyanlända med låg hälsolitteracitet upplever t.ex. att de i lägre utsträckning fått information om vart det ska vända sig om de är sjuka eller mår psykiskt dåligt i samband med hälsoundersökningen [24]. Vidare tycks det vara så att de med högre hälsolitteracitet oftare gör något för att förbättra sin hälsa på grund av den hälsoinformation de fått i samband med samhällsorienteringen jämfört med de med lägre hälsolitteracitet [11].

Dessa ojämna hälsoutfall är allvarliga eftersom majoriteten av alla nyanlända arabisk-, dari- och somalisk talande nyanlända flyktingar har begränsad hälsolitteracitet [25]. Dessutom är det vanligare att nyanlända migranter med begränsad hälsolitteracitet också oftare har lägre självskattad hälsa och nedsatt psykiskt välmående [18]. Det vill säga, de nationella hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatserna för nyanlända migranter tycks vara till störst nytta för de med bäst hälsa och till mindre nytta för de med sämre hälsa – vilket kan tolkas som att de ökar ojämlikheten i hälsa i stället för att minska den.

Vad beror då det på? Resultat från en kvalitativ studie som syftade till att undersöka hur arabisk- och somaliskatalande nyanlända flyktingar som deltagit i hälsoundersökningen för asylsökande upplevde den, ger ett visst svar [25]. Hälso- och sjukvårds-

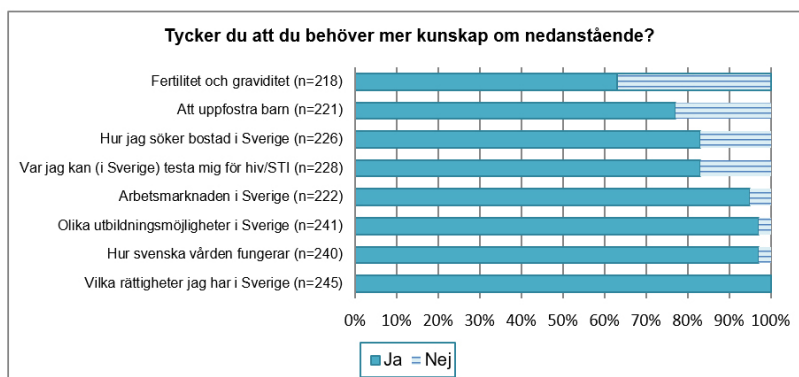
organisationer som erbjuder insatsen är helt enkelt inte alltid tillräckligt hälsolitterata, dvs. arbetar inte tillräckligt aktivt med att göra det så lätt som möjligt för deltagarna att få tag på, förstå, värdera och använda den hälsoinformation som förmedlas. Inte sällan är informationen om hälsoundersökningen alldeles för odetaljerad och delas ut på svenska. Något som bidrar till okunskap om vad för undersökning man väljer att delta i. Det gör också att många kommer med felaktiga förväntningar – ofta för höga sådana, då den inte är lika omfattande som de man varit med om eller hört talas om i hemlandet eller av andra som gjort den tidigare. Något som i sin tur kan leda till besvikelse och onödigt missnöje med den svenska hälso- och sjukvården.

Kommunikationsproblem i samband med själva undersökningen på grund av okunniga tolkar eller tabu kring viss ohälsa såsom psykisk ohälsa förekommer också. Något som kan leda till missnöje, missförstånd och onödigt ohälsa till följd av felaktiga diagnoser och sämre följsamhet när det gäller olika behandlingar. Resultat från studien visar också att hälsoundersökningen upplevs vara mer till för samhället än för den som deltar i den – dvs. de nyanlända. Den som deltar kan t.ex. få svara på väldigt många frågor utan att få så mycket svar på sina egna frågor eller hjälp med de hälsobehov som de själva tar upp och tycker är viktiga. Vidare kan det upplevas som att man inte får något provsvar vid negativt provsvar, i de fall hälso- och sjukvården tillämpar rutinen att endast ta kontakt med

personen som tagit prov om svaret är positivt. Att inte aktivt bli kontaktad för att få information om sitt provsvar kan skapa stor oro då man inte helt säkert vet vad provet visade. Brev kan komma bort på posten och de flesta önskar att man ska få ett skriftligt eller muntligt provsvar oavsett om det är positivt eller negativt.

