

# Invånare med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland

- jämförelse av vårdkonsumtion,  
diagnosförekomst samt utveckling över tid

## VGR Analys 2019:1

### Rapportförfattare

Koncernkontoret, koncernavdelning data och analys:

- *Anna Kjellström*, epidemiolog, PhD, regional vårdanalys
- *Bo Palaszewski*, statistiker, PhD, regional vårdanalys
- *Maria Telemo Taube*, överläkare, PhD, Medicinsk rådgivare, ledningsstöd

Sahlgrenska akademien och Angereds närsjukhus:

- *Henry Ascher*, professor och överläkare, Avdelningen för Samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska Akademien och Forskningsenheten, Angereds Närsjukhus

Datum 2019-02-28

Diarienummer

RS 2019-00206

HS 2019-00091

**Publiceras på Verksamhetsanalysens hemsida**

<http://analys.vgregion.se/2018/fordjupningsrapporter-och-benchmarking/Fordjupningsrapporter/>

[www.vgregion.se/rapporter/flyktingrapporten](http://www.vgregion.se/rapporter/flyktingrapporten)

Västra Götalandsregionen  
Koncernkontoret  
koncernavdelning data och analys  
enhet regional vårdanalys

**Handläggare** Anna Kjellström

Telefon: 0703-495674

E-post: [anna.kjellstrom@vgregion.se](mailto:anna.kjellstrom@vgregion.se)

**Uppdragsgivare** Marie Röllgårdh,  
avdelningschef

koncernavdelning data och analys

**Rapporten har stämts av med**

*Lina Gustin*, regional samordnare  
hälso- och sjukvård asylsökande och  
nyanlända, VGR

*Malena Lau*, kompetenscentrum för  
migration och hälsa, VGR

Psykiatri - *Elna Persson, Stephan  
Ehlers, Sven Ernstsson*,

kunskapscentrum psykisk hälsa VGR

Hjärt- och kärlsjukdomar - *Per*

*Albertsson*, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset

Diabetes - *Björn Eliasson*,

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Tandvård – *Thomas Jacobsen*,

folktandvården VGR

# Sammanfattning

Syftet med denna rapport är att ge ett underlag för bedömning av framtida behov av hälso- och sjukvård inklusive tandvård på kort respektive lång sikt för invånare med flyktingbakgrund, som fått uppehållstillstånd i Sverige.

I rapporten följer vi utvecklingen av vårdkonsumtion totalt och för ett urval av diagnoser bland personer folkbokförda i Västra Götaland med respektive utan flyktingbakgrund. Två olika studiepopulationer används, *tvärsnitt 2014* respektive *longitudinell kohort* där populationen följs under åtta år. Resultaten för tvärsnittspopulationen är justerade för ålder och kön. Resultaten är även justerade för inkomst och utbildning men kommenteras endast om det ändrar mönstret.

År 2014 fanns 49 810 invånare med flyktingbakgrund i åldrarna 0 - 69 år i Västra Götaland som kommunmottagits 1997 eller senare. Generellt är detta en heterogen grupp. Den är i jämförelse med gruppen invånare utan flyktingbakgrund yngre och en något större andel är män. Invånare med flyktingbakgrund har i högre grad förgymnasial utbildning som högsta utbildningsnivå och betydligt lägre inkomst jämfört med invånare utan flyktingbakgrund.

I en tidigare rapport om ["Asylsökandes hälso- och sjukvårdskonsumtion i Västra Götaland"](#) visade vi att asylsökande generellt erhåller mindre vård jämfört med övrig befolkning, och att asylsökande med stor sannolikhet inte får den vård de behöver.

I denna rapport finner vi att invånare med flyktingbakgrund som var bosatta i Västra Götaland år 2014 generellt har **högre sjukvårdskonsumtion inom somatisk vård**, jämfört med övriga invånare, vilket sannolikt förklaras av en högre andel med somatiska diagnoser i gruppen.

När det gäller ensamkommande barn har dessa en **högre psykiatrisk vårdkonsumtion** än barn utan flyktingbakgrund. Vuxna med flyktingbakgrund har däremot en lägre psykiatrisk vårdkonsumtion jämfört med personer utan flyktingbakgrund trots att de har en högre risk för psykiatriska diagnoser såsom PTSD. Det finns flera tänkbara förklaringar, till exempel barriärer i vården som i högre grad drabbar denna grupp.

**Bland ensamkommande barn var risken att få en PTSD-diagnos 29 gånger högre** än bland barn utan flyktingbakgrund. Sömnstörningar var sju gånger vanligare och depression tre gånger vanligare. Även om det inte rör sig om ett stort antal barn, så tillhör de en utsatt grupp som är i stort behov av psykiatrisk vård och stöd.

Barn i familj med flyktingbakgrund hade inte lika hög risk att få psykiatriska diagnoser. Risken för PTSD var 1,7 gånger högre, medan risken för depression och ångest var 60 procent lägre än bland barn utan flyktingbakgrund, något som skulle kunna vara en effekt av underdiagnostik och därmed utebliven behandling. **Bland vuxna med flyktingbakgrund var risken för PTSD sju gånger högre** än bland vuxna utan flyktingbakgrund och risken för sömnstörningar 1,4 gånger högre.

Den totala andelen barn med flyktingbakgrund med någon av diagnoserna PTSD, stresstillstånd, depression och ångest förändrades inte nämnvärt över tid, till skillnad från övriga barn i befolkningen

där andelen ökade över tid. Bland vuxna med flyktingbakgrund var andelen av dessa diagnoser högre än bland övrig befolkning men ökade över tid i samma takt i båda grupperna.

Den högre sjukvårdskonsumtionen av somatisk vård som ses hos vuxna med flyktingbakgrund förklaras sannolikt av den ökade risken för somatiska diagnoser. **Risken att få diagnoserna fetma, diabetes, kranskärslsjukdom eller hjärtinfarkt var dubbelt så hög** bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med övriga. Samma överrisker gäller för symtomdiagnoserna **mag-tarmsbesvär och kronisk smärta samt muskuloskeletal symptom**, vilket delvis även skulle kunna vara kopplat till obehandlad psykisk ohälsa. I gruppen med flyktingbakgrund ökar också andelen med dessa sjukdomar snabbare efter antal år i landet jämfört med invånare utan flyktingbakgrund, särskilt i gruppen 30 - 49 år. I åldern 30 - 49 år hade cirka sju procent av invånare med flyktingbakgrund en diabetesdiagnos efter åtta år i landet jämfört med tre procent i övriga befolkningen.

Förvånande nog finner vi **inte någon överrepresentation av diagnosen KOL** bland invånare med flyktingbakgrund, trots att rökning förekommer hos en högre andel. En förklaring kan vara åldersstrukturen där färre är 60 – 69 år i gruppen med flyktingbakgrund, men vi kan inte utesluta en högre grad av underdiagnostik bland invånare med flyktingbakgrund.

Infektionsdiagnoser såsom **hepatit B, HIV och tuberkulos** är påtagligt överrepresenterat bland både vuxna och barn med flyktingbakgrund, liksom uppgiften om förekomst av resistens mot betalaktamantibiotika. Antalet berörda individer är dock relativt få.

Barn och unga med flyktingbakgrund har en högre förekomst av **karies och får oftare tänder utdragna än barn utan flyktingbakgrund**.

Resultaten om hälsa och vårdbehov i denna rapport baseras på invånarnas vårdkonsumtion. Forskning talar för att det finns ett otillfredsställt behov av hälso- och sjukvård och tandvård bland nyanlända. Flyktingbakgrund är av betydelse för människors hälsa somatiskt och fysiskt under lång tid, dock vet vi inte om det är samma faktorer över tid som påverkar hälsan. Riskfaktorerna kan vara varierande: somatiska, psykologiska, socioekonomiska och existentiella och kanske också skiftar över tid varför insatserna också måste anpassas efter detta. Tidiga insatser är viktiga men utmaningarna i samband med migration finns under lång tid och kan påverka hälsan även senare.

Hälso- och sjukvården behöver anpassas till individens förutsättningar för att förbättra individens möjligheter att ta till sig, förstå och kunna tillämpa hälsoinformation från det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det är därför viktigt att göra information lättillgänglig på olika sätt, till exempel anpassad på olika språk. Ekonomiska hinder att söka vård, liksom bristande tillit till och förtroende för vården kan också utgöra barriärer. Andra exempel på barriärer inom vården är tillgång till och kvaliteten på tolkning, tillgänglighet inom olika verksamheter såsom psykiatri, men även kunskapsnivån avseende migrationsrelaterad ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal.

Sammantaget understryker rapportens resultat att invånare med flyktingbakgrund utgör en hälsomässigt sårbar grupp både vad gäller psykisk och fysisk hälsa. Tidiga hälsofrämjande insatser och psykiatriska behandlingsinsatser är av stor vikt för att minska riskerna för senare somatisk och psykiatrisk sjuklighet. En möjlig väg skulle kunna vara att komplettera befintliga hälsoundersökningar för asylsökande med en uppföljande hälsogenomgång i samband med kommunplacering med fokus på levnadsvanor men även för att kunna fånga in sena effekter av hälsorisker före och under liksom även efter flykten.

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund .....	2
Migration och hälsa.....	2
Flyktingprocessen och begrepp.....	4
Antal asylsökande och antal beviljade uppehållstillstånd varierar mellan olika år.....	5
Metod.....	9
Datakällor .....	9
Utfallsmått.....	10
Bakgrundsvariabler.....	11
Studiepopulation Tvärsnitt 2014.....	12
Studiepopulation longitudinell kohort.....	17
Resultat barn 0 - 17 år .....	19
Hälsa- och sjukvårdskonsumtion barn .....	19
Psykiatriska diagnoser barn.....	21
Infektionsdiagnoser barn .....	26
Diabetes, allergi, astma och fetma hos barn.....	27
Andra diagnoser hos barn .....	29
Tandvårdskonsumtion barn och unga vuxna .....	31
Resultat vuxna 18 - 69 år .....	34
Hälsa- och sjukvårdskonsumtion vuxna.....	34
Psykiatriska diagnoser vuxna.....	36
Fetma, diabetes, högt blodtryck och kardiovaskulära sjukdomar vuxna.....	40
Infektionsdiagnoser vuxna .....	45
Andra diagnoser vuxna.....	46
Förlossningar .....	50
Diskussion.....	52
Val av metod.....	52
Hälsa- och sjukvårdskonsumtion.....	54
Psykiatriska diagnoser .....	55
Infektionsdiagnoser .....	58
Andra diagnoser bland barn.....	59
Tandvård.....	60
Fetma, diabetes, högt blodtryck och kardiovaskulära sjukdomar .....	60
Andra diagnoser bland vuxna.....	62

Förlossningar .....	62
Barriärer .....	63
Framtiden .....	64
Slutsatser och förslag .....	65
Referenslista .....	66
Ordlista .....	71
Bilaga 1 - Diagnoser och ICD-koder .....	75
Bilaga 2 - OR-tabeller .....	78
Bilaga 3 – Utveckling över tid .....	81

# Inledning

I den här rapporten beskrivs och kommenteras vårdkonsumtionen bland invånare i Västra Götaland som har flyktingbakgrund jämfört med invånare som inte har flyktingbakgrund under perioden 2006 - 2015.

Syftet är att ge ett underlag för bedömning av framtida behov av hälso- och sjukvård och tandvård för invånare med flyktingbakgrund på kort respektive längre sikt efter uppehållstillstånd i Sverige. Resultaten kan användas för att förstå utvecklingen av hälsa över tid hos barn och vuxna med flyktingbakgrund som ett underlag för planering av hälso- och sjukvård.

I uppdraget ingår att

- beskriva vårdkonsumtion och diagnoser för invånare i Västra Götaland med flyktingbakgrund i jämförelse med invånare utan flyktingbakgrund, med avseende på
  - Hälso- och sjukvårdskonsumtion
  - Tandvårdskonsumtion
  - Specifika sjukdoms- och hälsoområden
- fördjupad analys av förändringar i konsumtion och sjukdomsutveckling genom att följa invånare med flyktingbakgrund över tid.

Målgrupp är i första hand tjänstemän, verksamhetsföreträdare och politiker inom Västra Götalandsregionen (VGR) men också andra med intresse av migration och hälsa: sjukvårdspersonal, hälsoarbetare, forskare och intresserad allmänhet i och utanför Västra Götaland. Mottagare är hälso- och sjukvårdsdirektören.

Till rapporten finns tre bilagor. Bilaga 1 och 2 återfinns längst bak i rapporten och beskriver de diagnoser och ICD-koder som redovisas i rapporten respektive samtliga oddskvoter för vårdkonsumtion, diagnoser och tandvård, justerade för ålder, kön och socioekonomi. [Bilaga 3](#) beskriver utvecklingen över tid efter antal år i landet för ett urval av diagnoser för fem olika åldersgrupper.

# Bakgrund

## Migration och hälsa

Människor med flyktingbakgrund utgör en heterogen grupp. En del kommer från fattiga samhällen med bristande infrastruktur och en lång historia av krig och våld som påverkat möjligheterna till skolgång och ett drägligt liv. Andra kommer från mer välfungerande samhällen med en kortare historia av krig och sammanbrott. En del kommer tillsammans med sin familj medan andra familjer har splittrats före eller under flykten. En del barn kommer ensamma. Allt detta tillsammans med individuella skillnader gör att invånare med flyktingbakgrund också ur hälsosynpunkt utgör en heterogen grupp.

Flyktingar är ofta relativt unga och det har diskuterats om migranter är fysiskt friskare än den folkbokförda befolkningen, något som skulle kunna utgöra en förutsättning för att klara av flykten. Det talas ofta om *the healthy migrant hypothesis* som innebär att de som flyr och lyckas komma fram till ett land där man kan söka asyl utgör en starkare och friskare grupp än den genomsnittliga befolkningen i ursprungsländerna [1].

Å andra sidan har många utsatts för mycket stora påfrestningar både psykiskt och fysiskt före och under flykten, vilket i kombination med asylprocessens ovisshet och långa tider av sysslöshet kan bidra till ökad ohälsa [2], [3]. En farhåga har varit att den upprepade och långvariga belastning av stress som många flyktingar från krigs- och konfliktområden har upplevt predisponerar för att sjukdomar som är vanligt förekommande bland äldre skulle debutera tidigare i denna grupp.

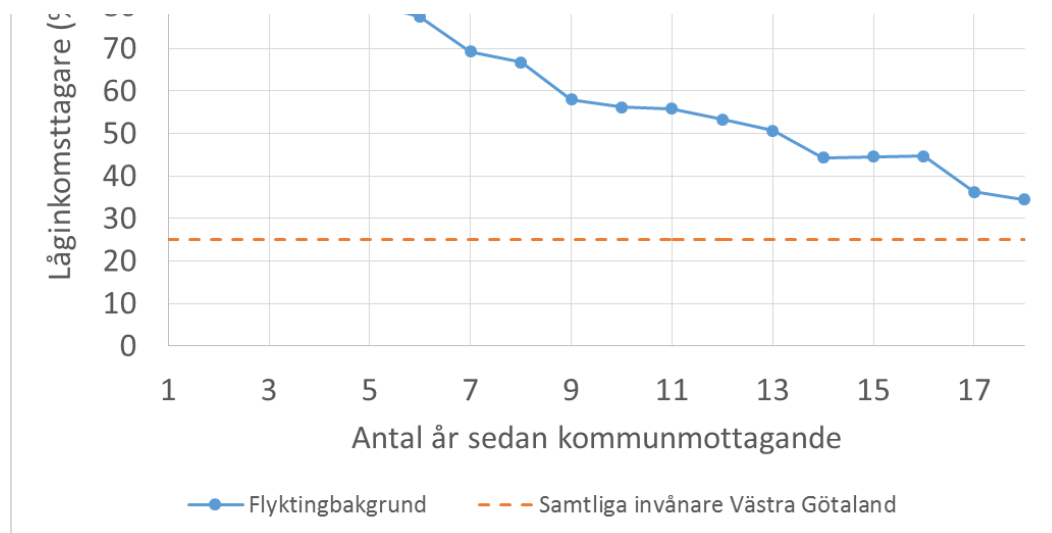
Hur påverkar detta hälsa och vårdbehov över tid hos människor med flyktingbakgrund? Svenska och internationella studier visar att migranter, särskilt flyktingar, har en ökad risk för psykisk ohälsa. Enligt Socialstyrelsens kunskapsunderlag om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända i Sverige beräknas mellan 20 - 30 procent lida av psykisk ohälsa [4]. En senare studie med asylsökande och nyanlända från Syrien, Somalia och Eritrea pekar snarast på ännu högre förekomst [5]. Flyktingar och nyanlända är en utsatt grupp som har en påtagligt hög förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (post traumatic stress disorder, PTSD), depression och ångest [6].

Rapporten "Asylsökandes hälso- och sjukvårdskonsumtion i Västra Götaland" från koncernavdelning data och analys visar att asylsökande erhåller mindre vård jämfört med övriga befolkningen. Asylsökande personer får mer primärvård och mindre specialiserad vård, med undantag av specialiserad barn- och ungdomspsykiatri. Asylsökande vuxna har fler vårdkontakter för t.ex. posttraumatiskt stressyndrom, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes än folkbokförda, men färre vårdkontakter för t.ex. psykiatrisk vård generellt.

Forskning pekar mot att måendet kan variera över tid [7]. Direkt efter ett uppehållstillstånd är det inte ovanligt med upplevd lycka och välmående. En försämring i måendet är också beskriven en tid därefter, något som kopplats till svårigheter att kunna etablera sig i det nya landet. Det är inte sällan svårt att få bostad och arbete och det kan vara svårt att få ihop tillvaron för alla om man är en familj. Oron för närstående som finns kvar under osäkra levnadsvillkor kan också påverka hälsa och mående. Andra faktorer som höjer stressnivån kan vara utanförskap och andra svårigheter som kan bidra till att öka människors sårbarhet efter tidigare trauman och PTSD [8].

Longitudinella studier visar att den sociala och ekonomiska situationen på gruppnivå förbättras ju längre tid man vistas i landet och alltfler kommer i arbete [9]. Figur 1 visar andel invånare med

flyktingbakgrund med låg inkomst efter antal år i landet. Andelen minskar över tid, men efter 10 år har fortfarande 55 procent en låg inkomst (se sid 11 för definition), jämfört med 25 procent i hela befolkningen och först efter 13 år har hälften invånare med flyktingbakgrund kommit över låginkomstnivån.



Figur 1. Andel låginkomsttagare bland invånare med flyktingbakgrund folkbokförda 2014-12-31 i Västra Götaland efter år i landet sedan kommunmottagningsår. Andel låginkomsttagare för samtliga invånare anges inkomsten år 2014. Alla åldrar 2014. Källa: Inkomst- och Taxeringsregistret, SCB.

När det gäller hälsa finns det studier som talar för ökade risker att insjukna i vissa sjukdomar, exempelvis hjärt-kärlsjukdomar och diabetes, medan riskerna för andra sjukdomar som relateras till västerländsk livsstil kan vara lägre initialt men öka över tid i landet. För vissa sjukdomar kan risker och förekomst variera med ursprungsland. När det gäller alkoholrelaterad sjuklighet är den påtagligt lägre bland vissa invandrargrupper men högre i andra [10].

Forskning talar för att ensamkommande barn och unga utgör en ur hälsosynpunkt särskilt utsatt och sårbar grupp [11], [12]. Traumatiska erfarenheter från före och under flykten är vanligt förekommande. Därutöver saknar ensamkommande de viktigaste faktorerna för läkning och rehabilitering: föräldrar, familj och sociala nätverk [13]. De ensamkommande befinner sig dessutom, i likhet med andra jämnåriga, i en övergångsfas mellan barndom och vuxenliv, men samtidigt också i en övergång mellan livet i ett ursprungsland och tillvaron i ett nytt land [14]. Även i dessa övergångar kan avsaknaden av föräldrar och anknytningspersoner leda till ökade risker för såväl psykisk som fysisk ohälsa.

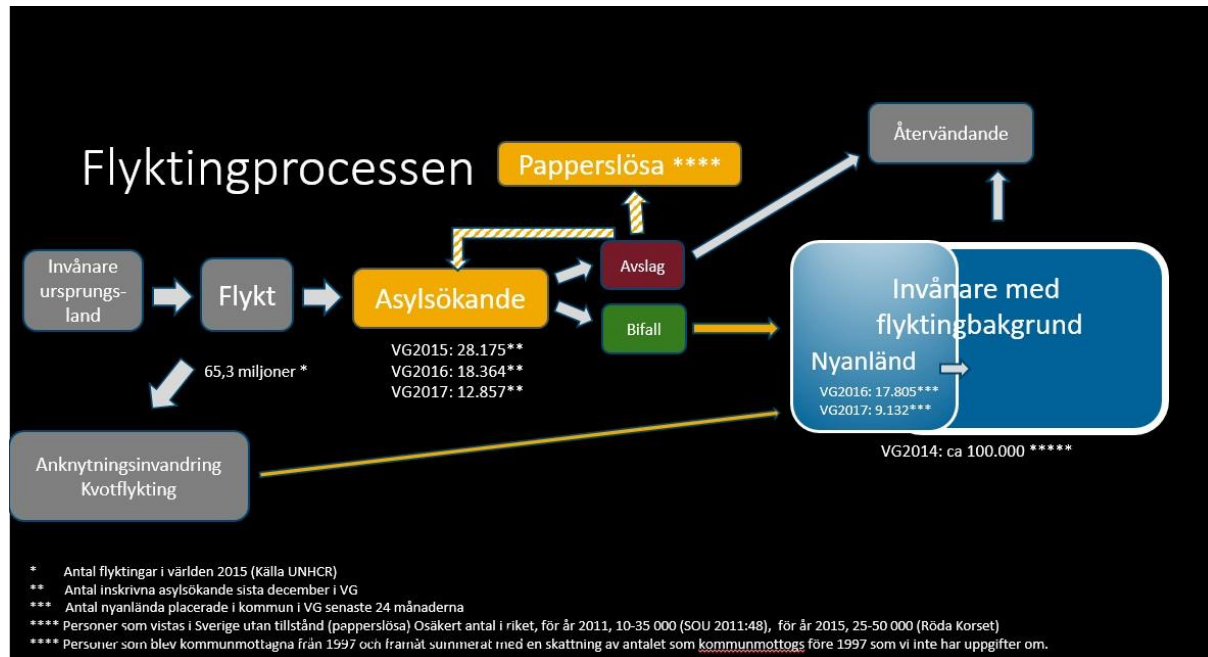
Denna rapport följer utvecklingen av vårdkonsumtion och ett urval av diagnoser bland folkbokförda personer i Västra Götaland som tidigare varit flyktingar och asylsökande samt övriga folkbokförda.

## Flyktingprocessen och begrepp

Figur 2 beskriver flyktingprocessen och de begrepp som används i rapporten.

### Asylsökande

Asylsökande personer är utländska medborgare eller statslösa personer som begärt skydd mot förföljelse och som är inskrivna i Migrationsverkets system i väntan på beslut om uppehållstillstånd. Vid ett lagakraftvunnet beslut om uppehållstillstånd upphör individen att vara asylsökande. De asylsökande som får uppehållstillstånd blir kommunplacerade eller bosätter sig i egen vald kommun och betecknas då som nyanlända.



Figur 2. Flyktingprocessen.

### Nyanlända och kommunmottagningsår

Med *nyanländ* avses en person som beviljats uppehållstillstånd, permanent eller tillfälligt, och som är folkbokförd och mottagen i en kommun för bosättning. Till nyanlända räknas också personer som fått uppehållstillstånd som kvotflyktingar och personer som kommit till Sverige som anhöriga till en person med flyktingbakgrund. Fram till år 2017 tog Sverige emot knappt 2 000 kvotflyktingar per år, för att på senare år öka till 5 000 under 2018. En person är nyanländ under tiden som han eller hon omfattas av lagen om etableringsinsatser, det vill säga under två till tre år (Källa: [www.migrationsverket.se](http://www.migrationsverket.se)).

*Kommunmottagna* avser här personer som fått uppehållstillstånd och som tagits emot av en kommun enligt lagen om etableringsinsatser, dvs blivit nyanlända. Kommunmottagningsår definieras som det år personen fick uppehållstillstånd samt blev kommunmottagen/nyanländ. Från och med 20 juli 2016 gäller en tillfällig lag som begränsar möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. Den största förändringen i den nya lagen är att de flesta uppehållstillstånd är tidsbegränsade (SFS 2018:756). Lagen omfattar asylsökande som kom till Sverige efter den 25:e november 2015.