Med tanke på att hälsoundersökningen för asylsökande för många nyanlända är den första kontakten med den svenska hälso- och sjukvården [26] är det viktigt att upplevelsen av den är positiv. Om inte, finns det en risk för mindre optimalt vårdsökande beteende och onödigt ohälsa längre fram på grund av att nyanlända avstår från att söka vård trots att de är i behov av det. Antingen för att de saknar kunskap om vad de kan få hjälp med, hur vård ska sökas eller om vad de har för rätt till vård [7, 18, 27]. Samtliga förklaringar kan ses som tecken på begränsad hälsolitteracitet, vilket stämmer överens med forskning som visar på samband mellan just begränsad hälsolitteracitet och att man avstår från vård trots att man känt behov av det [18]. Alternativt finns det en risk att nyanlända avstår från att söka vård för att de inte tror att de kan få hjälp med eventuella hälsoproblem om de vänder sig dit [12, 18].

Varför inte alla deltagare får ut lika mycket av samhällsorienteringen för nyanlända är mer oklart. Möjligen kan det bero på att personer med olika nivå av hälsolitteracitet och utbildningsbakgrund går i samma grupper vilket gör det svårt att anpassa hälsoinformation så att den passar alla. Oavsett vad, visar resultat från studi-



Figur 1 Thaiändska kvinnors informationsbehov [1]

erna vad gäller hälsoundersökningen för asylsökande och samhällsorienteringen att både mottagarnas och avsändarnas (vad gäller hälsoinformation) hälsolitteracitet är av betydelse i samband med hälsokommunikation för nyanlända och att det finns ett behov av bättre anpassad hälsokommunikation och mer detaljerad hälsoinformation.

Migranters erfarenheter av och egna behov av hälsokommunikation

I en studie där 266 nyanlända thailändska kvinnor fått svara på frågor om behov av information angav alla kvinnor att de ville ha mer information om vilka rättigheter de har i Sverige [28]. En stor majoritet ville även ha mer information om hur svenska vården fungerar samt om olika utbildningsmöjligheter i Sverige. Som framgår i figur 1 är informationsbehovet stort på flera områden, allt från arbetsmarknad, var man kan HIV testa sig, barnuppfostran till fertilitet och graviditet. Vidare, visar en annan studie som omfattar 804

thailändska kvinnor att närmare 60 % saknar kunskap om var man ska testa sig för hiv och 38 % saknar kunskap om vart man ska gå för att få preventivmedels rådgivning [29]. Avsaknaden av kunskap och det stora behovet av information hos kvinnor reflekterar en bristande informationsinsats till denna grupp eller att den insats som finns inte når fram till gruppen. I en intervjustudie framkom att det kan vara svårt att hitta information och att man upplever lite stöd just till thailändska kvinnor i Sverige. Kvinnornas berättelser vittnar om att man vänder sig till sin partner (som ofta är en svensk medborgare) för att få information för att hitta i vården eller navigera sig i svenska samhället. I väntan på partners hjälp har några kvinnor således avstått från att söka vård trots behov.

Resultaten från dessa studier visar att dessa kvinnors rätt till information och service inom Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inte är tillgodosedd. Kunskap om vilka SRHR kan vara värdefull ur flera perspektiv - möjlighet till prevention, rätten till sexuell hälsa, mänskliga

rättigheter och samhällsekonomi. SRHR är en av många mänskliga rättigheter [30]. Såväl nationell och internationell forskning visar således på att bristande kunskap, sämre tillgång till information och vård inom SRHR området kan leda till sämre sexuell hälsa med allvarliga konsekvenser, såväl psykiska som fysiska [30, 31].

När det gäller andra nyanlända migranter har bristande kunskap om svenska samhället och svenska sjukvården yttrat sig på flera sätt, vilka framgår av våra andra studier. Det är framför allt vid kvalitativa utvärderingar av samhällsorienteringen som det blir uppenbart hur lite kunskap migranter kan ha om svenska samhället och behovet av sådan information för att kunna navigera sig i samhället [11, 32].

”För mig personligen, jag har lärt mig allt genom samhällsorienteringen...vart jag än vill gå, vad jag än vill göra, vet jag hur man gör. Nu är jag inte beroende av någon annan.” (deltagare i Välkommen till Skåne [32])

”Kursen är mycket nyttig. Den fick oss att veta många saker om det svenska samhällets lagar som vi inte kände till eller till och med hade missuppfattat. Det är en kurs som har upplyst oss och fått oss att förstå det svenska samhällets natur och vilka lagar som gäller för samhället.” (deltagare i Välkommen till Skåne [32])

I en utvärdering av ett pilotprojekt där ordinarie samhällsorientering utökades med 12 timmar hälsoinformation, framkom att mycket av den information man får är nytt och som

man saknade kunskap om tidigare vad gäller det svenska samhället och sjukvårdssystemet [11]. Det framkom också att samhällsorientering bör ges tidigare och under längre period då det är svårt att ta in all information under en kort period.

”Men det är viktigt att kursen börjar på ett tidigt stadium för immigranten, så att den förstår lagarna på rätt sätt och att de blir etablerade på ett beständigt sätt”. (deltagare i SO Stockholm [11])

”Jag tycker att en vecka var alldeles för kort tid och informationen om hälso- och sjukvården borde ha varit i två veckor. Vi gick igenom många saker väldigt snabbt och ytligt. Det var många saker som vi behövde gå på djupet, såsom familjen och hälsovården. Men på grund av tid hann vi inte.” (deltagare i SO Stockholm [11])

Vidare visade utvärderingen att ju tidigare deltagarna får delta i samhällsorientering desto större blir effekten när det gäller ökad kunskap om vad som påverkar hälsan och vad man själv kan göra för att förbättra den. Ett annat viktigt resultat från utvärdering är att samhällsorientering med utökad hälsodel var mer effektiv en ordinarie samhällsorientering för att få nyanlända att göra något för att förbättra sin hälsa. Således visar denna utvärdering att det genom riktad hälsoinformation och ökad kunskap går att påverka deltagare till beteende förändring vad gäller hälsa. Vid en fördjupad analys framgår att deltagare med högre hälsolitteracitet hade i högre utsträckning rapporterat att

de fått ökad kunskap om hälsa samt försökt att förbättra sin hälsa.

En annan utvärdering bland migranter som deltagit i en hälsoundersökning, visar att nästan varannan migrant upplevde kommunikativa svårigheter i samband med hälsoundersökning [33]. Dels hade deltagarna svårt att förstå den kallelsen som man fått till hälsoundersökningen, dels hade de svårt att förstå vad som berättades för dem i samband med hälsoundersökning. Även i denna utvärdering kunde man se att hälsolitteracitet hade betydelse för upplevelser av insatsen, de med högre hälsolitteracitet hade lättare att förstå jämfört dem med lägre hälsolitteracitet. Vidare framkom att flertal av deltagarna inte fått information om vilka rättigheter de har till hälso- och sjukvård i Sverige där över hälften inte vet var de ska vända sig om de blir sjuka.

Var söker man information?

Förutom den information som ges under samhällsorientering, så visar en av våra studier att nästan hälften av migranter får tillgång till hälsoinformation via vårdcentralen [33]. Därefter hade flest använt internet eller tagit hjälp av släkt, vänner eller andra i hemlandet för att få hälsoinformation följt av sjukvårdsupplysning, apoteket eller akuten, lärare i skolan, grannar/vänner eller andra som invandrat till Sverige. Att ta hjälp av grannar eller andra personer födda i Sverige var inte så vanligt, inte heller att nyttja bibliotek, tidningar eller frivillighetsorganisationer för att få tag på hälsoinformation. När det gäller gruppen thailändare så fick de i en annan studie besvara var

de huvudsakligen fått information om hiv. Internet var den vanligaste källan, därefter hälso- och sjukvården och TV/radio. Ett fåtal hade uppgett arbetskamrater, ideella organisationer eller 1177 Vårdguiden som källa.

Implikation

Våra studier visar goda exempel på hur hälso- och samhällsinformation kan kommuniceras till migranter för att de ska kunna ta till sig kunskap och använda den. Studierna visar dock att inte alla nås av den hälsokommunikation som finns, och inte sällan är informationen som ges alltför begränsad. Vidare är information styrd mer av vad samhället vill informera nyanlända om än vad nyanlända själva har behov av. Att individen förstår och känner att information är till nytta är viktigt för att undvika missförstånd, felaktiga förväntningar och besvikelse vilket kan minska tilliten för det svenska samhället. Därmed är det viktigt att information ges på modersmål och bygger på dialog. En hälsokommunikation som kommer alla lika till nytta oavsett olika utbildningsnivå, hälsolitteracitet och födelseland är viktig för att uppnå en jämlik hälsa. Vilka framtida hälsokommunikativa insatser ska rikta sig till bör baseras på hälsobehov hos olika grupper snarare än på skäl till uppehållstillstånd, då det senare innebär att inte allas behov kan tillgodoses.

Sammanställningen baseras delvis på projekt finansierade av Europeiska socialfonden (ESF), Asyl- migrations- och integrationsfonden (AMIF),

Folkhälsomyndigheten, Länsstyrelsen i Stockholm, Stockholms läns landsting, LAFA och Stiftelsen Olle Engqvist minne, ALF medel från Akademiska sjukhuset i Uppsala och är en del av samverkansarbetet inom MILSA (Stödplattform för migration och hälsa).