### Invånare med flyktingbakgrund

Denna rapport fokuserar på *invånare med flyktingbakgrund*. Invånare med flyktingbakgrund

definieras här som personer som är folkbokförda i Västra Götaland och som tidigare varit asylsökande<sup>1</sup>, kvotflyktingar<sup>2</sup>, eller anknytningsinvandrat<sup>3</sup> till Sverige mellan 1997 och 2014.

Invånare med flyktingbakgrund är en bredare definition än begreppet nyanlända, eftersom begreppen nyanlända och kommunmottagna enbart innefattar perioden två-tre år efter kommunmottagning.

Den nya lagen om tillfälliga uppehållstillstånd har inte hunnit påverka de individer som ingår i denna rapport.

Barn med flyktingbakgrund (0 - 17 år) redovisas dels som en grupp och dels indelat efter om de anlänt till Sverige som ensamkommande<sup>4</sup> eller som barn till vuxna med flyktingbakgrund (ej ensamkommande<sup>5</sup>). Den sistnämnda betecknas i denna rapport som *barn med flyktingbakgrund i familj*.

#### *Invånare utan flyktingbakgrund*

Invånare som är folkbokförda i Västra Götaland från 1997 och framåt och som inte har en flyktingbakgrund definieras här som invånare utan flyktingbakgrund. Det finns ytterligare cirka 50 000 invånare i denna grupp som har flyktingbakgrund, men som fick uppehållstillstånd före år 1997. Dessa utgör en del av befolkningen som egentligen har flyktingbakgrund, men de räknas i denna rapport in i gruppen invånare utan flyktingbakgrund då det inte går att identifiera dessa individer i den statistik som vi har tillgång till.

## Antal asylsökande och antal beviljade uppehållstillstånd varierar mellan olika år

### *Antal asylsökande och beviljade uppehållstillstånd i Sverige och Västra Götaland*

Antalet individer som beviljats uppehållstillstånd i Sverige och kommunmottagits varierar mellan åren och avspeglar variationen i antal asylsökande med något års eftersläpning, se figur 3. Enligt Migrationsverket var antalet i riket beviljade uppehållstillstånd till personer med flyktingbakgrund 5 400 år 1984 för att under 2016 vara 86 700. Av dessa varierar antalet ensamkommande barn som beviljats uppehållstillstånd under perioden 2009 till 2015 mellan 1 000 och 3 000 för att under 2016 öka till drygt 7 000.

Hösten 2015 anlände ett stort antal asylsökande till Sverige och Västra Götaland, men antalet minskade kraftigt redan år 2016. Sista december 2015 fanns drygt 28 000 asylsökande i Västra Götaland och drygt 160 000 i hela Sverige (figur 2). Barn 0 - 17 år utgjorde en större andel än tidigare, 43 procent av alla asylsökande. Antal ensamkommande barn i Västra Götaland var drygt 6 200 år 2015.

---

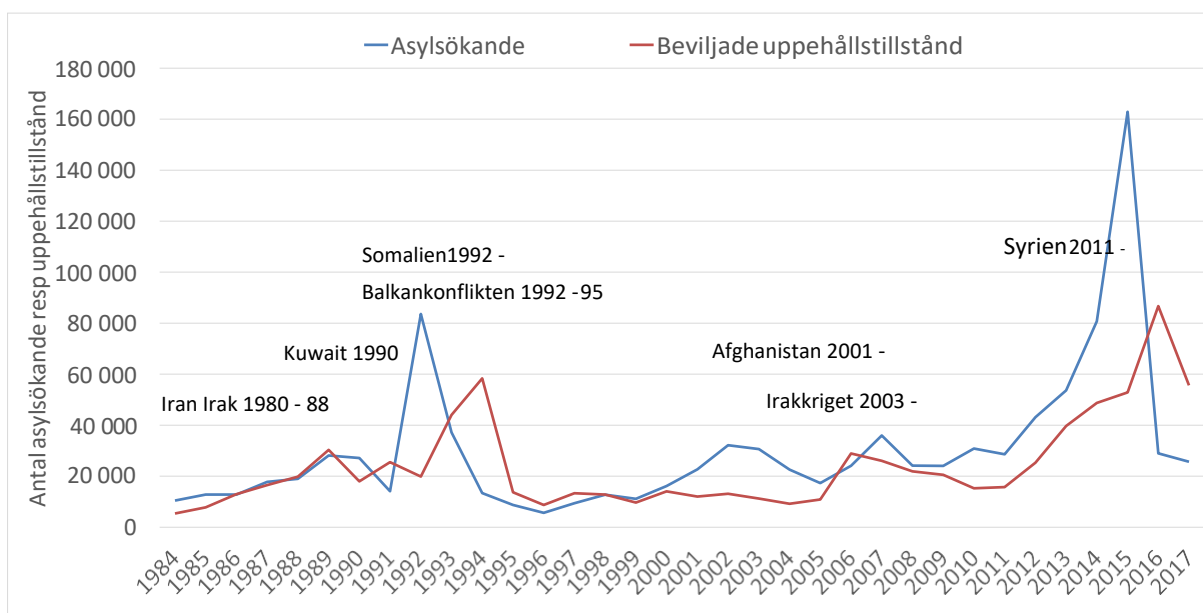
<sup>1</sup> Begärt skydd mot förföljelse

<sup>2</sup> Har fått uppehållstillstånd före resan till Sverige inom flyktingkvot som regeringen fastställt.

<sup>3</sup> Anknytning som anhörig till en flykting, exv. make/maka/barn

<sup>4</sup> Ensamkommande barn anger om en person är under 18 år och saknar vårdnadshavare och därför har rätt till en god man under ansökningsprocessen för uppehållstillstånd. I rapporten används benämningen för barn med denna bakgrund som också erhållit uppehållstillstånd i Sverige.

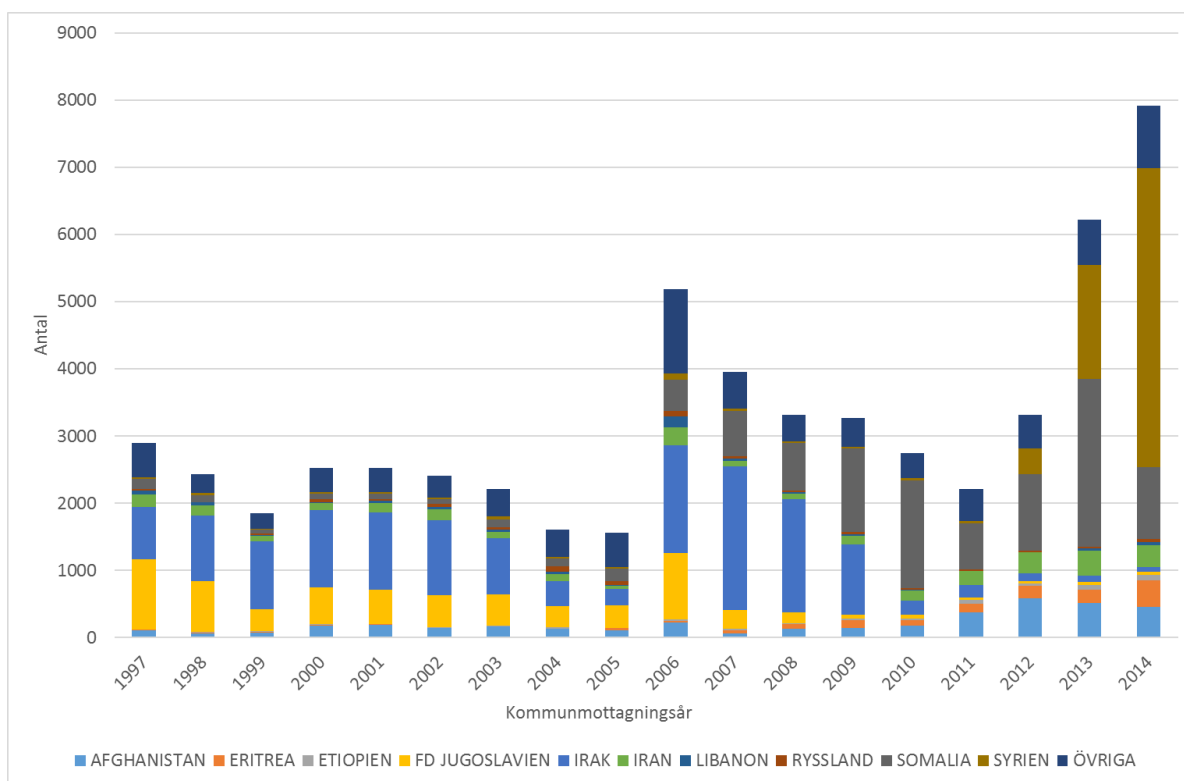
<sup>5</sup> Barn med flyktingbakgrund i familj.



Figur 3. Antal asylsökande respektive antal med flyktingbakgrund som fått uppehållstillstånd (blivit nyanlända) i Sverige år 1984-2017. Källa: Migrationsverket.

#### Utveckling av antal kommunmottagna i Västra Götaland fördelat på födelseland, ålder och kön

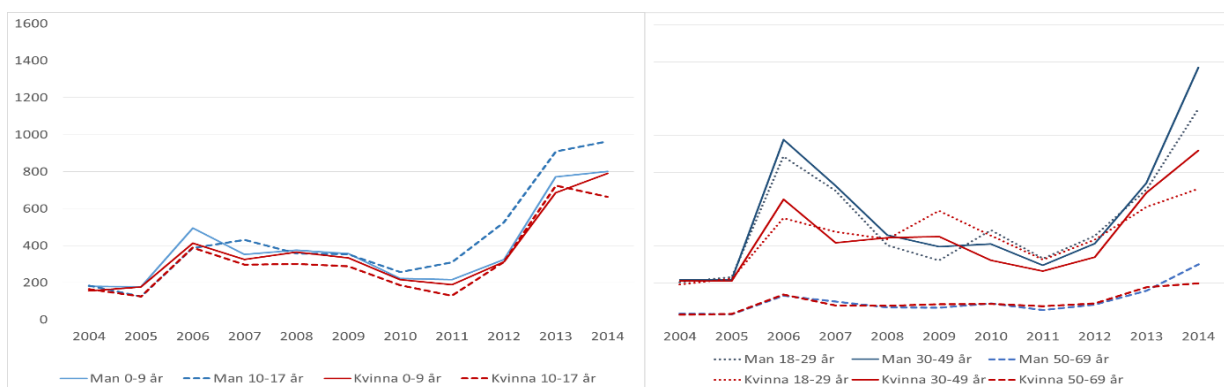
Figur 4 visar utvecklingen över tid i antal personer med flyktingbakgrund som blivit folkbokförda och kommunmottagna i Västra Götaland per kommunmottagningsår 1997 - 2014. Antalet kommunmottagna varierar stort över tid, och under perioden 2013 - 2014 var antalet som högst. Antalet kommunmottagna var även högt år 2006 till följd av en tillfällig lag som gav ökad möjlighet för främst papperslösa barnfamiljer att söka och få uppehållstillstånd. Under denna period kom en stor andel från Irak och forna Jugoslavien. Ursprungsland varierar över tid. En majoritet av de kommunmottagna under 2013 - 2014 var flyktingar från Syrien och Somalia.



Figur 4.

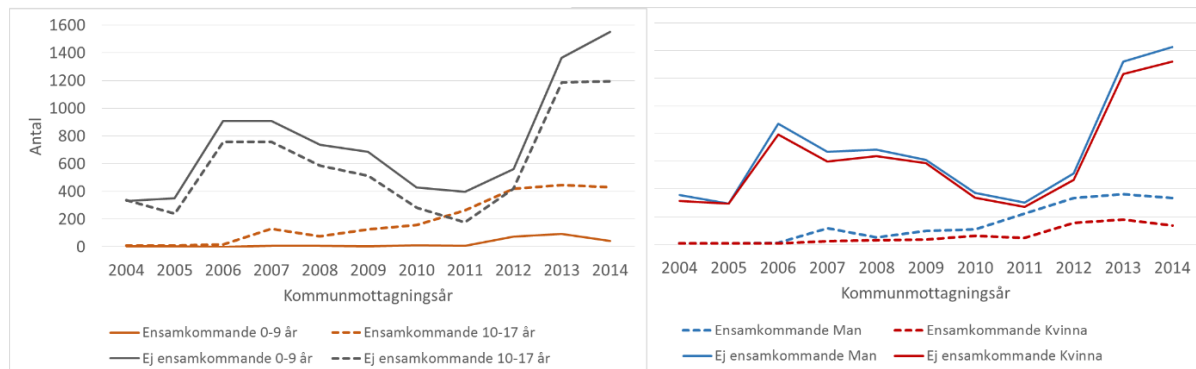
Antal kommunmottagna med flyktningbakgrund i Västra Götaland, per kommunmottagningsår, uppdelat på födelseland. Källa: SCB.

Figur 5 visar utvecklingen över tid av antal barn respektive vuxna med flyktningbakgrund som blivit kommunmottagna i Västra Götaland per åldersgrupp och kön. Antalet pojkar 10 - 17 år har varit högre jämfört med flickor i samma ålder under hela perioden 2004 - 2014, och skillnaderna har ökat. Män är även överrepresenterade i åldrarna 18 - 49 år.



Figur 5. Antal barn respektive vuxna som blivit kommunmottagna i Västra Götaland per kommunmottagningsår 2004 - 2014, fördelat på ålder och kön. Källa: SCB.

Figur 6 visar utvecklingen över tid i antal barn som blivit kommunmottagna i Västra Götaland fördelat på ensamkommande barn och barn med flyktingbakgrund i familj. Antalet ensamkommande barn i åldrarna 10 - 17 år har ökat kontinuerligt mellan 2006 och 2014. Av de ensamkommande barnen som fanns i Västra Götaland 2015 kom 66 % från Afghanistan.



Figur 6. Antal barn som blivit kommunmottagna i Västra Götaland per kommunmottagningsår 2004 - 2014, fördelat på ensamkommande respektive ej ensamkommande barn (barn med flyktingbakgrund i familj) samt ålder respektive kön. Källa: SCB.

# Metod

Studiepopulationen är personer folkbokförda i Västra Götaland i åldrarna 0 - 69 år, uppdelade på invånare med respektive utan flyktingbakgrund. Vi har använt två olika studiepopulationer som beskrivs närmare nedan:

- Tvärsnitt 2014
- Longitudinell kohort

Avgränsning i ålder görs för att antalet invånare med flyktingbakgrund i åldrarna 70 år eller äldre är så få i relation till invånare utan flyktingbakgrund i samma ålder att de statistiska jämförelserna blir osäkra. Avgränsningen i tid baseras på tillgång till vårddata.

Resultatredovisningen är uppdelad på barn 0 - 17 år och vuxna 18 - 69 år. För barn redovisas invånare med flyktingbakgrund uppdelat på barn som var ensamkommande respektive barn som kom med familj (ej ensamkommande) när de anlände till Sverige om antalet utfall är tillräckligt stort för att kunna redovisa resultat med tillfredsställande säkerhet.

Resultat redovisas för vårdkonsumtion, diagnoser respektive tandhälsa.

## Datakällor

I rapporten används uppgifter ur flera register från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Ur *RTB (Registret över totalbefolkningen)* kommer uppgifter om folkbokförda i Västra Götaland på individnivå (länskod 14) med uppgifter om födelseår och månad, dödsdatum, kön och födelseland för vissa större flyktinggrupper (Afghanistan, Syrien, Irak, Iran, Somalia, Eritrea, Ryssland och f.d. Jugoslavien), samt födelseland enligt Statistiska Centralbyråns landgruppering.

Från databasen för integrationsstudier, *STATIV*, har uppgifter om flyktingbakgrund hämtats.

Högsta uppnådda utbildning är hämtad från *Utbildningsregistret*. Uppgifter om inkomst är hämtat från *Inkomst- och taxeringsregistret*.

Från Västra Götalandsregionens vårddatabaser *Vega* och *Akutdatabasen* har följande data hämtats: hälso- och sjukvårdsbesök, vårdtillfällen och diagnoser för folkbokförda i Västra Götaland år 2006 - 2015 och akutmottagningsbesök år 2012 - 2015.

Uppgifter om tandvård har hämtats från *Folktandvårdens journalsystem T4* för år 2006 - 2016.

För att säkerställa integritetsskydd har SCB matchat ihop samtliga datakällor med hjälp av personnummer och därefter avidentifierat materialet med ett unikt ID-nummer som ej är kopplat till personnummer och som innebär att inga data kan kopplas till identifierbara individer.

## Utfallsmått

### Vårdkonsumtion

Antal besök per år beräknas för varje individ för primärvård respektive specialiserad öppenvård<sup>6</sup> samt akutmottagningar separat. Antal slutenvårdstillfällen och antal vård dagar beräknas för varje individ och år. Vårdkontaktorna delas upp på somatisk respektive psykiatrisk vård. Besöken delas även upp på läkarbesök och övriga besök. Måttet anges i antal besök respektive vårdtillfällen per invånare.

### Diagnoser

Ett urval av diagnoser har valts baserat på sjukdomar och diagnoser som skulle kunna vara mer respektive mindre förekommande bland asylsökande och nyanlända utifrån litteraturen, samt olika grupperingar av kroniska sjukdomar [15], liksom hela ICD-10-kapitel<sup>7</sup>. Utsökningen har baserats på ICD-koder inom primärvård, specialiserad öppenvård respektive slutenvård. Utifrån dessa diagnoser har antalet diagnoser reducerats till drygt 60 diagnoser/diagnosgrupper i samråd med medicinska rådgivare inom psykiatri, infektion, migration m.fl. Respektive diagnos/diagnosgrupp har summerats per individ, oavsett om individen fått diagnosen i primärvård eller specialiserad öppenvård, oavsett personalkategori och oavsett huvud- eller bidiagnos. Diagnosgrupper och ICD-koder redovisas i bilaga 1. Det mått som använts är andel av populationen med diagnos (% , prevalens).

Multisjuka patienter och patienter med omfattande sjukvårdsbehov har beräknats för alla åldrar utifrån Socialstyrelsens definitioner för mest sjuka äldre (Socialstyrelsen 2011)<sup>8</sup>. Beräkningarna baseras på antal besök och/eller vårdtillfällen i specialiserad vård, samt krav på att individen har diagnoser ur flera olika diagnoskapitel. Måttet anges som andel av populationen som definieras som multisjuk (% , prevalens).

### Tandvård

För tandvårdsdata har Folktandvårdens journalsystem T4 använts. Definitionen av behandlingsåtgärder och vårdkonsumtion inom tandvården följer HSLF-FS 2016:49<sup>9</sup>. I rapporten redovisas förekomst av manifest karies<sup>10</sup> samt extraktioner per individ och år. De redovisade uppgifterna inkluderar samtliga individer som behandlats inom hela Folktandvården VG (allmän- och specialisttandvård samt utbildningskliniker). Redovisningen av tandvårdsdata begränsas främst till åldrarna 0 - 29 år, då dessa i stor utsträckning ges tandvård inom Folktandvården. Måttet anges som andel av populationen som har förekomst av manifest karies (% , incidens).

---

<sup>6</sup> Akutmottagningsbesök ingår i specialiserade öppenvårdsbesök

<sup>7</sup> Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Diagnoserna är grupperade i 22 kapitel.

<sup>8</sup> Begreppet "mest sjuka äldre" används för att identifiera gruppen med stort behov av sjukvård och omsorg genom att identifiera individer som "multisjuka" och/eller hade ett "omfattande sjukvårdsbehov". Begreppen var definierat enligt Socialstyrelsen. Omfattande sjukvård var enligt Socialstyrelsen när minst en av följande parametrar uppfylls: fler än 19 dagar i slutenvård, fler än 3 inskrivningar i slutenvård eller fler än 7 besök till specialistläkare i öppenvård under ett år. Multisjuk enligt Socialstyrelsen var när patienten under en 12-månadersperiod varit inskrivna inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper/kapitel enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10.

<sup>9</sup> Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd. Statligt tandvårdsstöd, ändrade föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1). HSLF-FS 2016:49.

<sup>10</sup> Manifest karies (decayed teeth) avser DT, karies i permanenta tänder respektive dt, karies i primära tänder.

## Bakgrundsvariabler

*Åldersgrupper:* Barn: 0 - 9 år, 10 - 17 år. Vuxna: 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Individer 70 år eller äldre är exkluderade ur analyserna eftersom antalet individer i åldersgruppen som har flyktningbakgrund är för få för att statistiska slutsatser ska kunna dras med tillräcklig säkerhet.

*Kön:* Kvinna, man.

*Utbildningsnivå:* Beskriver individens högsta utbildningsnivå för åldrarna 16 - 74 år under aktuellt år och är indelad i fyra grupper: Förgymnasial utbildning 9 år eller kortare, gymnasial utbildning (samt kortare eftergymnasial utbildning) och eftergymnasial utbildning (3 år eller längre), uppgift saknas (framför allt barn vilka ej avslutat grundskolestudier). Utbildningsnivå används därför i analyser endast för vuxna, dvs 18 år och äldre.

*Disponibel inkomst per konsumtionsenhet:* Disponibel inkomst<sup>11</sup> per konsumtionsenhet<sup>12</sup> är individens inkomst inklusive bidrag och transfereringar, minus skatt, fördelat mellan hushållets<sup>13</sup> familjemedlemmar som ska försörjas av denna inkomst. Redovisas grupperat efter *låginkomst* (under 25:e percentilen för hela befolkningen år 2014, dvs de 25 procent av befolkningen med lägst inkomst) *mellaninkomst* (25:e -75:e percentilen), och *höginkomst* (över 75:e percentilen, dvs de 25 procent av befolkningen med högst inkomst). Beräknas även för barn.

---

<sup>11</sup> Disponibel inkomst är summan av alla inkomster och transfereringar (t.ex. barn- och bostadsbidrag, studiebidrag, försörjningsstöd, etableringsersättning) minus slutlig skatt.

<sup>12</sup> Disponibel inkomst per konsumtionsenhet bygger på att alla personer i samma hushåll har samma inkomst, nämligen hushållets sammanlagda inkomst efter skatt dividerat med hushållets konsumtionsvikt, vilken beror på antalet personer i hushållet och deras ålder. Vikterna som tillämpas är enligt:

- Ensamboende 1,0
- Sammanboende par 1,51
- Ytterligare vuxen 0,6
- Första barnet 0–19 år 0,52

Detta för att möjliggöra jämförelser av t.ex. disponibel inkomst och ekonomisk köpkraft mellan olika typer av hushåll.

<sup>13</sup> Hushållsbegrepp: Bostadshushåll enligt Totalräknad inkomstfördelningsstatistik (TRIF)

## Studiepopulation Tvärsnitt 2014

Denna studiepopulation används för att beskriva aktuella skillnader mellan invånare med och utan flyktingbakgrund i förekomst av vård år 2015 för barn respektive vuxna.

**Nämnare:** Folkbokförd i Västra Götaland 2014-12-31 i åldrarna 0 - 69 år.

**Täljare:** Utfallsvariabler för vårdkonsumtion, diagnoser och tandvård år 2015.

### Beskrivning av tvärsnitt 2014

År 2014 fanns 49 810 invånare i Västra Götaland i åldrarna 0 - 69 år med flyktingbakgrund (3,5 procent av befolkningen) och 1 367 399 invånare utan flyktingbakgrund. Antal barn 0 - 17 år med flyktingbakgrund var 12 433 (25 procent av alla med flyktingbakgrund) och ungefär 10 procent av dem var ensamkommande. Antal vuxna med flyktingbakgrund var 37 377 i åldersgruppen 18 - 69 år.

Vuxna med flyktingbakgrund 70 år och äldre utgör endast 2 procent av invånare med flyktingbakgrund (826 personer) och ingår inte i studiepopulationen.

Tabell 1 och 2 visar antal invånare i respektive grupp efter ålder. Antalet personer med flyktingbakgrund är inte komplett eftersom information om flyktingstatus före år 1997 saknas. Personer som kommunmottagits före 1997 räknas inte som invånare med flyktingbakgrund i den här rapporten utan återfinns i gruppen invånare utan flyktingbakgrund. Antalet med flyktingbakgrund som mottagits/fått uppehållstillstånd i Sverige åren 1980 till 1997 var knappt 300 000. Antalet i Västra Götaland blir uppskattningsvis drygt 50 800<sup>14</sup> under samma period.

Tabell 1. Antal invånare med respektive utan flyktingbakgrund fördelat på ålder. Tvärsnitt 2014. Källa: SCB.

Åldersgrupp	Invånare med flyktingbakgrund	(%)	Invånare utan flyktingbakgrund*	(%)
0-9 år	4 479	9%	189 034	14%
10-17 år	7 954	16%	129 937	10%
18-29 år	14 038	28%	253 622	19%
30-49 år	17 853	36%	408 308	30%
50-69 år	5 486	11%	386 498	28%
<b>0-69 år</b>	<b>49 810</b>	<b>100%</b>	<b>1 367 399</b>	<b>100%</b>

\*Personer som kommunmottagits före 1997 inkluderas i gruppen invånare utan flyktingbakgrund.

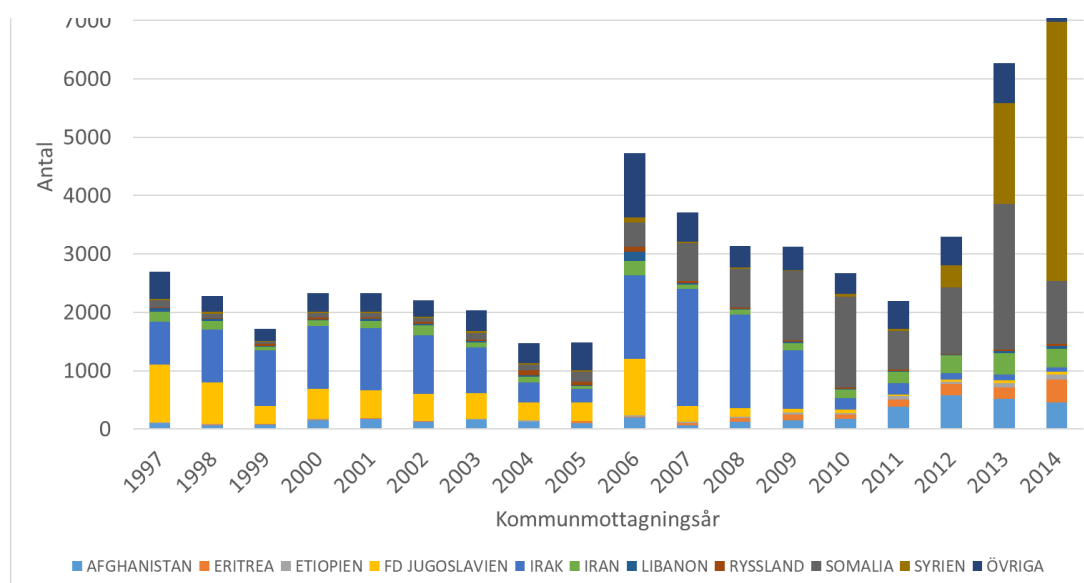
Tabell 2. Antal barn med respektive utan flyktingbakgrund fördelat på ålder. Tvärsnitt 2014. Källa: SCB.

Åldersgrupp	Barn med flyktingbakgrund		Barn utan flyktingbakgrund
	Ensamkommande barn	Ej ensamkommande barn	
0-9 år	183	4 296	189 034
10-17 år	1 075	6 879	129 937
<b>0-17 år</b>	<b>1 258</b>	<b>11 175</b>	<b>318 971</b>

<sup>14</sup> Antalet flyktingar + deras anhöriga i riket under perioden enligt statistik från Migrationsverket multiplicerat med Västra Götalandsregionens andel av totala populationen i riket år 1980, ca 17%.

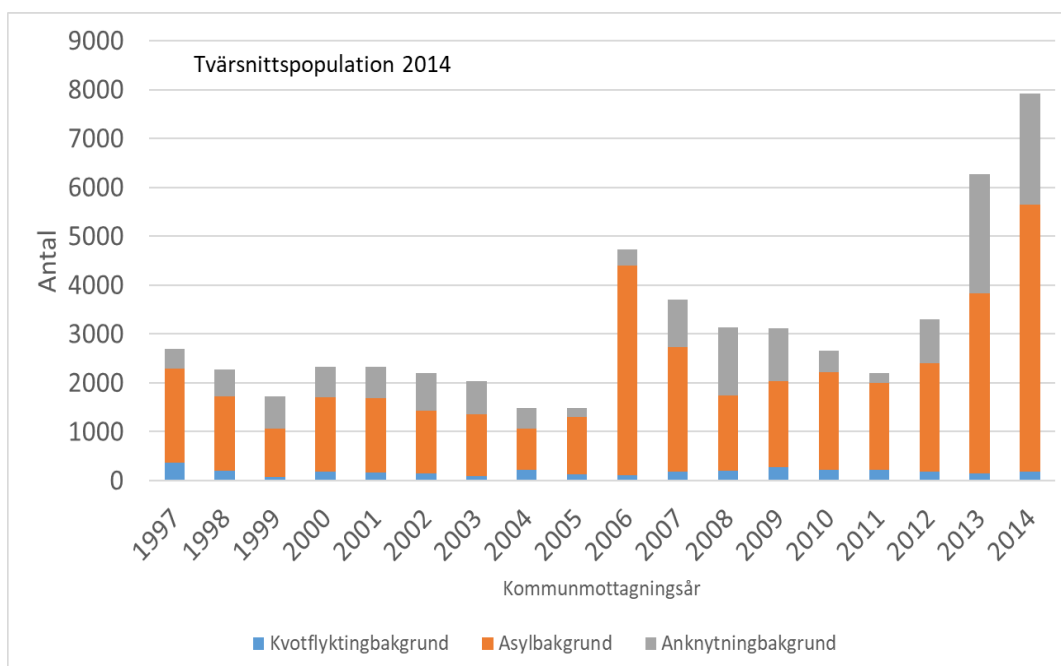
Figur 7 visar antalet invånare med flyktingbakgrund i Västra Götaland år 2014 uppdelat på vilket år personen kommun-mottogs och födelseland. Fördelningen av födelseland varierar över tid. De senaste åren är majoriteten av flyktingar från Syrien och Somalia. Flyktingar från Irak och forna Jugoslavien var i majoritet 1997 - 2008. I tvärsnittspopulationen totalt sett är störst andel av invånarna med flyktingbakgrund från Irak (24 procent), följt av Somalia (20 procent), Syrien (13 procent), forna Jugoslavien (11 procent) och Afghanistan (7 procent).

Antalet invånare med flyktingbakgrund som är folkbokförda år 2014 skiljer sig inte avsevärt från diagrammet som redovisar antal som blivit nyanlända per år (figur 4). Detta tyder på att majoriteten av nyanlända stannat kvar i Västra Götaland, alternativt har personer som flyttat utanför Västra Götaland ersatts av andra personer med flyktingbakgrund som flyttat in i länet.



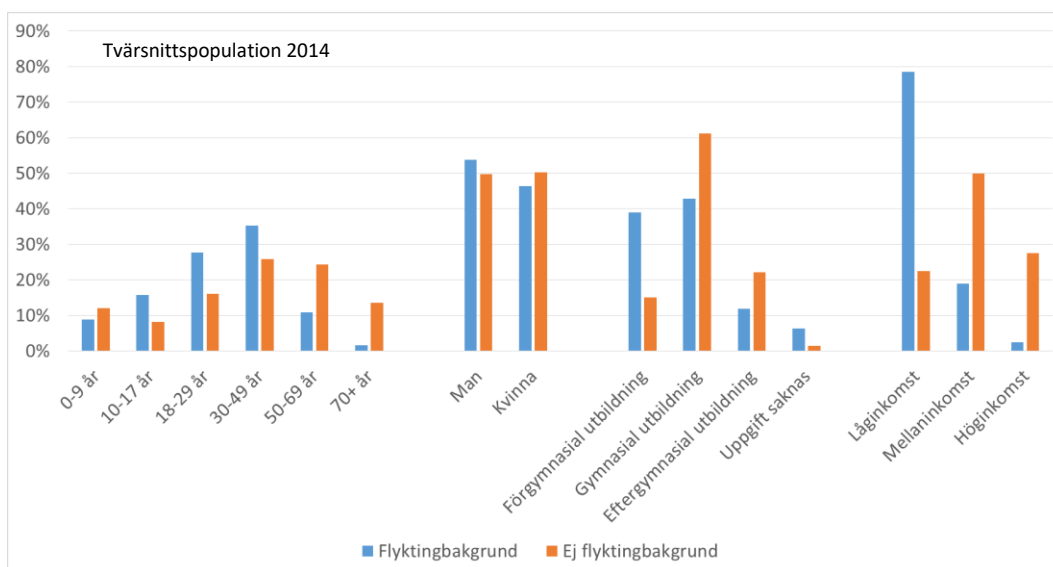
Figur 7. Antal invånare med flyktingbakgrund 0 - 69 år folkbokförda 2014-12-31 i Västra Götaland per kommunmottagningsår, fördelat på födelseland. Tvärsnittspopulation 2014. Källa: SCB.

Figur 8 redovisar antalet invånare med flyktingbakgrund fördelat på flyktingstatus. Antalet kvotflyktingar är mycket lågt, och särredovisas därför inte i rapporten. Antalet personer med anknytningsbakgrund följer tidsmönstret för antalet anlända asylsökande med något års förskjutning.



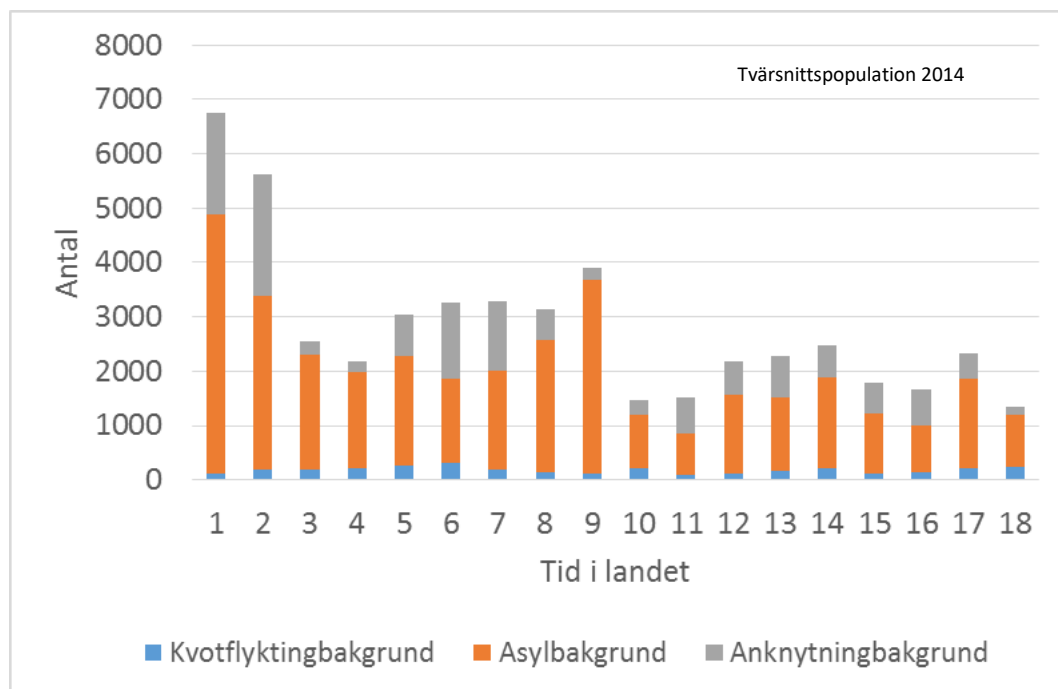
Figur 8. Antal invånare med flyktningbakgrund 0 - 69 år folkbokförda 2014-12-31 i Västra Götaland per kommunmottagningsår, kommunmottagna 1997 - 2014, fördelat på asylbakgrund, kvotflyktningbakgrund och anknytningsbakgrund. Tvärsnittspopulation 2014. Källa: SCB.

Figur 9 visar procentuell fördelning av ålder, kön, utbildningsnivå och inkomstnivå för invånare med flyktningbakgrund respektive invånare utan flyktningbakgrund. Invånare med flyktningbakgrund är i jämförelse med invånare utan flyktningbakgrund yngre och en större andel är män. De har i högre grad en förgymnasial utbildning som högsta utbildning jämfört med invånare utan flyktningbakgrund (39 procent jämfört med 15 procent), samt har en avsevärt högre andel personer med låg inkomst jämfört med invånare utan flyktningbakgrund (79 procent jämfört med 22 procent).



Figur 9. Procentuell fördelning av ålder (0 år och uppåt), kön och inkomstnivå (0 - 69 år), utbildningsnivå (18 - 69 år), för invånare med flyktningbakgrund respektive invånare utan flyktningbakgrund. Tvärsnittspopulation 2014. Källa: SCB.

Figur 10 visar hur antal år i landet fördelar sig i tvärsnittspopulationen 2014, fördelat på flyktinggrupper. Trettiotvå procent har funnits i Sverige i 10 år eller längre.



Figur 10. Antal invånare med flyktingbakgrund folkbokförda 2014-12-31 i Västra Götaland efter år i landet sedan kommunmottagningsår, kommunmottagna 1997 - 2014, fördelat på asylbakgrund, kvotflyktingbakgrund och anknytningbakgrund. Tvärsnittspopulation 2014. Källa: SCB.

#### Statistisk analysmetod tvärsnitt 2014

Logistisk regression används för att studera sambanden mellan olika individfaktorer och förekomst av en viss diagnos/diagnosgrupp bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med invånare utan flyktingbakgrund. För att studera sambanden mellan olika individfaktorer och vårdkonsumtion i form av antal besök i vården (primärvård resp. specialiserad öppenvård) respektive antal vårdtillfällen i slutenvård används negativ binomialregression. Multipel linjär regression används för att studera sambanden mellan olika individfaktorer och vårdkonsumtion i form av totalt antal vård dagar i slutenvård.

Från regressionsmodellerna logistisk regression respektive negativ binomialregression beräknas oddskvoter (OR) med hänsyn tagen för ålder och kön. Oddskvoter skattar risken att få diagnosen bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med invånare utan flyktingbakgrund.

Referenskategori invånare utan flyktingbakgrund har alltid OR 1,0. En oddskvot över 1,0 tyder på en större risk bland invånare med flyktingbakgrund och en siffra mindre än 1,0 för en lägre risk. Ju högre oddskvoten är, desto större är överrisken. En oddskvot på 1,5 innebär 50 procent ökad risk och en oddskvot på 2 innebär dubbelt så stor risk. En oddskvot som är mindre än 1 innebär på samma sätt en underrisk. En oddskvot på 0,5 innebär 50 procent lägre risk.

Då vårdkonsumtion och diagnosförekomst oftast är ålders- och könsberoende och fördelningen med avseende på ålder och kön skiljer sig mellan grupperna i rapporten justerades oddskvoter för dessa faktorer. Justeringar gjordes även för inkomst och utbildningsnivå för att få en indikation på i vilken utsträckning vårdkonsumtion och diagnosförekomst påverkas av socioekonomiska skillnader. I

resultatredovisningen redovisas oddskvoter justerade för ålder och kön, och oddskvoter där det även justerats för inkomst och utbildningsnivå kommenteras endast i de fall detta påverkar mönstret. För barn justeras ej för utbildning eftersom uppgift saknas. De olika förklarande faktorerna antas inverka additivt, dvs effekten på exempelvis vårdkonsumtion är en summa av effekterna av ålder, kön och socioekonomi. Eventuella effekter av interaktioner mellan de studerade faktorerna, vilket skulle kunna påverka skattningar av effekter, har inte undersökts. Det kan inte heller uteslutas att faktorer som påverkar skillnader mellan grupperna inte är inkluderade i analysen, vilket också kunnat påverka skattningarna av effekter.

Endast statistiskt säkerställda oddskvoter kommenteras i rapporten. Konfidensintervall redovisas med 95-procentig konfidensnivå. Samtliga oddskvoter liksom deras konfidensintervall för tvärsnittspopulationen 2014 redovisas i rapportens bilaga 2. Konfidensintervall anger graden av statistisk osäkerhet, det vill säga i 95 procent av fallen täcker konfidensintervallet det sanna värdet. Om konfidensintervallet för en grups oddskvot inte överlappar värdet 1 medför det att skillnaden mellan gruppen och referensgruppen är signifikant på 5 procent signifikansnivå.

Åldersuppdelade diagram tillsammans med konfidensintervall redovisas för antal besök/vårdtillfälle per invånare respektive andel av befolkningen med aktuell diagnos baserat på tvärsnittspopulationen. Resultaten beräknas och redovisas för fem ålderskohorter: barn 0 - 9 år, barn 10 - 17 år, 18 - 29 år, 30 - 49 år och 50 - 69 år. Förekomst av karies beräknas och redovisas för tre ålderskohorter: barn 0 - 9 år, barn 10 - 17 år och 18 - 29 år. Eftersom täckningsgraden var låg för vuxna i Folk tandvården så redovisas endast grupperna barn och unga vuxna.

Skillnader i nivåskattningar kommenteras endast för statistiskt säkerställda skillnader. Konfidensintervall för dessa redovisas med 95-procentig konfidensnivå. Om konfidensintervallen för två grupper skattade nivåer inte överlappar så är också skillnaden mellan grupperna statistiskt signifikant på 5 procent signifikansnivå.

Inga justeringar har gjorts för det stora antalet gjorda signifikanstest, vilket ökar risken för att något enskilt signifikant resultat kan vara slumpmässigt felaktigt. Även om studiepopulationen i rapporten är stor, så är antalet individer med en särskild diagnos för de med flyktningbakgrund ibland mycket få till antalet. Detta begränsar styrkan i statistiska test, det vill säga förmågan att med statistiska test upptäcka skillnader mellan grupper är svag. Det låga antalet individer med flyktningbakgrund i en del av de jämförelser som görs i rapporten ökar också risken att det observerade resultatet kan vara en följd av selektionseffekter, det vill säga att det observerade resultatet inte är representativt för invånare med flyktningbakgrund.

## Studiepopulation longitudinell kohort

Denna studiepopulation används för att beskriva utvecklingen av vård över tid upp till åtta år efter uppehållstillstånd i Sverige för ett urval av diagnoser.

### Nämndare/baslinjepopulation:

- **Invånare med flyktingbakgrund:** Baslinje: Kommunmottagna i Västra Götaland 2005 - 2007 i åldrarna 0 - 69 år
- **Invånare utan flyktingbakgrund:** Baslinje: Folkbokförd i Västra Götaland 2006-12-31 i åldrarna 0 - 69 år (ovan nämnda grupp samt kommunmottagna 1997 - 2004 exkluderade)

**Täljare:** Utfallsvariabler för ett urval av diagnoser per år (t+1 år) till (t+8 år) efter baslinjen (t). Följande diagnoser har analyserats: förstämningssyndrom, depression, ångest, anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, PTSD, beroendesjukdomar, beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen, diabetes, ischemisk hjärtsjukdom, fetma, högt blodtryck, inflammatorisk tarmsjukdom, kronisk smärta och muskuloskeletal symptom (rörelseapparaten) samt ryggvärk. Urvalet är gjort baserat på tidigare forskningsresultat samt resultat från tvärsnittspopulationen.

### Beskrivning longitudinell kohort

År 2005 - 2007 blev 8 685 personer med flyktingbakgrund i åldrarna 0 - 69 år kommunmottagna i Västra Götaland. Antalet folkbokförda invånare utan flyktingbakgrund 2006-12-31 i samma åldrar var 1 324 689. Antal barn 0 - 17 år som kommunmottogs var 3 030 (varav ungefär 5 procent var ensamkommande). Antal vuxna som kommunmottogs var 5 655 i åldersgruppen 18 - 69 år.

Tabell 3 och 4 visar antal individer som kommunmottagits åren 2005 - 2007 samt antal individer utan flyktingbakgrund i kohorten 2006-12-31, efter ålder.

Tabell 3. Antal invånare med flyktingbakgrund respektive invånare utan flyktingbakgrund i respektive grupp efter ålder. Longitudinell kohort. Källa: SCB.

Åldersgrupp	Invånare med flyktingbakgrund*	(%)	Invånare utan flyktingbakgrund**	(%)
0-9 år	1 640	19%	162 833	12%
10-17 år	1 390	16%	157 750	12%
18-29 år	2 472	28%	226 884	17%
30-49 år	2 721	31%	413 021	31%
50-69 år	462	5%	364 201	27%
<b>0-69 år</b>	<b>8 685</b>	<b>100%</b>	<b>1 324 689</b>	<b>100%</b>

\*) Kommunmottagna 2005 - 2007. \*\*) Folkbokförda invånare i Västra Götaland 2006-12-31 exklusive kommunmottagna. Personer som kommunmottagits 1997 - 2004 är exkluderade ur gruppen utan flyktingbakgrund.

Tabell 4. Antal barn med flyktingbakgrund respektive barn utan flyktingbakgrund i respektive grupp efter ålder. Longitudinell kohort. Källa: SCB.

	Barn med flyktingbakgrund*		Barn utan flyktingbakgrund**
	Ensamkommande barn	Ej ensamkommande barn	
0-9 år	8	1 632	162 833
10-17 år	117	1 273	157 750
<b>0-17 år</b>	<b>125</b>	<b>2 905</b>	<b>320 583</b>

\* Kommunmottagna barn 2005 - 2007. \*\*) Folkbokförda invånare i Västra Götaland 2006-12-31 exklusive kommunmottagna. Personer som kommunmottagits 1997 - 2004 är exkluderade ur gruppen barn utan flyktingbakgrund.

Asylsökandes ursprungsländer varierar över tid och därmed också kommunmottagnas ursprungsländer. I kohorten som kommunmottogs år 2005 - 2007 kom majoriteten från Irak (38 procent), följt av forna Jugoslavien (17 procent) och Somalia (12 procent).

#### *Statistisk analysmetod longitudinell kohort*

Andelen invånare med en viss diagnos mellan år (t+1) till (t+8) beräknas för invånare med respektive utan flyktingbakgrund. Nämnaren är baslinjepopulationen vars individer följs åtta år framåt. Individer exkluderas om de inte längre är folkbokförda i Västra Götaland aktuellt år.

Andel och konfidensintervall med 95-procentig konfidensnivå redovisas. Andel med diagnos beräknas och redovisas för fem ålderskohorter: barn 0 - 9 år, barn 10 - 17 år, 18 - 29 år, 30 - 49 år och 50 - 69 år vid baslinjen t. Förekomst av karies beräknas och redovisas för tre ålderskohorter: barn 0 - 9 år, barn 10 - 17 år och 18 - 29 år. Utvecklingen av olika diagnoser efter antal år i landet redovisas i linjediagram och statistiskt signifikanta skillnader kommenteras i text. Samtliga diagram redovisas i bilaga 3.

#### *Statistisk bearbetning*

Statistikprogrammet SPSS 22.0 användes för alla analyser. Statistikprogrammet SAS 9.3 användes för att söka ut och bearbeta utfallsvariablerna för vård.

# Resultat barn 0 - 17 år

## Hälso- och sjukvårdskonsumtion barn

År 2014-12-31 fanns 12 433 folkbokförda barn med flyktingbakgrund i Västra Götaland varav 1 258 var ensamkommande.

Nedanstående oddskvoter för barns vårdkonsumtion och diagnoser är justerade för ålder och kön. I bilaga 2 redovisas även resultaten justerade för den sammanlagda effekten av ålder, kön och inkomst, men dessa kommenteras endast i rapporten om mönstret avviker från det ålders- och könsjusterade värdet.

### *Ensamkommande barn hade högre vårdkonsumtion än övriga barn, särskilt inom psykiatri*

Ensamkommande barn hade i genomsnitt fler besök i primärvård (21 procent högre), både hos läkare och annan personal, jämfört med barn utan flyktingbakgrund (tabell 5, samt bilaga 2). Samma mönster sågs för besök i specialiserad öppenvård (18 procent högre), både för besök i somatisk öppenvård (21 procent) och psykiatrisk öppenvård (20 procent) jämfört med barn utan flyktingbakgrund (tabell 5). Det fanns inga skillnader mellan grupperna med avseende på akutmottagningsbesök.

Ensamkommande barn hade också i genomsnitt betydligt fler vårdtillfällen, både inom somatik (67 procent) och framförallt inom psykiatri där antalet vårdtillfällen var nästan dubbelt så högt. De ensamkommande barnen som erhållit psykiatrisk slutenvård var dock väldigt få till antalet (12 barn).