Referenser

- Åkerman E: Thaiändska kvinnors behov av och rätt till preventivmedelsrådgivning och hiv/STI-testning. Utmaningar för vården och prevention. LAFA 1:2017 FOU. Stockholm: Stockholms läns landsting: LAFA 2017; 2017.
- Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, HLS-EU Consortium EH: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12(1):80.
- Schiavo R, May, L.M., & Brown, M. : Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings. *Pathogens and Global Health*, 108(2), 76-94 2014.
- United Nation. International Migration Report. 2017. Hämtad från: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf.
- Brach C, Keller D, Hernandez B, Bauer C, Parker R, Dreyer B, Schyve P, Lemerise JA, Schillinger D: Ten attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.
- Migrationsverket. Beviljade uppehållstillstånd 2009-2017. 2017. Hämtad från: <https://www.migrationsverket.se/download/18.4a5a58d51602d141cf4e84/1515067343329/Beviljade%20uppeh%C3%A5llstillst%C3%A5nd%202009-2017.pdf>
- Hargreaves S, Friedland S, J.: Impact on and use of health service among new migrants in Europe. *Migration, health and inequity*. Volume 1, edn. Edited by Thomas F, Gideon J. London: Zed book; 2013: 27-43.
- Thomas F: *Handbook of Migration and Health*. Cheltenham, United Kingdom.; 2016.
- Hjern A: Migration and public health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. *Scand J Public Health* 2012, 40(9 Suppl):255-267.
- Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling Årsrapport 2018. 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>
- Al-Adhami M, Wängdahl J: Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016: En utvärderingsrapport. Uppsala Universitet: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2016.
- Zdravkovic S, Cuadra Björnegren C: Kartläggning av nyanländas hälsa. Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity of Welfare, Malmö University; 2016.
- Essen B, Hanson BS, Ostergren PO, Lindquist PG, Gudmundsson S: Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2000, 79(9):737-743.
- Ekéus C, Cnattingius S, Essén B, Hjern A: Stillbirth among foreign-born women in Sweden. *European journal of public health* 2011, 21(6):788-792.
- Esscher A, Binder-Finnema, P., Bodker, B., Hogberg, U., Mulic-Lutvica, A., Essen, B.: Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC pregnancy and childbirth* 2014, 14:141.
- Fernbrant C, Essen B, Esscher A, Ostergren PO, Cantor-Graae E: Increased Risk of Mortality Due to Interpersonal Violence in Foreign-Born Women of Reproductive Age: A Swedish Register-Based Study. *Violence Against Women* 2016, 22(11):1287-1304.
- Folkhälsomyndigheten. Hiv- och STI-prevention riktad till migranter. En kartläggning av det förebyggande arbetet i Sverige. 2014. Hämtad: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/258a0e1040da458abe21b588b4d17190/hiv-och-sti-prevention-riktad-till-migranter-webb.pdf>
- Wängdahl J, Lyttsy P, Mårtensson L, Westerling R: Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. *Int J Public Health* 2018, 63(3):409-419.
- The United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12). Adopted on the Twenty-second Session of the Committee

- on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000. 2000.
20. Socialdepartementet. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). Stockholm: Regeringskansliet; 2016.
 21. Socialdepartementet. Patientlag (2014:821). Stockholm: Regeringskansliet; 2014.
 22. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:25) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. 2013. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-9-5>
 23. Arbetsdepartementet. Förordning (2010:1138) om samhällsorientering för vissa nyanlända invandrare. Stockholm: Regeringskansliet; 2013.
 24. Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R: Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health* 2015, 15:1162.
 25. Wängdahl J: Health literacy among newly arrived refugees in Sweden and implications for health and healthcare. Doctoral thesis. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis: Uppsala university; 2017.
 26. Jonzon R, Lindkvist P, Johansson E: A state of limbo--in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scand J Public Health* 2015, 43(5):548-558.
 27. 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. *Aust Health Rev* 2014, 38(2):142-159.
 28. Åkerman E: Thaiändska kvinnors behov av information och rätt till preventivmedelsrådgivning och hiv/STI-testning. LAFA 1:2017 FOU. Stockholm. Stockholms läns landsting: Kunskapscentrum för sexualitet och hälsa; 2017.
 29. Åkerman E, Östergren PO, Essén B, Fernbrant C, Westerling R: Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. *BMC International Health and Human Rights* 2016, 16(1):1-14.
 30. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, Coll-Seck AM, Grover A, Laski L, Roa M et al: Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Gutmacher–Lancet Commission. *The Lancet* 2018.
 31. Utrikesdepartementet: Sveriges internationella politik för Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet; 2006.
 32. Al Adhami M: Utvärdering av pilotfasen i "Välkommen till Skåne": Delprojekt 4, MIL-SA 2.0. Socialmedicinsk rapportserie. Uppsala. Uppsala universitet. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2017.
 33. Wängdahl J: Vilken betydelse har hälsoliteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande? Socialmedicinsk rapportserie. Uppsala. Uppsala universitet. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2014.