*Tabell 5. Oddskvoter (OR) och antal vårdkontakter för barn 0 - 17 år med flyktingbakgrund - ensamkommande respektive ej ensamkommande - i relation till barn utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön, för besök och vårdtillfällen i olika vårdformer år 2015. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.*

Oddskvoter	Ensamkommande barn		Ej ensamkommande barn	
	OR	Antal vårdkontakter	OR	Antal vårdkontakter
Primärvårdsbesök	1,21	2 905	-	23 177
Akutmottagningsbesök	-	296	0,85	2 148
Somatiska öppenvårdsbesök	1,21	2 006	1,07	16 349
Somatiska slutenvårdstillfällen	1,67	87	1,17	565
Psykiatriska öppenvårdsbesök	1,20	769	0,32	1 513
Psykiatriska slutenvårdstillfällen	1,85	12	0,30	16

- ingen statistiskt säkerställd skillnad

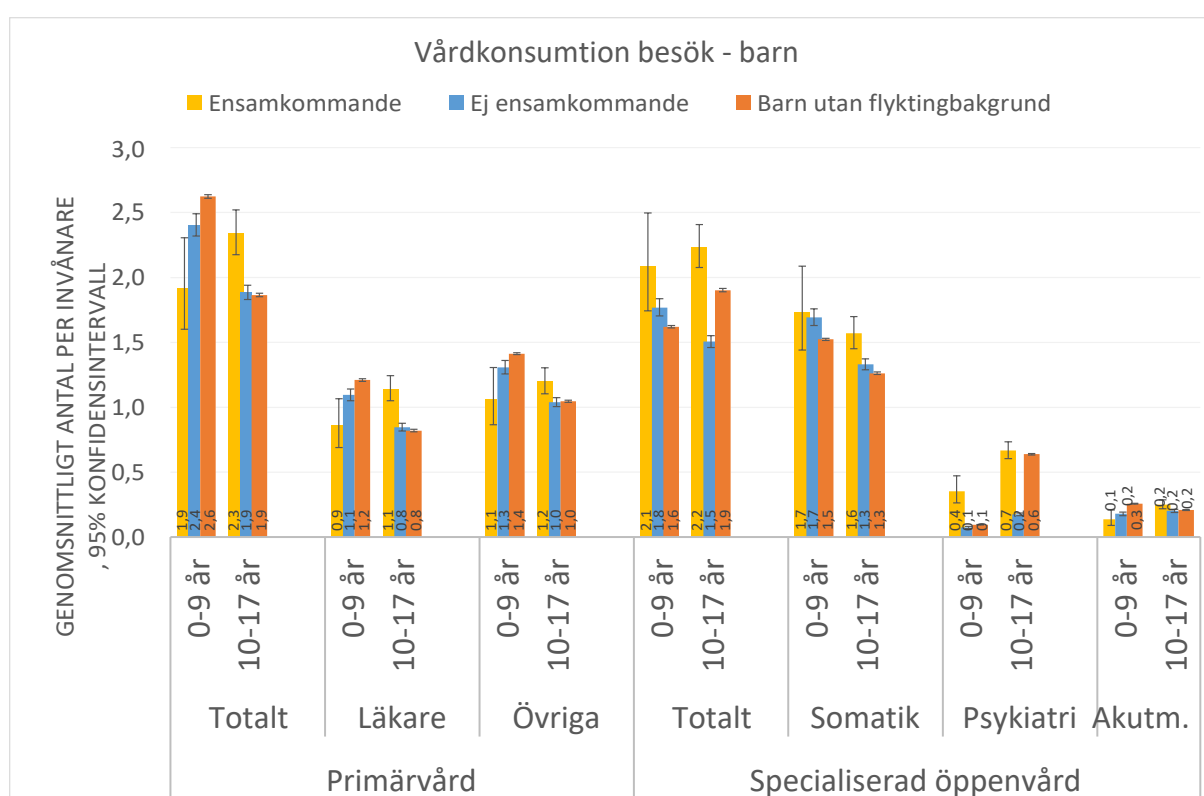
Figur 11 visar att vårdkonsumtionsmönstren skiljer sig mellan olika åldersgrupper. Den högre vårdkonsumtionen bland ensamkommande barn sågs både bland barn 0 - 9 år och 10 - 17 år med några undantag. Ensamkommande barn 0 - 9 år hade lägre antal besök i primärvård, framförallt hos läkare, samt vid akutmottagning jämfört med barn utan flyktingbakgrund. Figur 12 visar inga skillnader mellan grupperna för de riktigt unga (0 - 9 år) med avseende på somatiska vårdtillfällen. Ensamkommande barn i åldrarna 10 - 17 år hade fler somatiska vårdtillfällen än barn som kom med sin familj, vilka i sin tur hade fler vårdtillfällen än barn utan flyktingbakgrund.

### Barn med flyktingbakgrund i familj hade lägre psykiatrisk vårdkonsumtion än barn utan flyktingbakgrund

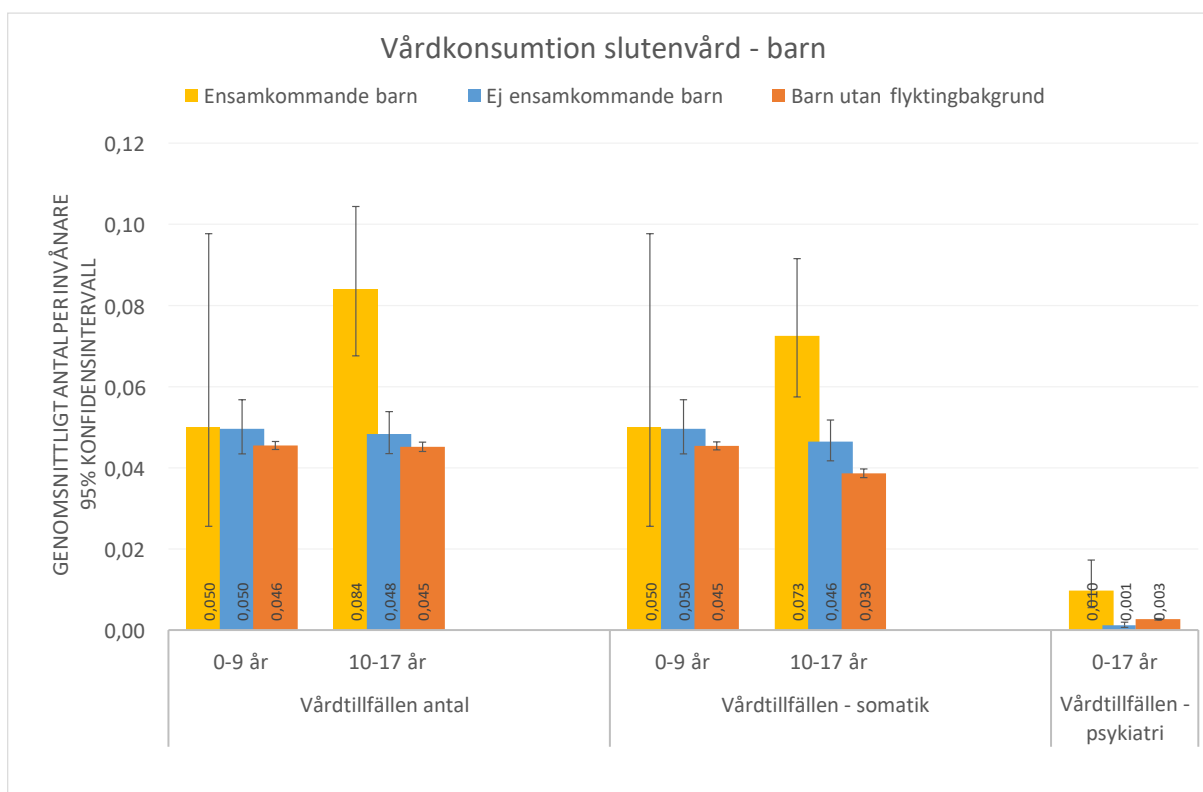
Barn med flyktingbakgrund i familj (ej ensamkommande) hade generellt en något lägre vårdkonsumtion än barn utan flyktingbakgrund. De hade i genomsnitt påtagligt lägre antal besök i specialiserad psykiatrisk öppenvård (68 procent lägre) och vårdtillfällen inom psykiatri (70 procent lägre) jämfört med barn utan flyktingbakgrund, ett resultat som alltså skiljer sig påtagligt mot ensamkommande barn. Dessutom hade de något färre akutmottagningsbesök.

Den lägre psykiatriska öppenvårdskonsumtionen sågs framförallt bland barn 10 - 17 år (figur 11). Barn 0 - 9-år hade samma nivå som barn utan flyktingbakgrund.

Det genomsnittliga antalet vårdtillfällen inom somatisk vård var marginellt högre för barn i familj (17 procent högre) liksom för besök i somatisk specialiserad öppenvård (7 procent högre) (figur 12). Avseende primärvårdsbesök och antal vård dagar fanns inga skillnader mellan grupperna.



Figur 11. Genomsnittligt antal hälso- och sjukvårdsbesök per invånare år 2015 bland barn med flyktingbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive barn utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år samt vårdform, personalkategori, somatik/psykiatri, och akutmottagning. Källa: SCB och VEGA.



Figur 12. Genomsnittligt antal vårdtillfällen per invånare år 2015 bland barn med flyktningbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive barn utan flyktningbakgrund. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år samt somatik och psykiatri. Källa: SCB och VEGA.

## Psykiatriska diagnoser barn

*Ensamkommande barn hade en påtagligt ökad risk att få diagnoserna PTSD, svår stress eller sömnstörningar*

Ensamkommande barn med flyktningbakgrund hade en påtagligt högre risk för ett antal psykiatriska diagnoser jämfört med barn utan flyktningbakgrund (tabell 6). Störst var skillnaderna för diagnosen PTSD (29 gånger högre risk), anpassningsstörningar och reaktion på svår stress där PTSD ingår (13 gånger högre risk) och sömnstörningar (sju gånger högre risk). Ensamkommande barn hade även en högre risk för diagnoserna beroendesjukdomar och depression (tre gånger högre risk).

Skillnaderna sågs både bland barn 0 - 9 år och barn 10 - 17 år, förutom sömnstörningar och beroendesjukdomar där skillnader endast sågs bland 10 - 17-åringar (figur 13).

När det gäller ångest respektive beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen, där till exempel ADHD ingår, sågs inga skillnader mot övrig befolkning bland 0 - 17-åringar (bilaga 2). I åldersgruppen 0 - 9 år var dock andelen barn med beteende- och emotionella störningar högre bland ensamkommande barn än bland barn utan flyktningbakgrund (figur 14).

Tabell 6. Oddskvoter (OR) för barn 0 - 17 år med flyktingbakgrund - ensamkommande respektive ej ensamkommande - i relation till barn utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön, för ett urval av psykiatriska diagnoser år 2015. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.

Oddskvoter	Ensamkommande barn		Ej ensamkommande barn	
	OR	Antal med diagnos	OR	Antal med diagnos
PTSD	2,9	63	1,7	29
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	1,3	120	1,5	104
Sömnstörningar	6,9	65	-	63
Beroendessjukdomar	3,1	10	-	15
Depression	2,7	49	0,43	62
Ångest	-	38	0,38	93
Beteende och emotionella störningar	0,47	29	0,50	225
Autism och Asperger	Ej analyserat	Ej analyserat	0,30*	54*

- ingen statistiskt säkerställd skillnad

\*Barn med flyktingbakgrund totalt – ensamkommande och ej ensamkommande sammanslagna

#### *Barn i familj med flyktingbakgrund hade en högre risk att få diagnoserna PTSD och svår stress, till skillnad från depression och ångest*

Barn i familj med flyktingbakgrund (ej ensamkommande) hade också en ökad förekomst av diagnoserna PTSD jämfört med barn utan flyktingbakgrund (knappt 2 gånger högre risk), anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (1,5 gånger högre risk) men inte i lika hög grad som ensamkommande barn.

Om justeringar också görs för skillnader i inkomst så uppvisade barn i familj med flyktingbakgrund och barn utan flyktingbakgrund inte längre några skillnader med avseende på diagnoser för PTSD. Antalet barn i familj med flyktingbakgrund med den diagnosen var dock väldigt få, 29 barn, vilket gör skattningarna känsliga för olika selektionseffekter. Det sågs heller ingen skillnad mellan grupperna med avseende på diagnosen anpassningsstörningar och reaktion på svår stress.

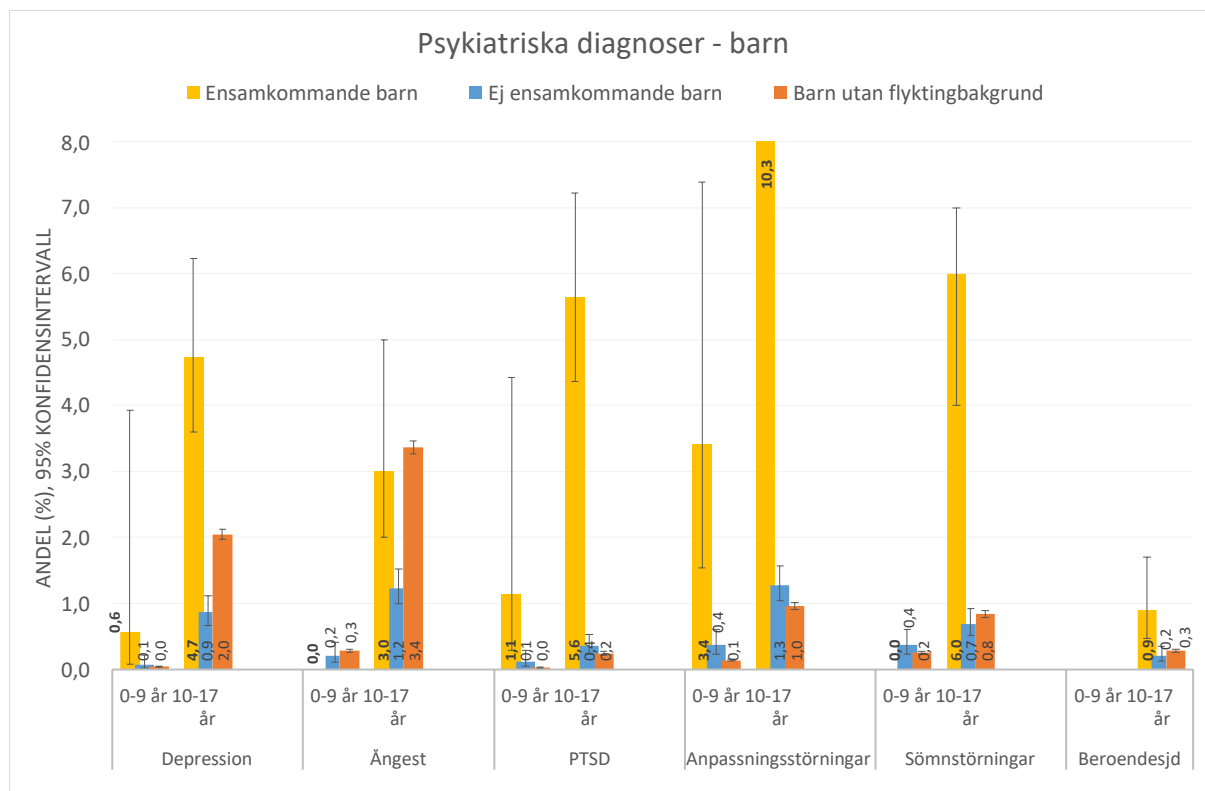
För diagnoserna ångest, depression och beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen var risken lägre för barn i familj med flyktingbakgrund jämfört med barn utan flyktingbakgrund (62, 57 respektive 50 procent lägre risk). När det gäller beroendessjukdomar och sömnstörningar sågs inga statistiskt signifikanta skillnader.

För några diagnoser var antalet ensamkommande barn och barn i familj med flyktingbakgrund var för sig, för få för att tillåta statistiska analyser varför de två grupperna slogs samman. Det gäller diagnoserna autism och Aspergers syndrom samt psykisk utvecklingsstörning och självskadebeteende.

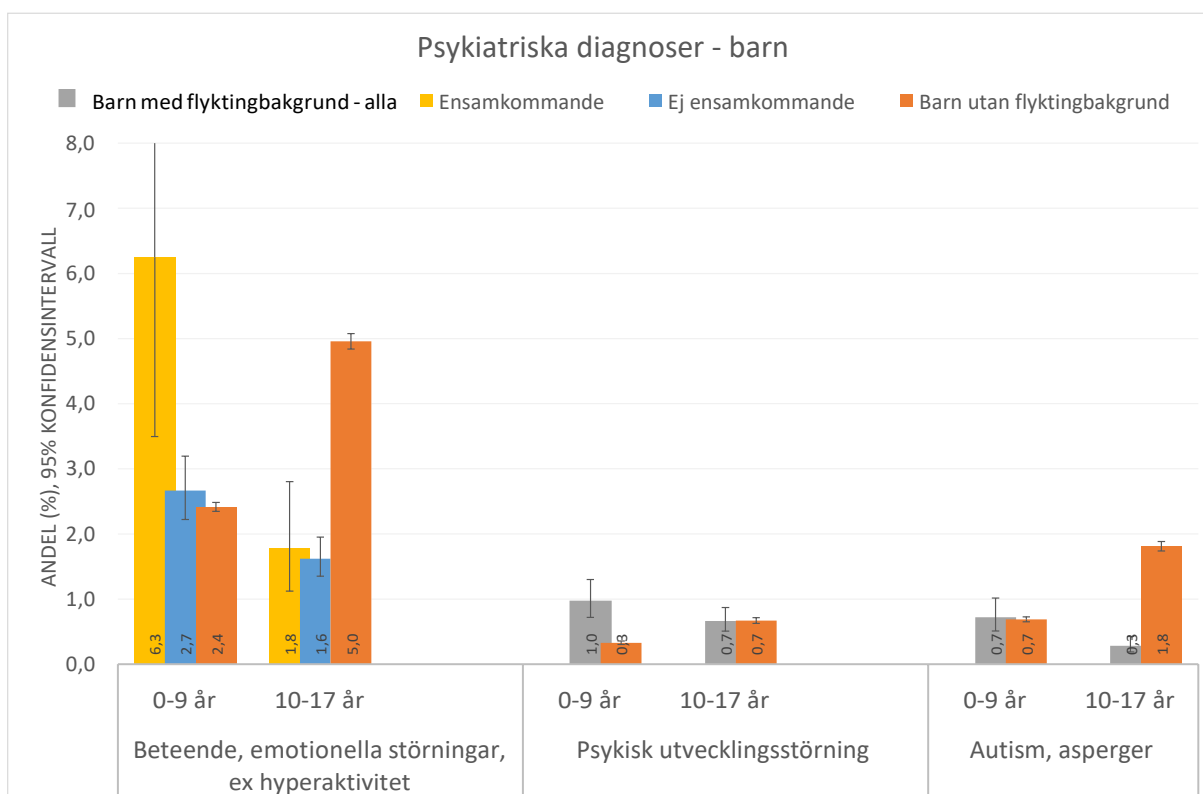
När det gäller diagnoserna autism och Aspergers syndrom hade gruppen barn med flyktingbakgrund en lägre risk (70 procent lägre) att få dem. För psykisk utvecklingsstörning och självskadebeteende förelåg ingen skillnad för barn med flyktingbakgrund jämfört med övriga barn.

*PTSD- och stresstillståndsdagnoser är vanligare i alla åldrar bland barn med flyktingbakgrund*

Figur 13 och 14 visar att de skillnader som observerats för barn med flyktingbakgrund jämfört med barn utan flyktingbakgrund framförallt gäller för åldrarna 10 - 17 år. Även barn 0 - 9 år hade ökad risk, särskilt ensamkommande, att få diagnoserna PTSD, anpassningsstörning, depression, psykisk utvecklingsstörning respektive beteendediagnoser och emotionella störningar.



Figur 13. Andel (%) barn med olika psykiatriska diagnoser år 2015 bland barn med flyktingbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn i familj, respektive barn utan flyktingbakgrund och fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år för diagnoserna depression, ångest, post traumatiskt stressyndrom (PTSD), anpassningsstörningar och reaktion på svårt stress inklusive PTSD, sömnstörningar och beroendesjukdomar. Källa: SCB och VEGA.



Figur 14. Andel (%) barn med olika psykiatriska diagnoser år 2015 bland barn med flyktingbakgrund totalt samt uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive barn utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år, beteendestörningar och emotionella störningar med debut i barndomen inklusive ADHD, psykisk utvecklingsstörning respektive autism, Asperger. Källa: SCB och VEGA.

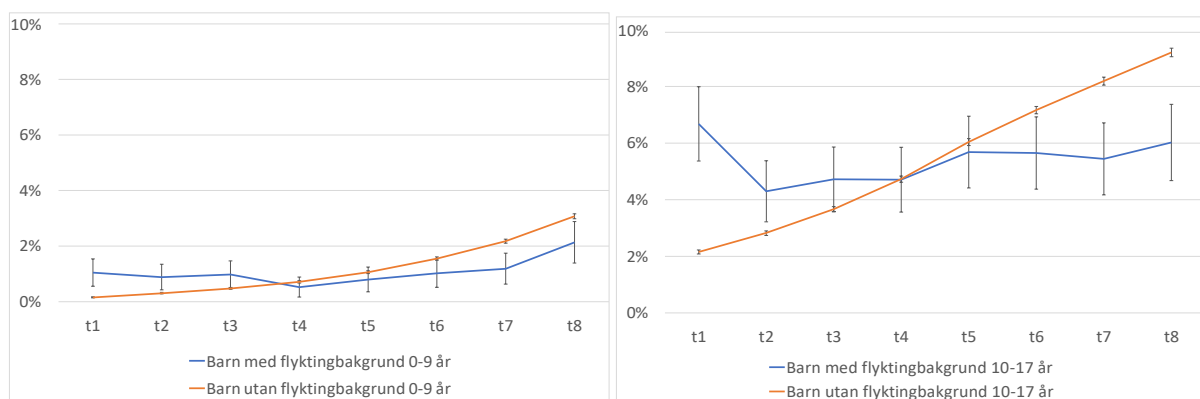
*Efter åtta år i landet hade barn med flyktingbakgrund i lägre grad diagnoserna depression, ångest eller anpassningsstörningar och svår stress jämfört med barn utan flyktingbakgrund*

Vi har följt utvecklingen sammanslaget för diagnoserna depression, ångest och anpassningsstörningar och reaktion på svår stress, där även PTSD ingår, samt beteende- och emotionella störningar, för 3 030 barn under de första åtta åren efter kommunmottagning.

Det är svårt att dela upp materialet och dra slutsatser på ensamkommande respektive barn i familj till följd av att grupperna består av ett för litet antal individer. Därför visas utveckling över tid för ensamkommande barn och barn med flyktingbakgrund i familj tillsammans.

Figur 15 visar att för barn med flyktingbakgrund som var 10 - 17 år vid kommunmottagning var andelen med diagnosen depression, ångest och/eller anpassningsstörningar ett år efter kommunmottagning klart högre än bland barn utan flyktingbakgrund (knappt sju procent jämfört med knappt två procent). Efter åtta år var andelen med diagnos däremot lägre bland barn med flyktingbakgrund jämfört med barn utan. Andelen ökade från två procent till nio procent bland barn utan flyktingbakgrund, medan andelen med diagnos var oförändrad bland barn med flyktingbakgrund. Det var framförallt diagnoserna ångest och depression som bidrog till ökningen hos barn utan flyktingbakgrund.

Mönstret var detsamma för barn 0 - 9 år men skillnaderna mellan grupperna var mindre.

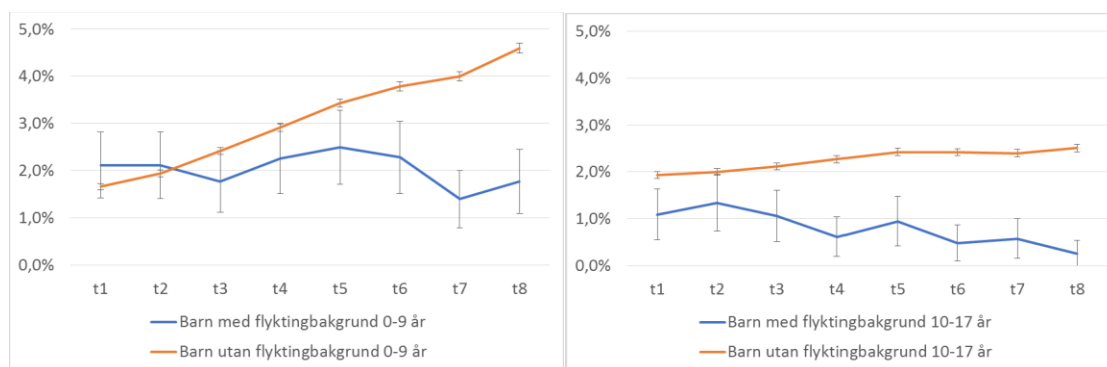


Figur 15. Andel barn med diagnos depression, ångest och/eller anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (där även PTSD ingår) bland individer med respektive utan flyktingbakgrund folkbokförda i Västra Götaland, åldersgrupp 0 - 9 år respektive 10 - 17 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95-procentigt konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

Barn med flyktingbakgrund fick i lägre grad diagnosen beteende- och emotionella störningar även efter åtta år i landet jämfört med barn utan flyktingbakgrund

När man följer kohorten 0 - 9 åringar respektive 10 - 17 åringar som inte har en flyktingbakgrund över tid, så ökade andelen barn med beteende- och emotionella störningar där bland annat ADHD ingår. Bland 0 - 9-åringar ökade det från 1,5 procent till 4,5 procent efter åtta år och bland 10 - 17-åringar från 2 procent till 2,5 procent (figur 16).

Bland barn med flyktingbakgrund förändrades inte mönstret över tid och andelen var dessutom klart lägre än bland barn utan flyktingbakgrund (runt 0,5 till 2 procent under hela perioden).



Figur 16. Andel barn med diagnos beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen bland individer med respektive utan flyktingbakgrund folkbokförda i Västra Götaland, åldersgrupp 0 - 9 år, 10 - 17 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

## Infektionsdiagnoser barn

### *Barn med flyktingbakgrund hade en klart högre risk för allvarigare infektionsdiagnoser*

Barn med flyktingbakgrund hade en klart högre risk för olika infektionsdiagnoser jämfört med barn utan flyktingbakgrund (tabell 7). Det gäller särskilt latent tuberkulos (116 gånger högre risk), tuberkulos (74 gånger högre risk) och kronisk virushepatit B (17 gånger högre risk). Även om riskökningen var påtaglig handlar det om förhållandevis få individer, runt 30 barn med flyktingbakgrund för respektive diagnos, förutom för diagnosen latent tuberkulos vilket drygt 90 barn hade (se bilaga 2).

*Tabell 7. Oddskvoter (OR) för barn 0 - 17 år med flyktingbakgrund - ensamkommande respektive ej ensamkommande - i relation till barn utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön, för ett urval av infektionsdiagnoser år 2015. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.*

Oddskvoter	Barn med flyktingbakgrund	
	OR	Antal med diagnos
Latent tuberkulos	116	94
Tuberkulos	74	33
Kronisk virushepatit	17	26
Resistens mot betalaktamantibiotika	5	26

Medan barn i åldersspannet 10 - 17 år var överrepresenterade när det gäller diagnosen hepatit B så var det främst barn mellan 0 och 9 år där det fanns uppgift om förekomst av resistens mot betalaktamantibiotika (figur 17).



Figur 17. Andel (%) barn med hepatit B, tuberkulos respektive förekomst av betalaktamresistens år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år. Källa: SCB och VEGA.

## Diabetes, allergi, astma och fetma hos barn

### Diabetes, astma och allergier var underrepresenterat bland barn med flyktingbakgrund

Diabetesdiagnos, som i barnaåren främst innefattar diabetes typ 1, var underrepresenterat hos barn med flyktingbakgrund jämfört med barn utan flyktingbakgrund (77 procent lägre risk, tabell 8).

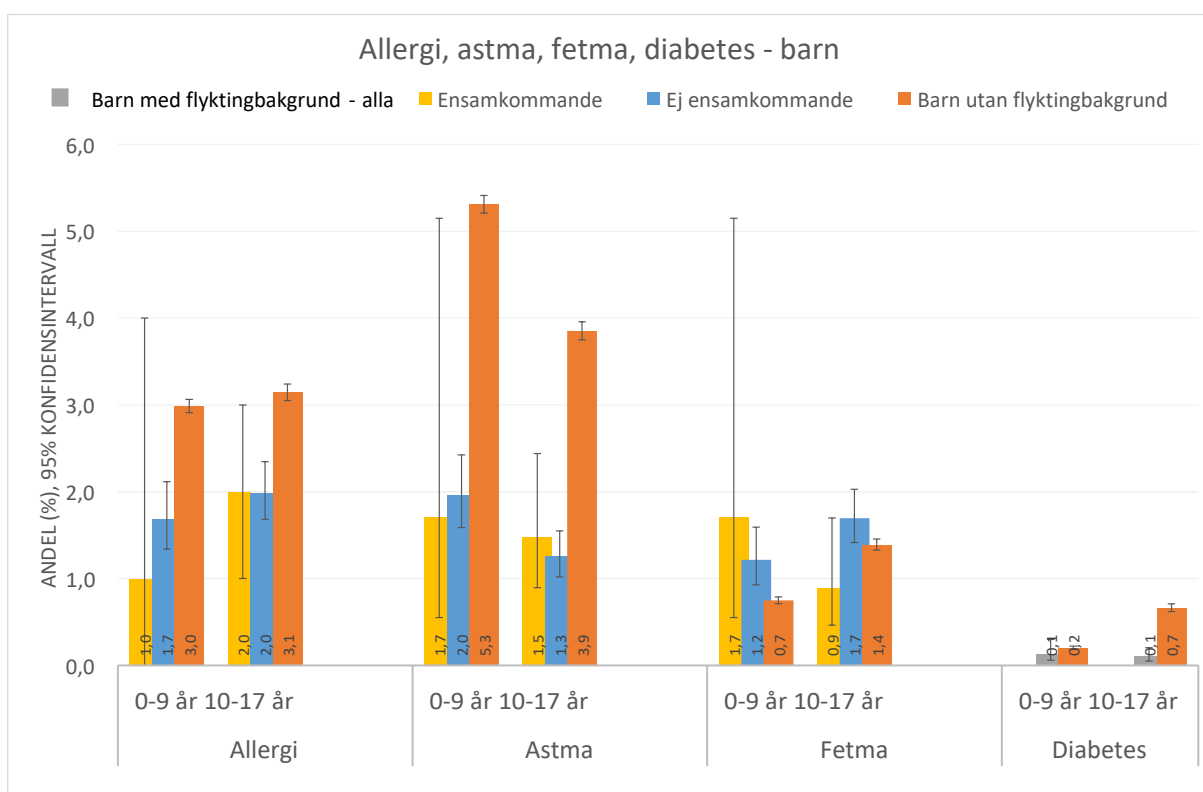
Tabell 8. Oddskvoter (OR) för barn 0 - 17 år med flyktingbakgrund - ensamkommande respektive ej ensamkommande - i relation till barn utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön, för ett urval av diagnoser år 2015. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.

Oddskvoter	Ensamkommande barn		Ej ensamkommande barn		Barn med flyktingbakgrund, alla	
	OR	Antal med diagnos	OR	Antal med	OR	Antal med
Allergi	0,53	23	0,60	208	0,59	233
Astma	0,35	18	0,34	170	Ej analyserat	
Fetma	-	12	1,33	168	Ej analyserat	
Diabetes	Ej analyserat		Ej analyserat		0,23	14

- ingen statistiskt säkerställd skillnad

Allergidiagnos och särskilt astmadiagnos var också betydligt mer ovanligt bland barn med flyktingbakgrund jämfört med barn utan flyktingbakgrund (41 procent lägre risk för allergidiagnos i gruppen barn med flyktingbakgrund, 65 procent lägre risk för astmadiagnos) (tabell 8, figur 18).

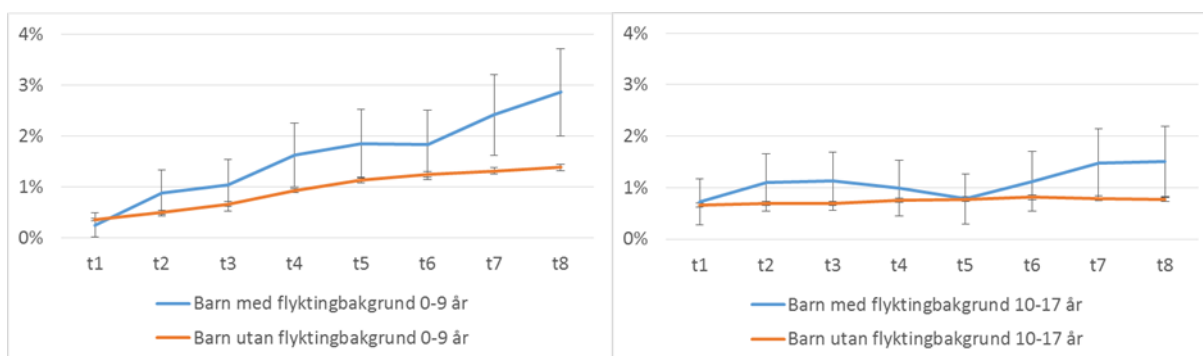
Förekomst av diagnosen fetma skilde sig inte mellan ensamkommande barn och barn utan flyktingbakgrund (tabell 8, figur 18). Risken för fetmadiagnos var dock 33 procent högre hos barn i familj med flyktingbakgrund. När resultaten även justerades för inkomst så uppvisade barn i familj med flyktingbakgrund och barn utan flyktingbakgrund inte några skillnader i förekomst av fetmadiagnos, vilket tyder på att även låg inkomst kan vara en bidragande riskfaktor för fetmadiagnos utöver flyktingbakgrund.



Figur 18. Andel (%) barn med allergi, astma, fetma respektive diabetes år 2015 bland barn med flyktingbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive barn utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år. Källa: SCB och VEGA.

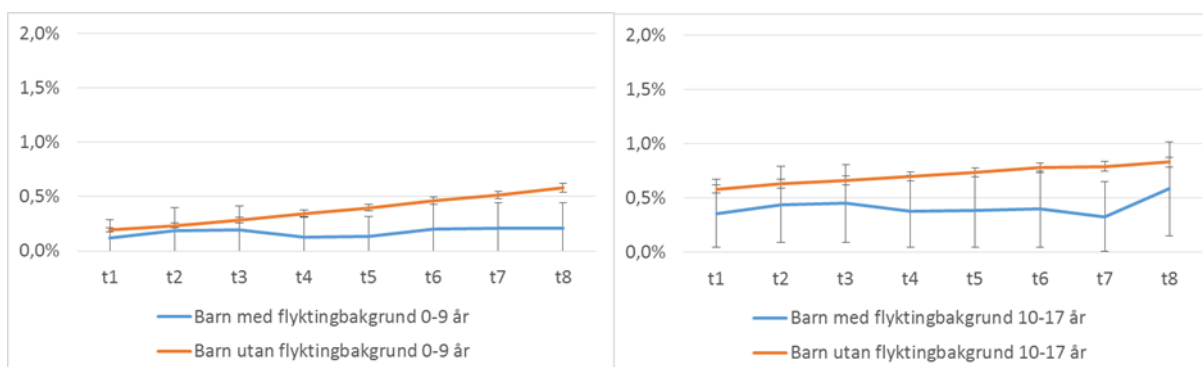
#### Barn med flyktingbakgrund 0 - 9 år hade en större ökning av fetmadiagnos över tid än övriga barn

Figur 19 visar att bland de 1 640 barn med flyktingbakgrund i åldrarna 0 - 9 år så var andelen med fetmadiagnos högre åtta år efter kommunmottagning, jämfört med barn utan flyktingbakgrund efter motsvarande tid (3 procent jämfört med 1,5 procent). Även bland barn 10 - 17 år var andelen med fetmadiagnos något högre efter åtta år, men skillnaden var inte statistiskt signifikant.



Figur 19. Andel barn med fetmadiagnos bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, åldersgrupp 0 - 9 år respektive 0 - 17 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

Andelen barn med diabetes var lägre bland barn med flyktingbakgrund även åtta år efter kommunmottagning, jämfört med barn utan flyktingbakgrund efter samma tid (figur 20). Bland barn utan flyktingbakgrund sågs dessutom en ökning över tid, som inte observerades bland barn med flyktingbakgrund.



Figur 20. Andel barn med diabetesdiagnos bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, åldersgrupp 0 - 9 år respektive 10 - 17 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

## Andra diagnoser hos barn

### Mag- och tarmbesvär och ryggvärk var vanligare bland barn med flyktingbakgrund

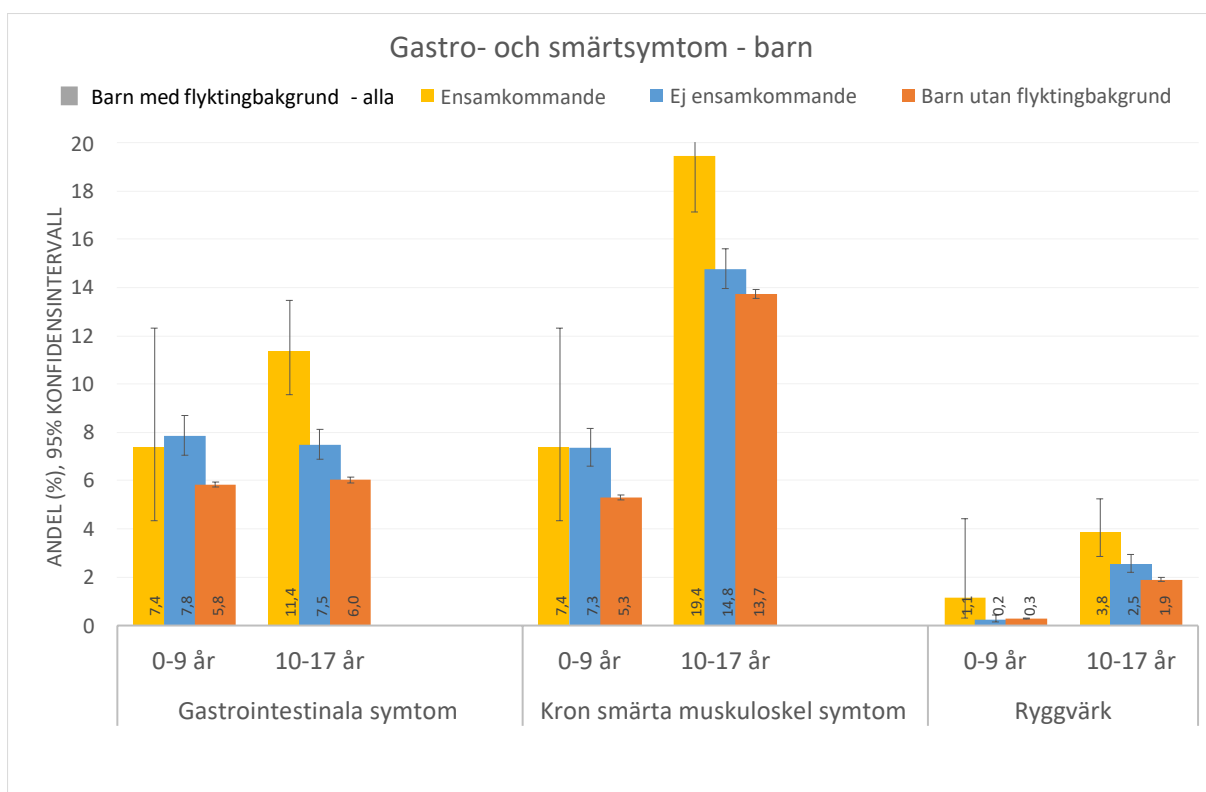
Diagnoser inom gruppen gastrointestinala symtom (mag- och tarmbesvär) var överrepresenterade både hos ensamkommande barn (2 gånger högre risk) och barn i familj med flyktingbakgrund (31 procent högre risk) jämfört med barn utan flyktingbakgrund (tabell 9). De största skillnaderna sågs framförallt bland ensamkommande barn i åldersgruppen 10 - 17 år (figur 21).

Kronisk smärta och muskuloskeletal symtom (rörelseapparaten) var också överrepresenterade diagnoser bland barn med flyktingbakgrund (54 procent högre risk bland ensamkommande, 16 procent högre hos barn i familj). Risk att få diagnosen ryggvärk var 2,3 gånger vanligare bland ensamkommande och 30 procent vanligare bland barn i familj. Figur 21 visar diagnoserna gastrointestinala symtom, smärta och ryggvärk åldersuppdelat.

Tabell 9. Oddskvoter (OR) för barn 0 - 17 år med flyktingbakgrund - ensamkommande respektive ej ensamkommande - i relation till barn utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön, för ett urval av diagnoser år 2015. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.

Oddskvoter	Ensamkommande barn		Ej ensamkommande barn	
	OR	Antal med diagnos	OR	Antal med diagnos
<b>Gastrointestinala symtom</b>	1,97	140	1,31	847
<b>Kronisk smärta och muskuloskeletal symtom</b>	1,54	225	1,16	1 325
<b>Ryggvärk</b>	2,28	42	1,32	185

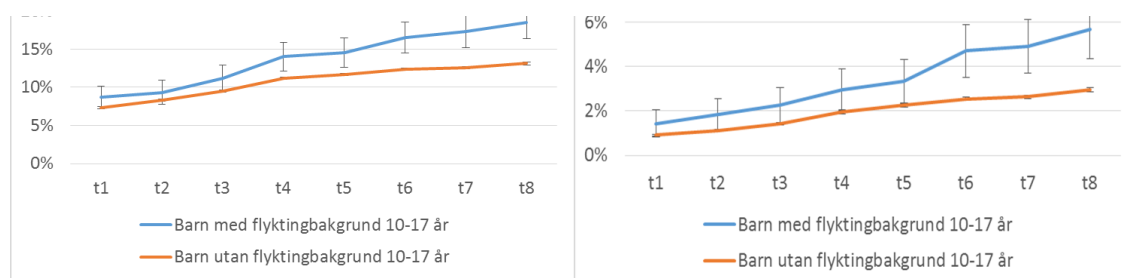
När det gäller diagnoser inom grupperna inflammatoriska tarmsjukdomar och recessivt ärftliga sjukdomar fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan barn med flyktingbakgrund och barn utan flyktingbakgrund (bilaga 2). Risken för diagnoser inom gruppen reumatiska systemsjukdomar var lägre bland barn med flyktingbakgrund (35 procent lägre).



Figur 21. Andel (%) barn med diagnoser för gastrointestinala symtom, ryggvärk, kronisk smärta och muskuloskeletal symtom år 2015 bland barn med flyktingbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive barn utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år. Källa: SCB och VEGA.

### Diagnoser för kronisk smärta och muskuloskeletala symtom bland barn med flyktingbakgrund ökade snabbare över tid än bland övriga barn

Barn med flyktingbakgrund 10 - 17 år hade en ökande andel med diagnos kronisk smärta och muskuloskeletala symtom samt ryggvärk över tid efter kommunmottagning jämfört med barn utan flyktingbakgrund (figur 22). Arton procent bland unga med flyktingbakgrund hade minst en diagnos för kronisk smärta och muskuloskeletala symtom efter åtta år, jämfört med 13 procent bland unga utan flyktingbakgrund.



Figur 22. Andel barn med diagnos för kronisk smärta och muskuloskeletala symtom respektive ryggvärk bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, åldersgrupp 10 - 17 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. OBS olika skalor. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

Bland barn med flyktingbakgrund 0 - 9 år var andelen med kronisk smärta och muskuloskeletala symtom och ryggvärk några procentenheter högre efter sju-åtta år jämfört med barn utan flyktingbakgrund (bilaga 3).

För inflammatoriska tarmsjukdomar fanns inga statistiskt säkra skillnader mellan barn med eller utan flyktingbakgrund efter åtta år, varken bland 0 - 9-åringar eller 10 - 17-åringar (bilaga 3).

## Tandvårdskonsumtion barn och unga vuxna

### Kariesförekomst och extraktioner var vanligare bland barn med flyktingbakgrund jämfört med barn utan flyktingbakgrund

Under 2015 behandlades inom Folktandvården Västra Götalands allmäntandvård totalt 141 408 barn i åldersgruppen 0 - 9 år varav 21 300 barn diagnosticerades med manifest karies. Antalet barn i åldersgruppen 0 - 9 år i denna rapport bestod av 4 479 individer med flyktingbakgrund, varav 1 866 individer diagnosticerades med manifest karies. Följaktligen utgör barn med flyktingbakgrund i den aktuella åldersgruppen 8,8 procent av det totala antalet individer med karies, samtidigt utgör barn 0 - 9 år med flyktingbakgrund 2,4 procent av totala antalet barn i åldersgruppen.

Risken för manifest karies var mer än tre gånger så hög bland barn och unga vuxna med flyktingbakgrund jämfört med barn och unga utan flyktingbakgrund (tabell 10). Även risken för

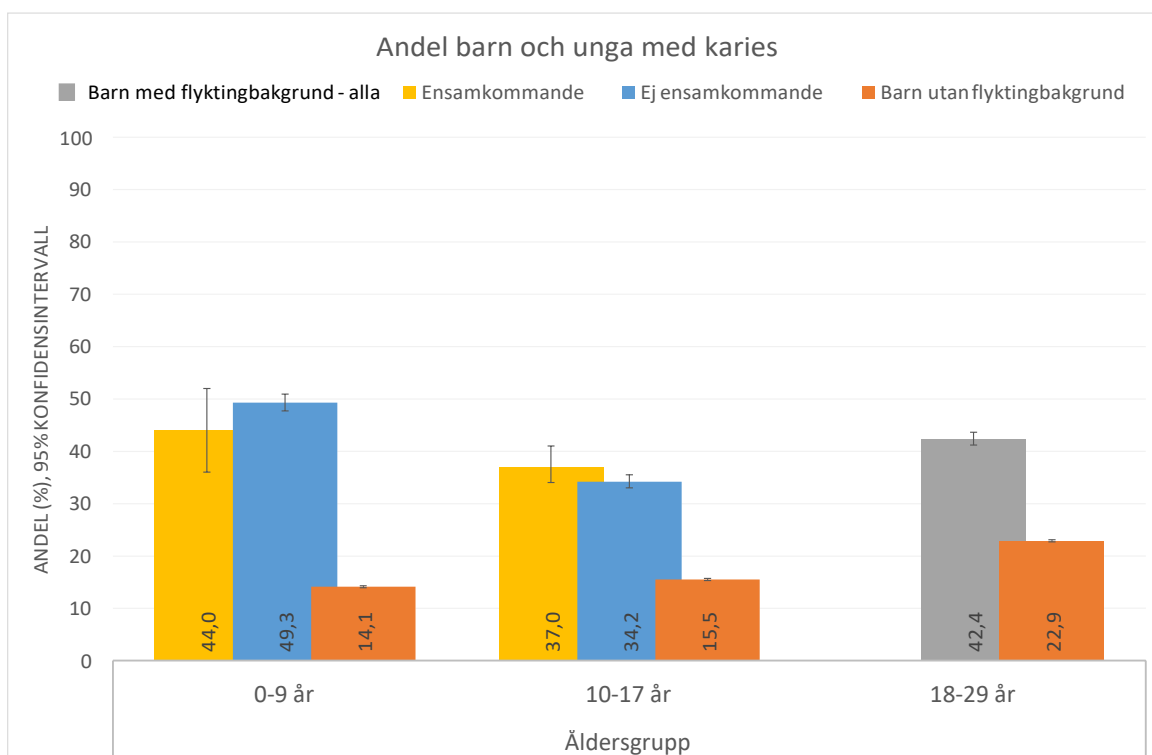
extraktioner (utdragna tänder) var högre bland barn och unga med flyktingbakgrund (dubbelt så hög).

Skillnaderna kvarstod, även om de minskade något, när man justerade för hushållets inkomst (2,0 för karies och 1,6 för extraktioner).

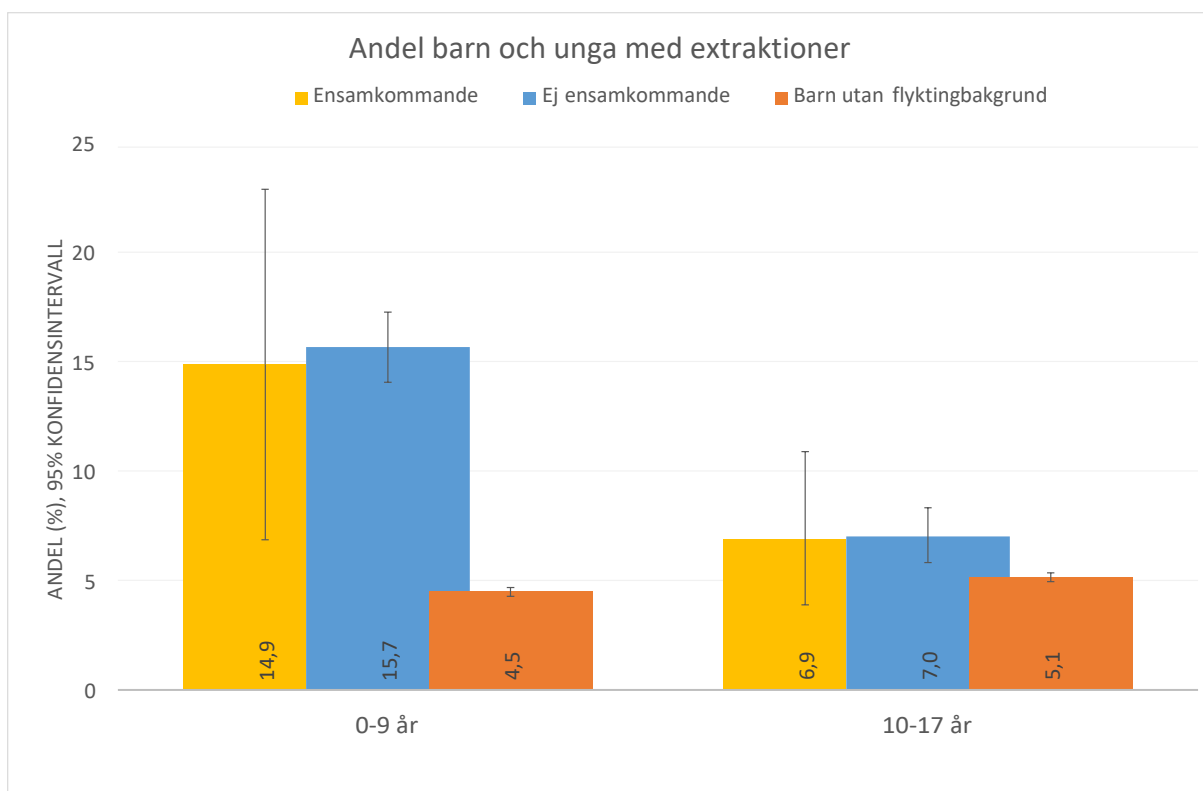
Tabell 10. Oddskvoter (OR) för manifest karies år 2015 respektive extraktioner, barn (0 – 17 år) och unga vuxna 0 - 29 år med flyktingbakgrund, ensamkommande respektive ej ensamkommande (0 - 17 år) - i relation till barn utan flyktingbakgrund (OR=1,0), samt unga vuxna (18 – 29) år med flyktingbakgrund – i relation till unga vuxna utan flyktingbakgrund (OR = 1,0), justerat för ålder (ålder endast för gruppen (0 - 29 år) och kön. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och Folkvandvården.

Oddskvoter	Ensamkommande barn (0 - 17 år)		Ej ensamkommande barn (0 - 17 år)		Unga med flyktingbakgrund (18 - 29 år)	
	OR	Antal med diagnos	OR	Antal med diagnos	OR	Antal med diagnos
<b>Manifest karies</b>	3,5	401	3,9	3 701	3,2	2 902
<b>Extraktioner</b>	1,7	84	2,3	962	2,1	1 820

Figur 23 och 24 visar andel barn och unga vuxna med karies respektive extraktioner per åldersgrupp. Det var inga statistiskt signifikanta skillnader mellan ensamkommande barn respektive barn med flyktingbakgrund i familj. Barn med flyktingbakgrund 0 - 9 år hade högre andel med karies jämfört med 10 - 17-åringar, framförallt bland barn med flyktingbakgrund i familj.

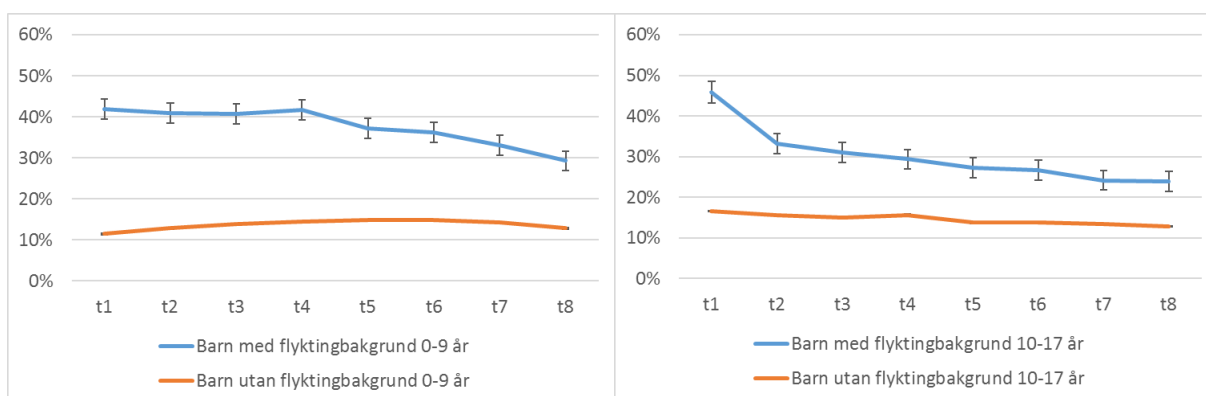


Figur 23. Andel (%) barn och unga vuxna barn och unga vuxna med nya kariesangrepp år 2015 bland invånare med flyktingbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive övriga. Fördelat på ålder för barn 0 - 9 år, 10 - 17 år, samt unga vuxna 18 - 29 år. Källa: SCB och Folkvandvården.



Figur 24. Andel (%) barn och unga vuxna barn och unga vuxna med extraktioner (utdragna tänder) år 2015 bland invånare med flyktningbakgrund uppdelat på ensamkommande barn och barn med familj, respektive övriga. Fördelat på ålder 0 - 9 år, 10 - 17 år. Källa: SCB och Folktandvården.

I den longitudinella kohorten ser man att skillnaderna i kariesförekomst mellan grupperna kvarstår men minskar över tid (figur 25). I åldersgruppen barn 0 - 9 år minskar andelen karies något efter fem år i gruppen med flyktningbakgrund i motsats till barn utan flyktningbakgrund. Även i gruppen barn 10 - 17 år minskar andelen karies över tid. En knapp halvering sågs år två, för att sedan fortsätta minska kontinuerligt år från år.



Figur 25. Andel barn med nya kariesangrepp bland barn med respektive utan flyktningbakgrund folkbokförda i Västra Götaland, åldersgrupp 0 - 9 år, 10 - 17 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och Folktandvården.

# Resultat vuxna 18 - 69 år

År 2014-12-31 fanns 37 377 folkbokförda vuxna 18 - 69 år med flyktingbakgrund i Västra Götaland.

Nedanstående oddskvoter för vuxnas vårdkonsumtion och diagnoser är justerade för ålder och kön. I bilaga 2 redovisas även resultaten justerade för den sammanlagda effekten av ålder, kön, utbildning och inkomst, men dessa kommenteras endast i rapporten om mönstret avviker från det ålders- och könsjusterade värdet.

## Hälsa- och sjukvårdskonsumtion vuxna

### *Vuxna med flyktingbakgrund hade en högre vårdkonsumtion med undantag för psykiatrisk vård*

Vuxna med flyktingbakgrund hade i genomsnitt fler besök i primärvård (35 procent högre), både besök hos läkare (62 procent) och hos annan personal (15 procent), samt besök i specialiserad somatisk öppenvård (26 procent) och vid akutmottagning (53 procent), jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund (tabell 11 samt bilaga 2). De hade också fler somatiska vårdtillfällen i genomsnitt (40 procent högre) samt fler vård dagar.

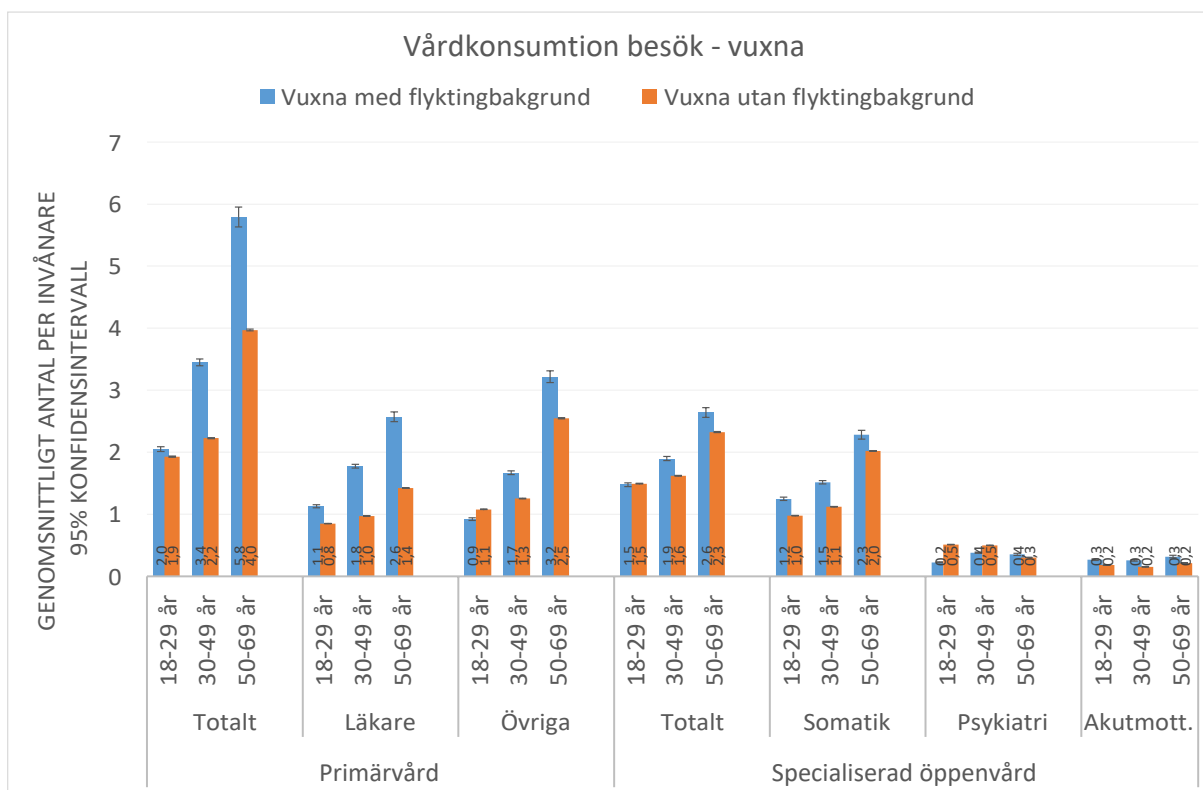
Antalet besök eller vårdtillfällen inom psykiatrisk vård var däremot i genomsnitt lägre bland vuxna med flyktingbakgrund (35 respektive 46 procent lägre). När resultaten gällande psykiatrisk öppen- och slutenvård justerades för skillnader i utbildning och inkomstnivå mellan vuxna med och utan flyktingbakgrund så förstärktes de beskrivna skillnaderna (se bilaga 2).

*Tabell 11. Oddskvoter (OR) för besök och vårdtillfällen i olika vårdformer år 2015, vuxna 18 - 69 år med flyktingbakgrund i relation till vuxna utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.*

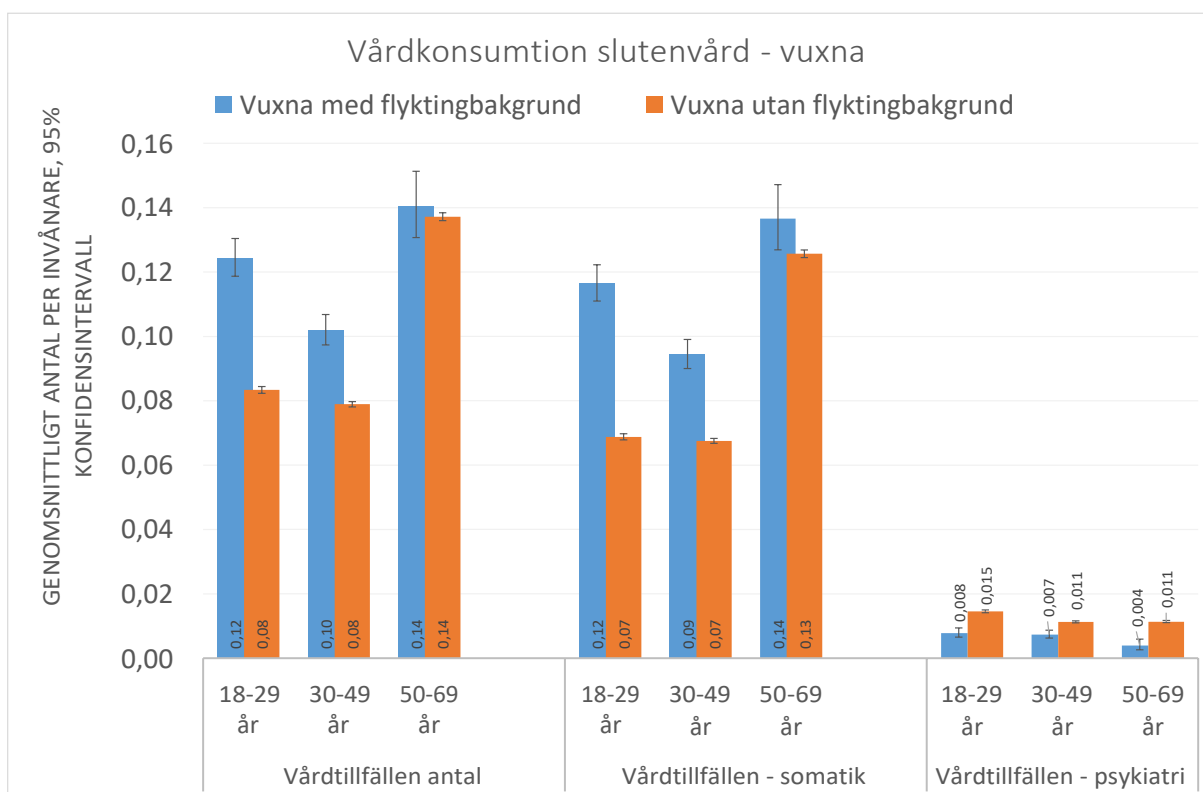
Oddskvoter	Vuxna med flyktingbakgrund	
	OR	Antal vårdkontakter
Primärvårdsbesök	1,35	133 637
Akutmottagningsbesök	1,53	11 156
Somatiska öppenvårdsbesök	1,26	62 741
Somatiska slutenvårdstillfällen	1,40	4 490
Psykiatriska öppenvårdsbesök	0,65	13 337
Psykiatriska slutenvårdstillfällen	0,54	318

Figur 26 visar åldersuppdelat genomsnittligt antal vårdbesök respektive vårdtillfällen i olika vårdformer per invånare år 2015, uppdelat på vuxna med respektive utan flyktingbakgrund.

Mönstret som beskrivits ovan med ett i genomsnitt högre antal besök och vårdtillfällen för vuxna med flyktingbakgrund gäller i princip inom samtliga åldersgrupper, dock inte för psykiatrisk vård. Ett undantag var besök till övriga professioner i primärvård, där vuxna med flyktingbakgrund i åldersgruppen 18 - 29 år hade något färre antal besök per invånare jämfört med övriga. Ett annat undantag var åldersgruppen 50 - 69 år där det inte fanns några större skillnader när det gäller antal besök i psykiatri eller antal vårdtillfällen totalt sett.



Figur 26. Genomsnittligt antal hälso- och sjukvårdsbesök per invånare år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år samt vårdformer, personalkategori, somatik/psykiatri, och akutmottagning. Källa: SCB och VEGA.



Figur 27. Genomsnittligt antal vårdtillfällen per invånare år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år samt somatik och psykiatri. Källa: SCB och VEGA.

## Psykiatriska diagnoser vuxna

*Vuxna med flyktingbakgrund hade en kraftigt ökad förekomst av diagnosen PTSD, men även dissociativa syndrom, svår stress och sömnstörningar*

Vuxna med flyktingbakgrund hade högre risk för ett antal psykiatriska diagnoser jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund (tabell 12). Störst var skillnaderna för PTSD (7 gånger högre risk), följt av dissociativa syndrom, det vill säga förlust av normal integration mellan minnen och medvetandet av det förflutna (dubbelt så hög risk), anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (40 procent högre risk), sömnstörningar (40 procent högre risk), psykosjukdom (30 procent högre risk) och depression (10 procent högre risk). Depression var endast vanligare i åldrarna 30 - 69 år, men inte bland 18 - 29-åringar (figur 28).

När resultaten även justerades för skillnader i utbildning och inkomstnivåer försvann skillnaderna för dissociativa syndrom. Vuxna med flyktingbakgrund med denna diagnos var dock mycket få till antalet, 29 individer, vilket ger osäkerhet i skattningar av effekter. När det gäller psykos och depression, försvann den ökade risken och blev istället något lägre (bilaga 2).

Tabell 12. Oddskvoter (OR) för ett urval av psykiatriska diagnoser år 2015, vuxna 18 - 69 år med flyktingbakgrund i relation till vuxna utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.

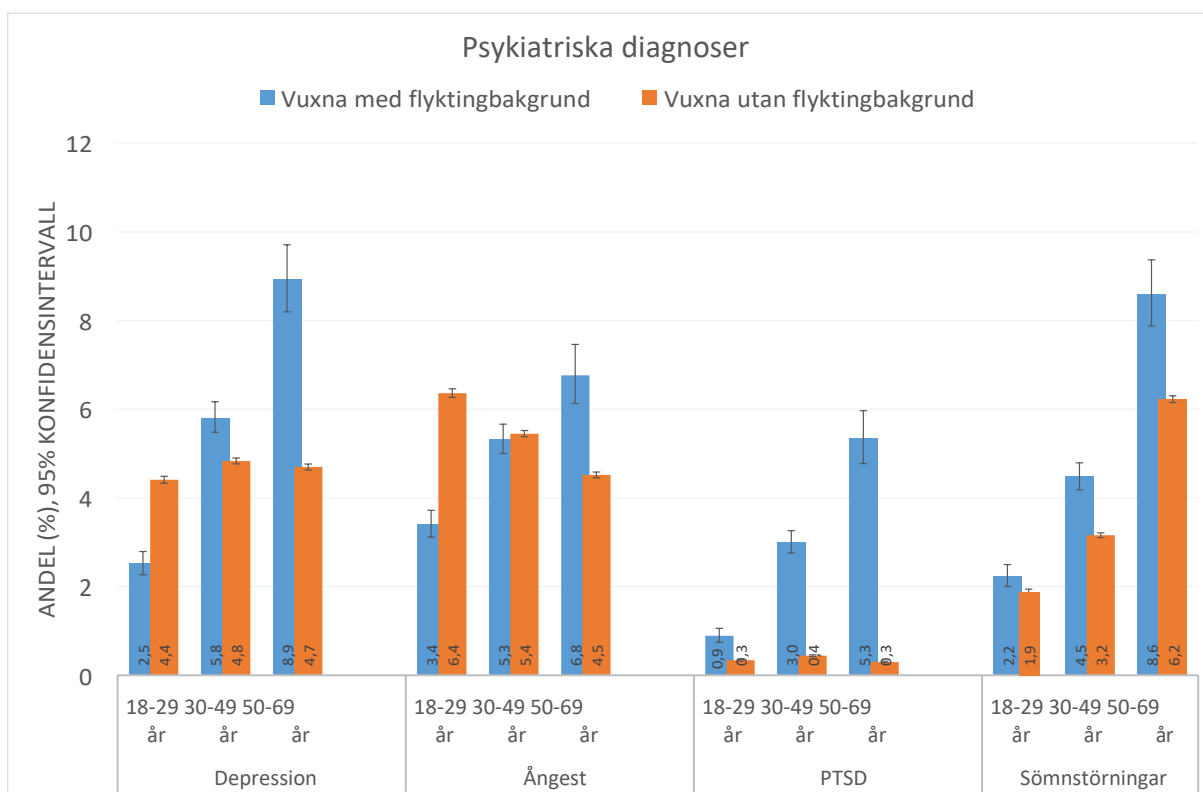
Oddskvoter	Vuxna med flyktingbakgrund	
	OR	Antal med diagnos
PTSD	7	953
Dissociativa syndrom	2,0	29
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	1,39	1 860
Sömnstörningar	1,39	1 584
Psykosjukdom	1,29	219
Depression	1,12	1 878
Beroendesjukdomar	0,88	522
Ångest	0,87	1 795
Psykisk utvecklingsstörning	0,66	81
Personlighetsstörningar	0,32	51
Bipolär sjukdom	0,29	58
Beteende och emotionella störningar	0,20	93
Autism och Asperger syndrom	0,14	23

Vuxna med flyktingbakgrund hade däremot en lägre förekomst av diagnoserna autism, Aspergers syndrom, bipolär sjukdom och beroendesjukdomar

För andra psykiatriska diagnoser hade vuxna med flyktingbakgrund en lägre förekomst jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund efter motsvarande justering. Oddskvoter redovisas i tabell 12 och störst skillnad var det för diagnoserna autism och Asperger (86 procent lägre risk), beteende och emotionella störningar med debut i barndomen (80 procent lägre risk), bipolär sjukdom (71 procent lägre risk), personlighetsstörningar (68 procent lägre risk), psykisk utvecklingsstörning (34 procent lägre risk) samt ångest och beroendesjukdomar (båda cirka 10 procent lägre risk). Avseende ångest visar figur 28 att i åldersgruppen 50 - 69 år var ångest däremot vanligare bland invånare med flyktingbakgrund än bland invånare utan flyktingbakgrund, medan mönstret var det omvända bland 18 - 29-åringar.

Skillnader i förekomst av diagnoser för PTSD, depression och sömnstörningar mellan invånare med och utan flyktingbakgrund ökar med stigande ålder

Av figur 28 framgår att skillnaderna mellan invånare med respektive utan flyktingbakgrund ökar påtagligt med stigande ålder, framförallt för PTSD och depression men också för sömnstörningar och ångest.

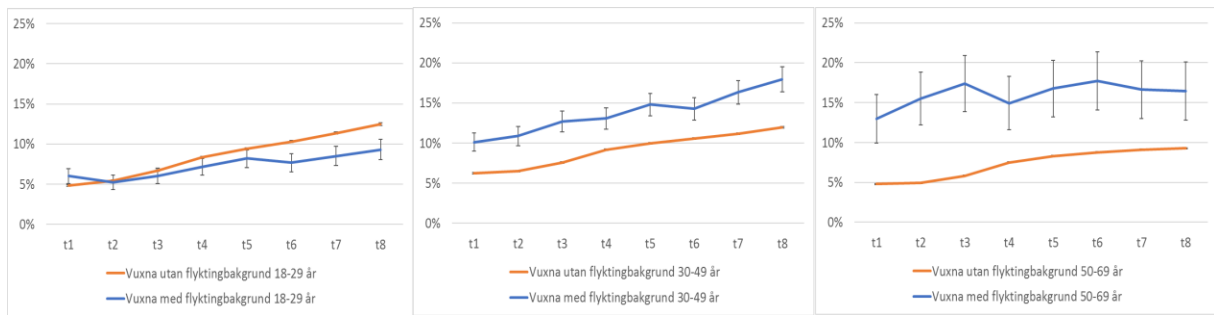


Figur 28. Andel (%) vuxna med olika psykiatriska diagnoser år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år, depression, ångest, post traumatiskt stressyndrom (PTSD), sömnstörningar. Källa: SCB och VEGA.

*Depression och stressrelaterade diagnoser inklusive PTSD, var vanligare bland vuxna 30 - 69 år med flyktingbakgrund än bland vuxna utan flyktingbakgrund även efter åtta år i landet*

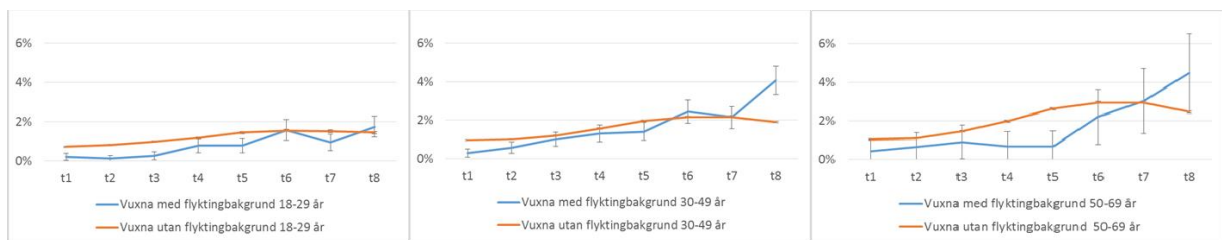
Vi har undersökt utvecklingen under åtta år efter kommunmottagning för 5 655 de vuxna med flyktingbakgrund för diagnoserna depression, ångest och anpassningsstörningar samt reaktion på svår stress där även PTSD ingår sammanslaget. Resultaten visar att unga vuxna 18 - 29 år uppvisade samma mönster som sågs bland barn: de som hade flyktingbakgrund hade i lägre utsträckning fått diagnoser för depression, ångest och/eller anpassningsstörningar och svår stress jämfört med unga vuxna utan flyktingbakgrund efter sex till åtta år i landet (figur 29).

Bland vuxna 30 - 69 år var andelen med dessa diagnoser högre vid kommunmottagning och fortsatte också att vara högre även efter åtta år i landet. Samma mönster sågs även då diagnoserna depression, ångest och PTSD undersöktes separat var och en för sig (bilaga 3).



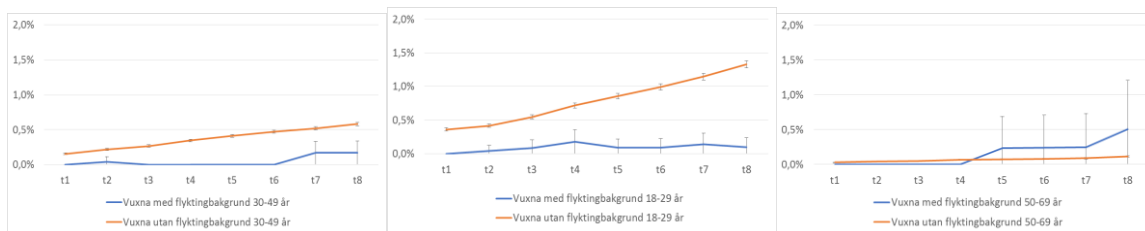
Figur 29. Andel vuxna med någon av diagnoserna depression, ångest eller anpassningsstörningar och reaktion på svår stress där även PTSD ingår bland individer med respektive utan flyktingbakgrund folkbokförda i Västra Götaland, åldersgrupp 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

För beroendesjukdomar var andelen lägre bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund första åren efter kommunmottagning, men efter 4 - 6 år sågs inte längre några skillnader bland 18 - 29-åringar (figur 30). Bland 30 - 49-åringar var andelen högre bland invånare med flyktingbakgrund efter åtta år.



Figur 30. Andel vuxna med diagnos beroendesjukdomar bland individer med respektive utan flyktingbakgrund folkbokförda i Västra Götaland, åldersgrupp 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

Andelen vuxna 18 - 49 år med flyktingbakgrund fick i lägre utsträckning diagnosen beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund även åtta år efter kommunmottagning (figur 31). Andelen var oförändrad efter åtta år bland vuxna med flyktingbakgrund, men ökade över tid bland vuxna utan flyktingbakgrund på samma sätt som hos barn. För åldersgruppen 50 - 69 år sågs däremot inga skillnader mellan grupperna.



Figur 31. Andel vuxna med diagnos beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen bland individer med respektive utan flyktingbakgrund folkbokförda i Västra Götaland, åldersgrupp 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

## Fetma, diabetes, högt blodtryck och kardiovaskulära sjukdomar vuxna

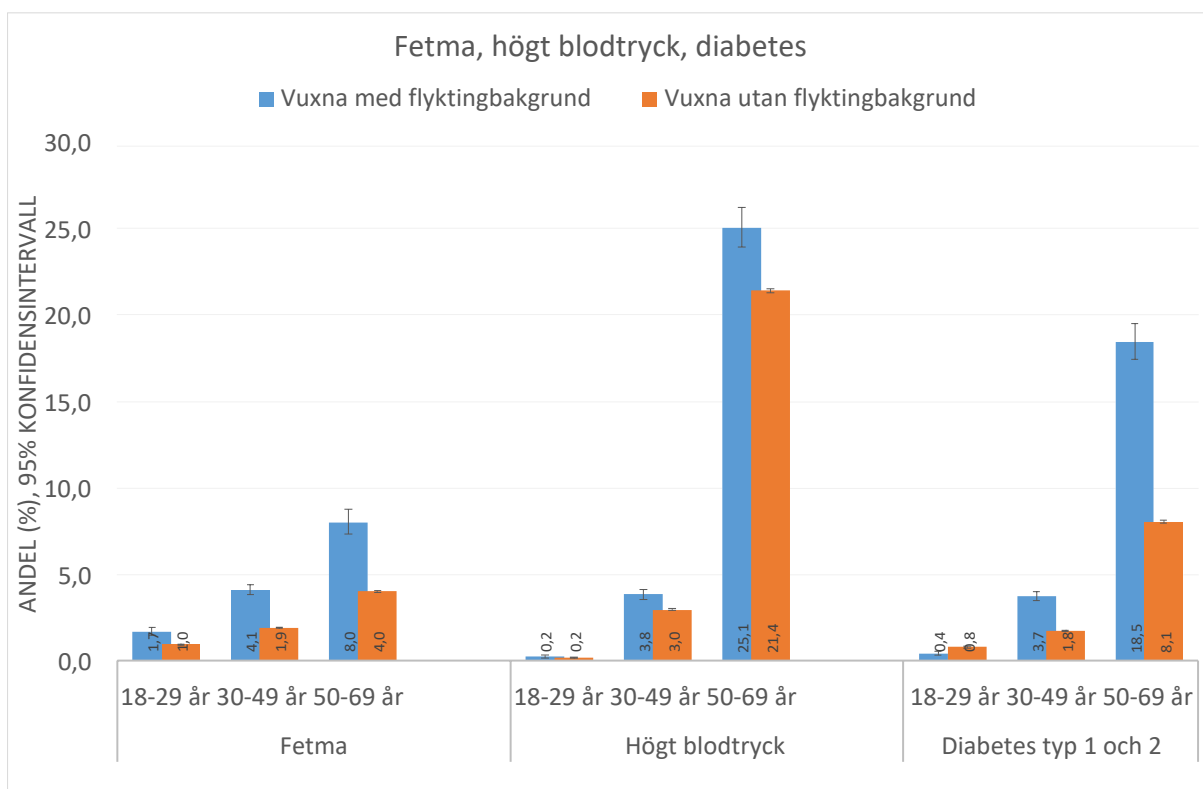
Vuxna med flyktingbakgrund hade ökad förekomst av diagnoserna fetma, högt blodtryck och diabetes, redan i unga år jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund

Vuxna med flyktingbakgrund hade en högre förekomst av diagnoser kopplade till ökad risk för kardiovaskulär sjukdom (fetma, högt blodtryck och diabetes) jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund. Risken för diagnosen fetma respektive diabetes var drygt dubbelt så hög bland invånare med flyktingbakgrund (tabell 13). Risken för diagnosen högt blodtryck var 25 procent högre bland invånare med flyktingbakgrund.

Tabell 13. Oddskvoter (OR) för fetma, högt blodtryck, diabetes respektive kardiovaskulär sjukdom år 2015, vuxna 18 - 69 år med flyktingbakgrund i relation till vuxna utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.

Oddskvoter	Vuxna med flyktingbakgrund	
	OR	Antal med diagnos
<b>Fetma</b>	2,11	1 404
<b>Högt blodtryck</b>	1,25	2 089
<b>Diabetes</b>	2,10	1 739
<b>Ischemisk hjärtsjukdom inklusive hjärtinfarkt (kranskärllssjukdom)</b>	1,97	445
<b>Hjärtinfarkt</b>	1,79	55
<b>Stroke/hjärnblödning</b>	-	124

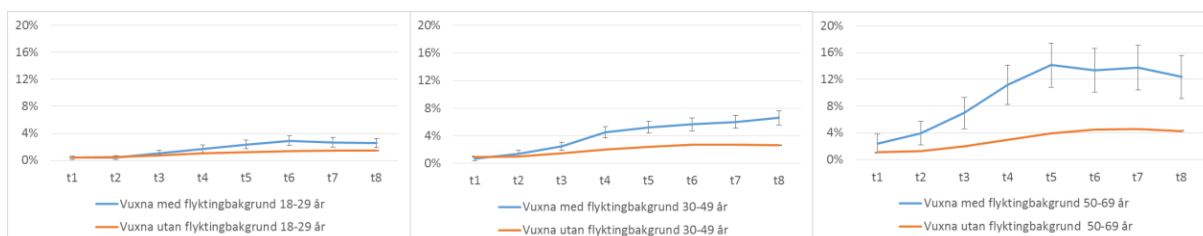
Figur 32 visar att andelen med fetma, högt blodtryck och diabetes ökade i båda grupper med stigande ålder, men i högre grad bland invånare med flyktingbakgrund. Bland 18 - 29-åringar fanns inga större skillnader i diagnostiserat högt blodtryck eller diabetes mellan invånare med respektive utan flyktingbakgrund. Skillnaderna uppträder först efter 30-års åldern och skillnaderna ökar med stigande ålder. I åldersgruppen invånare med flyktingbakgrund 50 - 69 år var andelen med diabetes mer än dubbelt så hög, och mönstret ändrades inte efter justering för utbildning och inkomst.



Figur 32. Andel (%) vuxna med diagnos fetma, högt blodtryck respektive diabetes år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Källa: SCB och VEGA.

#### Andel med fetmadiagnos ökade som mest de första fem åren efter kommunmottagning

Vuxna med flyktingbakgrund hade liksom barn en högre andel med fetmadiagnos åtta år efter kommunmottagning, jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund efter motsvarande tid (figur 33). Däremot fanns ingen skillnad mellan grupperna året efter kommunmottagning. Ökningen verkade vara störst 1 - 5 år efter kommunmottagning, framför allt i åldrarna 30 - 69 år. Efter fem år hade 14 procent av invånare med flyktingbakgrund i åldersgruppen 50 - 69 år en fetmadiagnos jämfört med cirka fyra procent bland vuxna utan flyktingbakgrund i samma åldersgrupp.

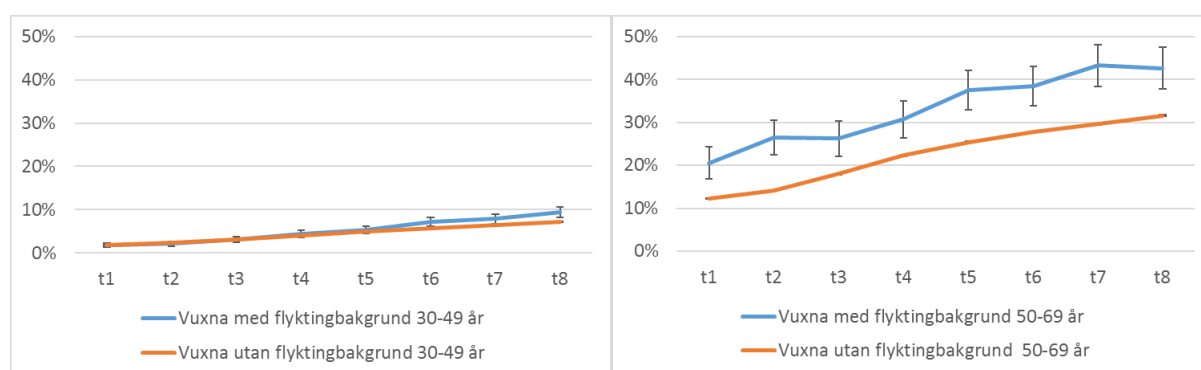


Figur 33. Andel vuxna med fetmadiagnos bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, åldersgrupp 18 - 29 år, 30 - 49 år respektive 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

### *Efter åtta år i landet hade drygt 40 procent av 50 - 69-åringar med flyktingbakgrund diagnosen högt blodtryck*

Med stigande ålder ökade andelen med diagnosen högt blodtryck både hos invånare med och utan flyktingbakgrund (figur 34). Bland 30 - 49-åringar fanns vid tidpunkten för kommunmottagning ingen skillnad men efter åtta år i landet hade knappt tio procent av personer med flyktingbakgrund diagnosen högt blodtryck, jämfört med drygt sju procent bland personer utan flyktingbakgrund.

I åldersgruppen 50 - 69 år fanns skillnader mellan grupperna redan vid tiden för kommunmottagning och skillnaden kvarstod över tid. Efter åtta år hade drygt 40 procent av vuxna 50 - 69 år med flyktingbakgrund diagnosen högt blodtryck jämfört med 30 procent bland vuxna utan flyktingbakgrund. Vårdkonsumtionen med diagnosen högt blodtryck ökade per invånare i gruppen med flyktingbakgrund över tid i takt med att andelen med högt blodtryck ökade i gruppen (se bilaga 3).

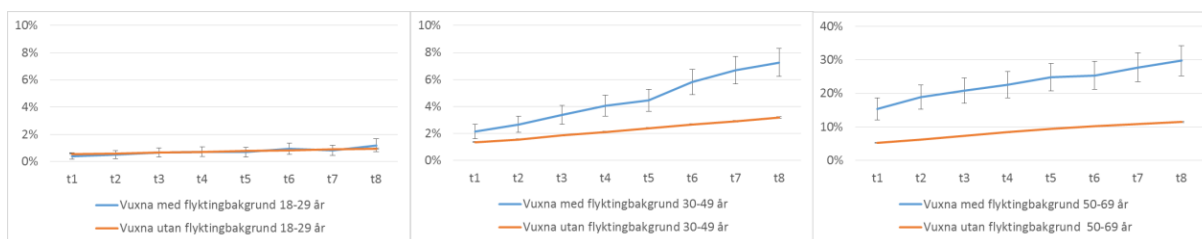


Figur 34. Andel vuxna med diagnos högt blodtryck bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, 30 - 49 år respektive 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

### *Bland invånare med flyktingbakgrund, i åldersgruppen 30 - 49 år ökade andelen med diabetesdiagnos snabbare över tid än för invånare utan flyktingbakgrund*

Andelen vuxna i åldern 30 - 69 år med diabetesdiagnos (oavsett typ) var till skillnad från barnen högre bland vuxna med flyktingbakgrund jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund. Skillnaden fanns redan vid kommunmottagning och ökade sedan under efterföljande åtta år (figur 35).

Det var framförallt i åldersgruppen 30 - 49 år som skillnaden ökade mellan invånare med respektive utan flyktingbakgrund. I åldersgruppen 50 - 69 år fanns en stor skillnad redan vid kommunmottagning och skillnaden ökade något över tid. Vårdkonsumtion med diagnosen diabetes per invånare i gruppen med flyktingbakgrund ökade över tid i takt med att andelen med diabetesdiagnos ökade i gruppen (bilaga 3).



Figur 35. Andel vuxna med diabetesdiagnos (typ 1 och 2) bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, 18 - 29 år, 30 - 49 år respektive 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Observera skillnaderna i skalan mellan diagrammen! Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

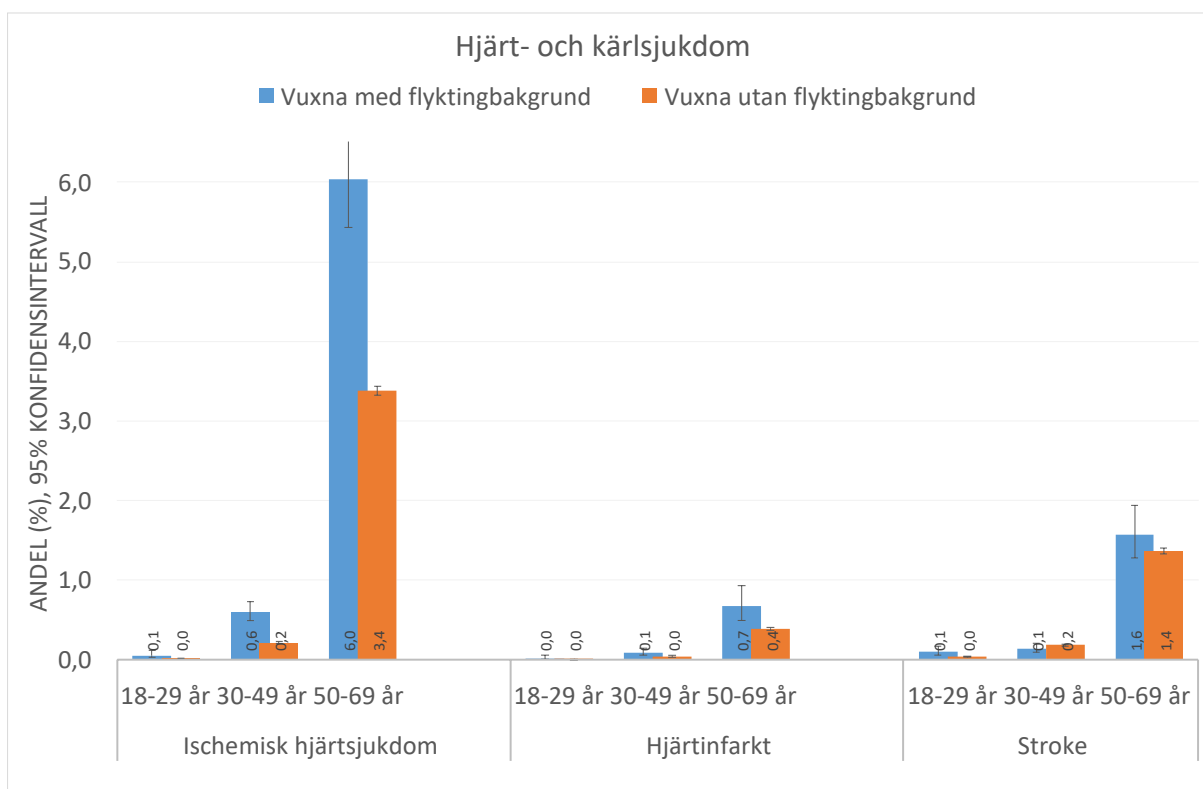
### Vuxna med flyktingbakgrund hade nästan dubbelt så hög risk för diagnostiserad kranskärlssjukdom

Vuxna med flyktingbakgrund hade nästan dubbelt så hög risk att få diagnosen ischemisk hjärtsjukdom (kranskärlssjukdom) och hjärtinfarkt jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund (tabell 13 ovan).

Skillnaden mellan grupperna i andel av befolkningen som har diagnosen ischemisk hjärtsjukdom framträder redan i åldersgruppen 30 - 49 år och i åldersgruppen 50 - 69 år är andelen nästan dubbelt så stor bland invånare med flyktingbakgrund (figur 36).

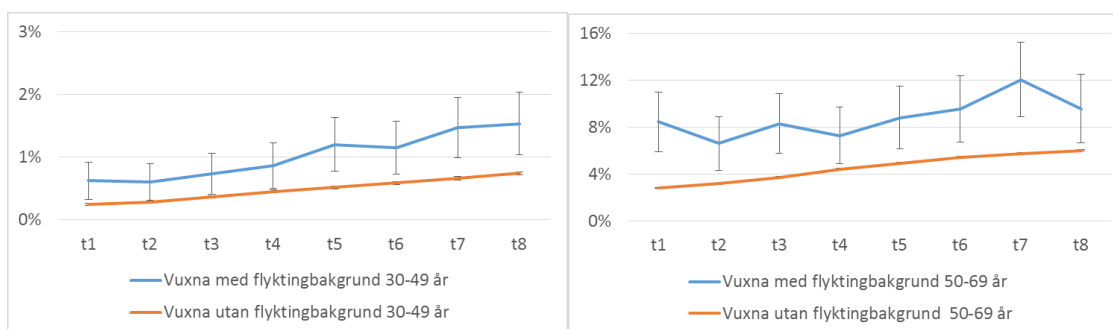
Trots den något högre förekomsten av diagnosen högt blodtryck i gruppen med flyktingbakgrund (tabell 13, figur 32), var förekomst av stokediagnoser inte statistiskt säkert högre i denna grupp, trots att högt blodtryck är en riskfaktor för stroke. Utöver justeringar för ålder och kön har vi även justerat resultaten för skillnader i utbildning och inkomstnivåer. Då uppvisade vuxna med flyktingbakgrund ett omvänt mönster för stroke, dvs lägre risk (21 procent lägre). Samma mönster sågs även för hjärtsvikt (se bilaga 2).

Resultaten ska tolkas med försiktighet då det främst är äldre som drabbas av stroke och hjärtsvikt, och andelen äldre vuxna med flyktingbakgrund 45 – 64 år är relativt få jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund. Samtidigt är det relativt många med flyktingbakgrund som är låginkomsttagare jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund. År 2015 fanns endast ett hundratal vuxna 18 - 69 år i Västra Götaland med flyktingbakgrund som fick diagnoserna stroke respektive hjärtsvikt, vilket också kan påverka våra redovisade resultat.



Figur 36. Andel (%) vuxna med hjärt- kärlsjukdom år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år, ischemisk hjärtsjukdom inklusive hjärtinfarkt, hjärtinfarkt respektive stroke (blödning/infarkt). Källa: SCB och VEGA.

Över tid efter kommunmottagning ökade diagnosen ischemisk hjärtsjukdom bland alla i åldersgruppen 30 - 69 år (figur 37). Nivån för invånare med flyktingbakgrund låg konstant högre jämfört med invånare utan flyktingbakgrund. Skillnaderna mellan de båda grupperna ökade något över tid bland 30 - 49-åringar men inte för 50 - 69 åringar.



Figur 37. Andel vuxna med diagnos ischemisk hjärtsjukdom/kranskärlssjukdom inklusive hjärtinfarkt bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, 30 - 49 år respektive 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. OBS! Olika skalor i diagrammen. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

## Infektionsdiagnoser vuxna

### *Vuxna med flyktingbakgrund hade en klart högre risk för olika infektionsdiagnoser*

Vuxna med flyktingbakgrund hade en förväntat högre risk för vissa infektionsdiagnoser jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund (tabell 14). Det gäller särskilt latent tuberkulos (26 gånger högre risk), tuberkulos (18 gånger högre risk) och kronisk virushepatit B (9 gånger högre risk), HIV samt uppgift om förekomst av resistens mot betalaktamantibiotika (6 gånger högre risk). Även om riskökningen jämfört med personer utan flyktingbakgrund var påtaglig handlar det om förhållandevis få individer. Till exempel var det totala antalet personer med latent tuberkulos 168 stycken bland invånare med flyktingbakgrund år 2015 (se bilaga 2).

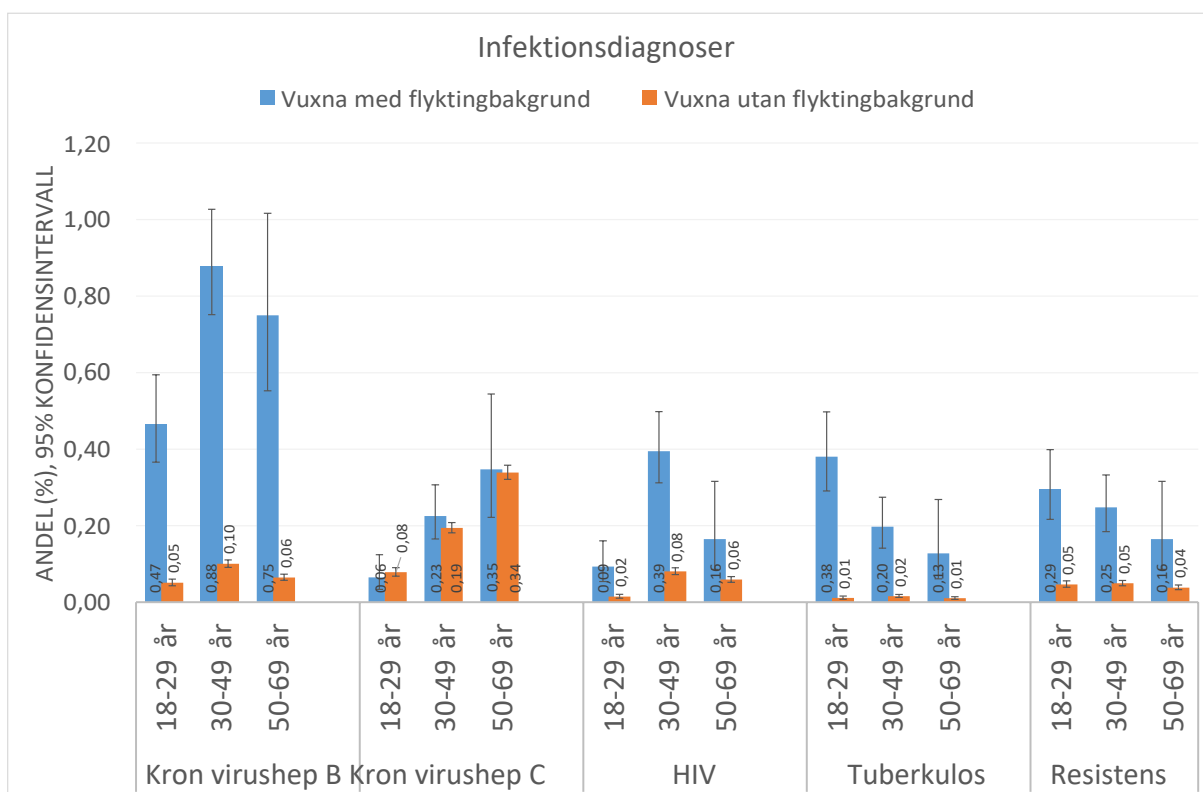
*Tabell 14. Oddskvoter (OR) för ett urval av infektionsdiagnoser år 2015, vuxna 18 - 69 år med flyktingbakgrund i relation till vuxna utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.*

Oddskvoter	Vuxna med flyktingbakgrund	
	OR	Antal med diagnos
<b>Latent tuberkulos</b>	26	168
<b>Tuberkulos</b>	18	95
<b>Kronisk virushepatit B</b>	9	264
<b>Kronisk virushepatit C</b>	-	69
<b>HIV</b>	5	92
<b>Resistens mot betalaktamantibiotika</b>	6	94

- ingen statistiskt säkerställd skillnad

Figuren nedan (figur 38) visar andel av gruppen med infektionsdiagnos respektive uppgift om förekomst av resistens mot betalaktamantibiotika fördelat på åldersgrupper. Bland invånare med flyktingbakgrund är det mindre än en procent som har fått en av infektionsdiagnoserna nedan.

Skillnaderna jämfört med invånare utan flyktingbakgrund förekom i nästan samtliga åldersgrupper. För tuberkulos och uppgift om förekomst av resistens mot betalaktamantibiotika var skillnaderna större i yngre åldrar (18 - 29 år). För kronisk hepatit B framträdde skillnaderna i samtliga åldersgrupper. För kronisk hepatit C sågs inga större skillnader mellan grupperna och för HIV var det framför allt i den mellersta åldersgruppen som skillnaderna var tydliga.



Figur 38. Andel (%) vuxna med infektionssjukdomar respektive förekomst av resistens år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år, Kronisk virushepatit B, Kronisk virushepatit C, HIV, Tuberkulos, Resistens mot betalaktamantibiotika. Källa: SCB och VEGA.

## Andra diagnoser vuxna

Invånare med flyktingbakgrund hade en högre risk för diagnostiserad KOL, ryggvärk, njursvikt och mag- och tarmbesvär

Tabell 15 nedan visar oddskvoter för ett urval av diagnoser bland vuxna. I bilaga 2 redovisas oddskvoter för fler diagnoser, samt uppgifter om antal.

### KOL/Astma

Invånare med flyktingbakgrund hade en lägre skattad risk för KOL-diagnos enligt den okorrigerade oddskvoten (40 procent lägre) men en högre risk för KOL-diagnos (31 procent högre) efter justering för ålder och kön jämfört med invånare utan flyktingbakgrund (tabell 15). När resultaten även justerades för skillnader i utbildning och inkomstnivåer uppvisade vuxna med flyktingbakgrund en lägre risk för KOL-diagnos (22 procent lägre).

Det innebär att om man skulle haft liknande ålders- och könsfördelning samt socioekonomiska förutsättningar mellan grupperna, så skulle vuxna med flyktingbakgrund ha lägre risk för diagnosen KOL jämfört med övrig befolkning. Resultatet ska tolkas med försiktighet då det främst är äldre som drabbas av KOL, och andelen äldre vuxna med flyktingbakgrund 45 – 64 år är relativt få jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund. Samtidigt är det relativt många med flyktingbakgrund som är låginkomsttagare jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund. År 2015 fanns endast 175 vuxna 18 - 69

år i Västra Götaland med flyktingbakgrund med en KOL-diagnos, vilket också kan påverka det redovisade resultatet.

Risken för astmadiagnos var lägre bland invånare med flyktingbakgrund (25 procent lägre) och skillnaden var störst bland unga 18 - 29 år (tabell 15).

Tabell 15. Oddskvoter (OR) för ett urval av diagnoser år 2015, vuxna 18 - 69 år med flyktingbakgrund i relation till vuxna utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder och kön. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.

Oddskvoter	Vuxna med flyktingbakgrund	
	OR	Antal med diagnos
Astma	0,75	641
KOL	1,31	175
Gastrointestinala symtom	2,6	5 395
Kronisk smärta och muskuloskeletala symtom	1,9	11 414
Ryggvärk	2,6	4 725
Inflammatoriska tarmsjukdomar	0,66	183
Njursvikt	1,65	111
Multisjuk och/eller omfattande vård	1,11	2 324

#### *Gastrointestinala symtom och inflammatorisk tarmsjukdom vuxna*

Tabell 15 visar att risken för symtomdiagnoser från mag- och tarmkanalen var betydligt högre i gruppen med flyktingbakgrund än bland vuxna utan flyktingbakgrund (2,6 gånger högre). Andelen med symtom från mag- och tarmkanalen ökade med stigande ålder bland invånare med flyktingbakgrund.

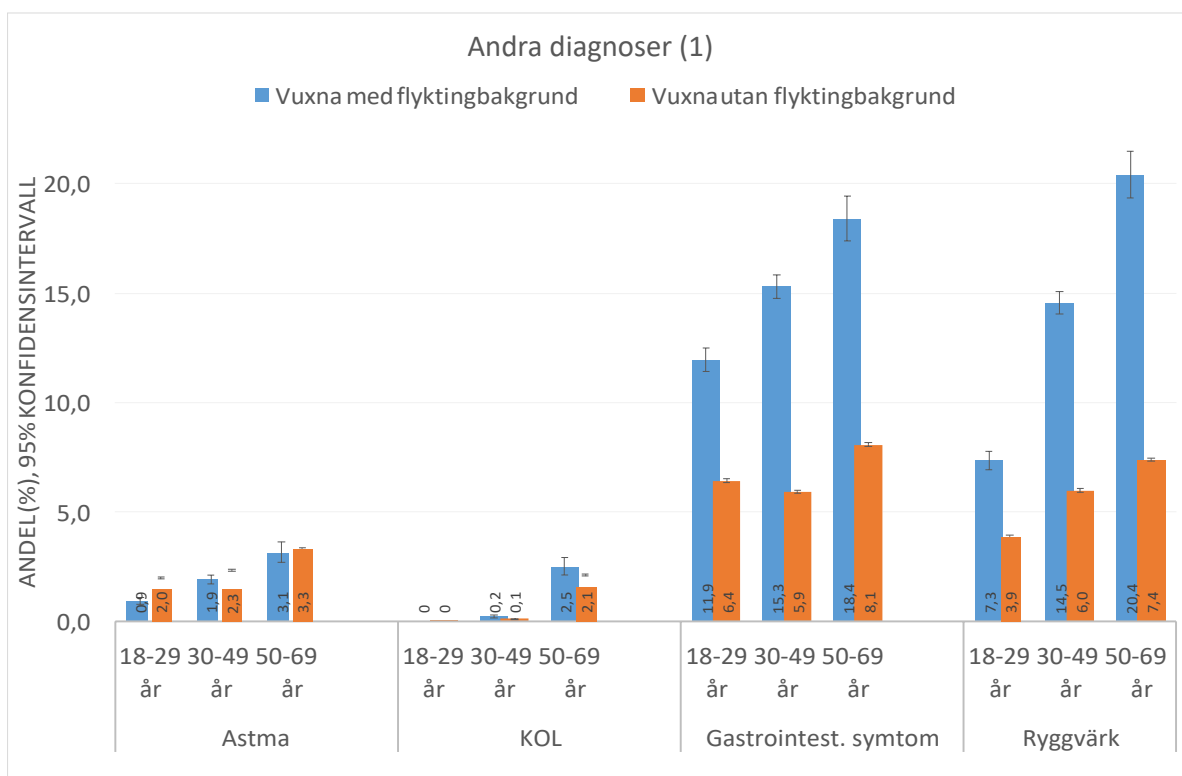
Risken för diagnos inflammatorisk tarmsjukdom var däremot lägre bland invånare med flyktingbakgrund (34 procent lägre). Åtta år efter kommunmottagning var andelen med diagnos inflammatorisk tarmsjukdom fortfarande lägre bland vuxna med flyktingbakgrund i åldrarna 18 - 49 år, jämfört med bland vuxna utan flyktingbakgrund efter motsvarande tid. Andelen var mindre än en procent i båda grupperna. Bland 50 - 69-åringar fanns inga statistiskt säkra skillnader mellan grupperna efter åtta år (se bilaga 3).

#### *Njursvikt*

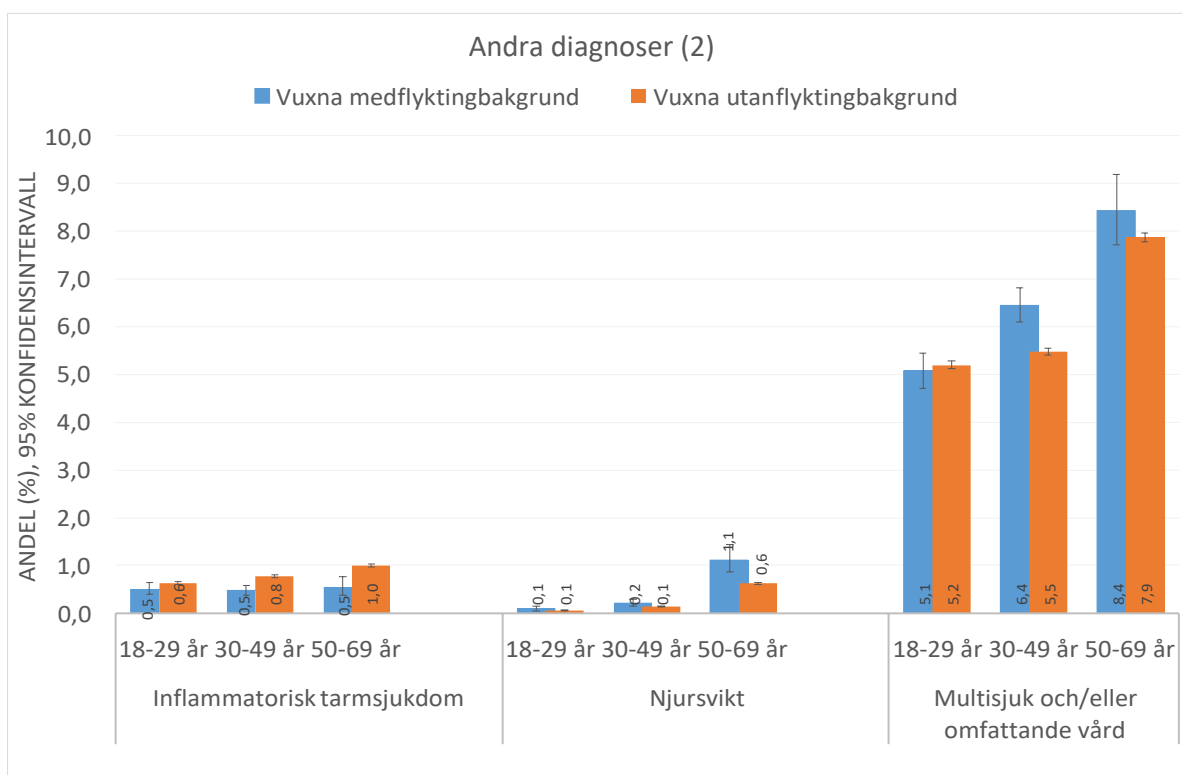
Andel individer med diagnosen njursvikt var högre bland invånare med flyktingbakgrund (figur 40). Risken för diagnosen njursvikt var 65 procent högre bland invånare med flyktingbakgrund (tabell 15 ovan). Det rör sig om 111 vuxna i Västra Götaland med flyktingbakgrund år 2015. Skillnaderna sågs framförallt bland individer 50 - 69 år. Skillnaden kvarstår efter justering för utbildning och ekonomi.

#### *Multisjuk och/eller omfattande vård*

Risken för omfattande sjukvårdsbehov och/eller att definieras som multisjuk var något högre bland invånare med flyktingbakgrund (11 procent högre risk) (tabell 15). Skillnaden var störst i åldersgruppen 30 - 49 år (figur 40). När resultaten justerades för skillnader i utbildning och inkomst uppvisade vuxna med flyktingbakgrund en lägre risk för omfattande vård och/eller multisjuklighet (20 procent lägre).



Figur 39. Andel (%) vuxna med astma, KOL, gastrointestinala symtom respektive ryggvärk år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Källa: SCB och VEGA.



Figur 40. Andel (%) vuxna med inflammatoriska tarmsjukdomar, njursvikt respektive multisjuk och/eller omfattande sjukvård år 2015 bland individer med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år, 50 - 69 år. Källa: SCB och VEGA.

### Kronisk smärta och muskuloskeletala symtom

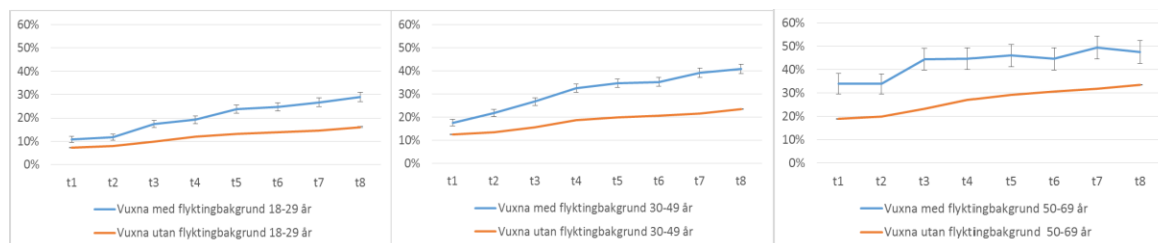
Risk för diagnoserna kronisk smärta och muskuloskeletala symtom var dubbelt så hög bland invånare med flyktingbakgrund och risken för diagnosen ryggvärk var 2,6 gånger högre (tabell 15). Skillnaderna mellan grupperna ökade med stigande ålder och kvarstod också efter justering för utbildning och inkomst.

### Andel med diagnoserna kronisk smärta och muskuloskeletala symtom ökade snabbare över tid bland vuxna med flyktingbakgrund än utan flyktingbakgrund

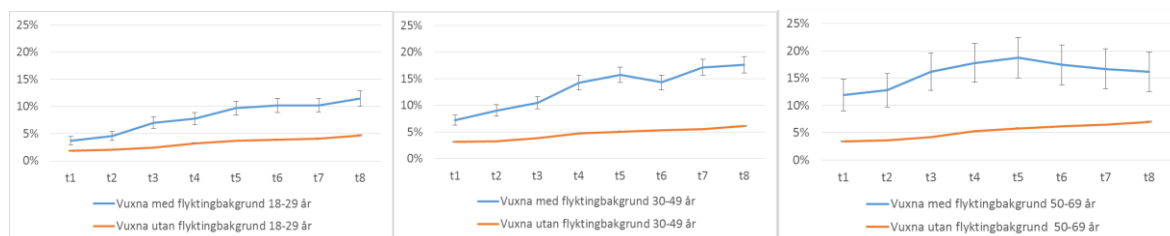
En högre andel vuxna med flyktingbakgrund hade diagnoserna kronisk smärta och muskuloskeletala symtom samt ryggvärk åtta år efter kommunmottagning, jämfört med vuxna utan flyktingbakgrund efter motsvarande tid (figur 41). Skillnaden fanns redan vid kommunmottagning och andelen ökade snabbare bland invånare med flyktingbakgrund.

I populationen som var 18 - 29 år vid kommunmottagning hade 30 procent minst en diagnos för kronisk smärta och muskuloskeletala symtom efter åtta år jämfört med cirka 16 procent bland vuxna utan flyktingbakgrund efter samma tid (figur 41). Mönstret var liknande i åldersgruppen 30 - 49 år men efter åtta år var andelen cirka 40 procent bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med drygt 20 procent bland invånare utan flyktingbakgrund.

I åldersgruppen 50 - 69 år var andelen nästan dubbelt så hög bland flyktingpopulationen redan vid kommunmottagning, cirka 35 procent, och ökningen var sedan i ungefär samma takt i båda populationerna under åttaårsperioden. Efter åtta år hade nästan varannan invånare i åldersgruppen 50 - 69 år med flyktingbakgrund minst en diagnos för kronisk smärta och muskuloskeletala symtom jämfört med var tredje invånare utan flyktingbakgrund (bilaga 3).



Figur 41. Andel vuxna med diagnos för kronisk smärta och muskuloskeletala symtom) bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, 18 - 29 år, 30 - 49 år respektive 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.



Figur 42. Andel vuxna med diagnos för ryggvärk bland individer med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland, 18 - 29 år, 30 - 49 år respektive 50 - 69 år. Antal år efter kommunmottagning 2005 - 2007 respektive folkbokförda 2006. Andel (%), 95% konfidensintervall. Källa: SCB och VEGA.

## Cancer

Vi har studerat skillnader mellan invånare med respektive utan flyktingbakgrund för flertalet cancerdiagnoser, till exempel rökrelaterad cancer, bröstcancer och leukemi. Resultatet visade inga skillnader mellan grupperna (se bilaga 2). Antalet individer med cancer bland invånare med flyktingbakgrund var som regel lågt, vilket gör det svårt att hitta skillnader mellan grupperna som är statistiskt säkerställda. Som exempel kan nämnas att antalet individer med rökrelaterad cancer bland invånare med flyktingbakgrund var 40 stycken.

## Förlossningar

*Förlossningar var vanligare bland kvinnor med flyktingbakgrund och kejsarsnittsfrekvensen var något högre bland dessa kvinnor*

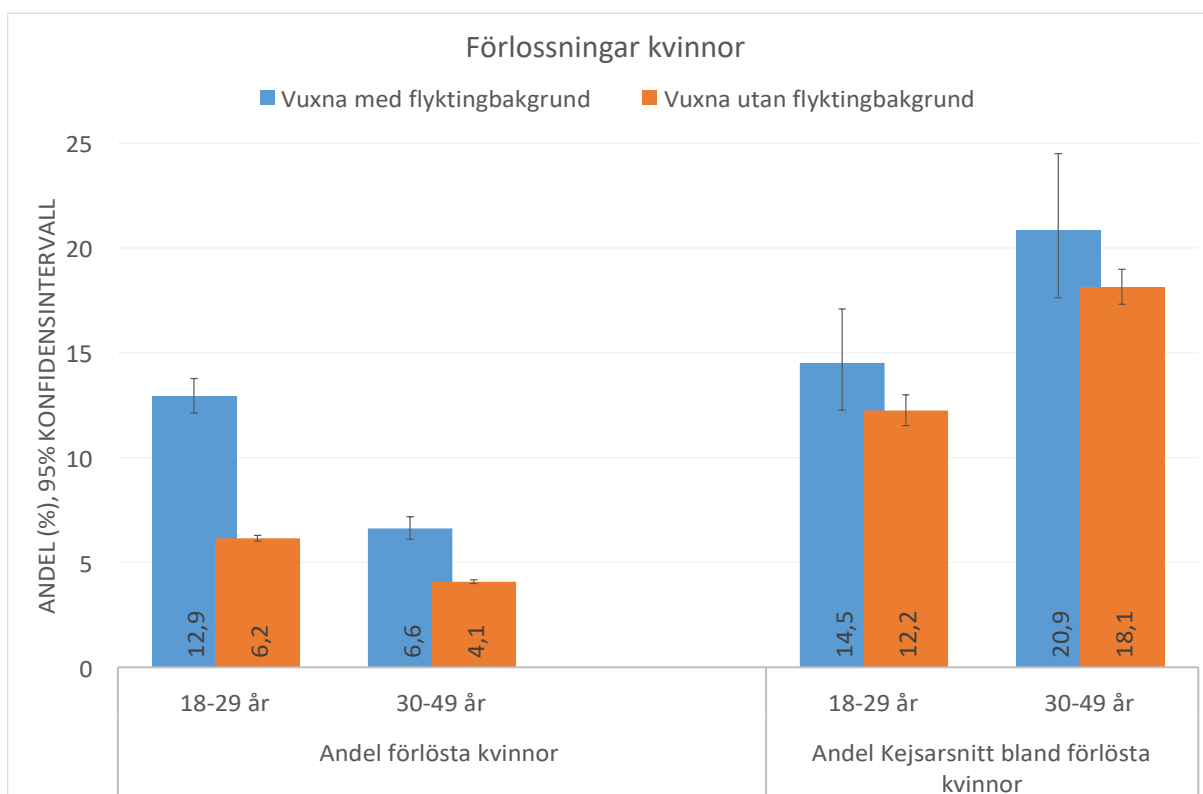
Andelen förlossningar var högre bland kvinnor med flyktingbakgrund än bland kvinnor utan flyktingbakgrund (figur 43). Sannolikheten att en kvinna med flyktingbakgrund föder barn är dubbelt så stor (tabell 16). Skillnaderna sågs i alla åldersgrupper men var störst bland yngre kvinnor 18 – 29 år. År 2015 förlöstes nästan 1 400 kvinnor med flyktingbakgrund och närmare 16 000 utan flyktingbakgrund i Västra Götalandsregionen.

Risken för kejsarsnittsförlossning var 20 procent högre bland kvinnor med flyktingbakgrund.

*Tabell 16. Oddskvoter (OR) för förlossningsdiagnoser år 2015, kvinnor 18 - 49 år med flyktingbakgrund i relation till kvinnor utan flyktingbakgrund (OR=1,0), justerat för ålder. Endast statistiskt signifikanta oddskvoter redovisas. Källa: SCB och VEGA.*

Oddskvoter	Kvinnor med flyktingbakgrund	
	OR	Antal med diagnos
<b>Förlösta kvinnor</b>	1,97	1 357
<b>Kejsarsnittsförlossning bland förlösta kvinnor</b>	1,20	231

Risken för kejsarsnitt var något högre, 20 procent, bland kvinnor med flyktingbakgrund jämfört med kvinnor utan flyktingbakgrund.



Figur 43. Andel (%) kvinnor som förlösts respektive kvinnor som vid förlossning förlösts med kejsarsnitt år 2015 bland kvinnor med respektive utan flyktingbakgrund. Fördelat på ålder 18 - 29 år, 30 - 49 år. Källa: SCB och VEGA.

# Diskussion

Idag befinner sig över 65 miljoner människor ofrivilligt på flykt i världen [16] samtidigt som ytterligare nästan 45 000 personer tvingas på flykt varje dag. Över 85 procent av dem flyr till låg- eller medelinkomstländer medan cirka 15 procent når höginkomstländer. Bland Västra Götalands drygt 1,6 miljoner invånare år 2014 fanns 50 636 personer, cirka tre procent, med flyktingbakgrund som fått uppehållstillstånd och kommunmottagits i länet mellan 1997 och 2014.

En utmaning och ett centralt begrepp är att vården ska vara jämlik. Jämlik vård innebär att vården ska anpassas efter individens olika förutsättningar och behov med målet att resultatet av vården ska bli lika för alla. Den som har störst behov ska också ges företräde till vården. Flertalet internationella och svenska studier visar att en del grupper av migranter, särskilt flyktingar, har sämre fysisk [17], [18] och psykisk hälsa [5], [6], fler otillfredsställda vårdbehov [19] och lägre utnyttjande av förebyggande hälsovård och specialistvård, till exempel psykiatrisk vård [19], jämfört med övriga invånare [20].

Hälsostatus och vårdbehov hos invånare med flyktingbakgrund varierar i stor utsträckning och gruppen är högst heterogen. Faktorer kopplade till migration har en långvarig effekt på hälsoutvecklingen och har betydelse för människors hälsa. Riskfaktorerna kan variera och kanske också skifta över tid. Tidiga insatser är viktiga men riskfaktorer kopplade till migration kan kvarstå under lång tid och kan påverka hälsan även senare.

Tidigare forskning talar för att behovet av insatser från hälso- och sjukvård samt tandvård påverkas av faktorer såsom ålder, kön, tidigare hälsa och ursprungsland liksom av faktorer före, under och efter flykten, inklusive migrations- och integrationsprocessen. Därutöver finns andra faktorer som påverkar hälsan både bland invånare med och utan flyktingbakgrund såsom utbildningsnivå, ekonomi och arbete/sysselsättning [21].

Denna rapport undersöker sjukvårdskonsumtion och diagnoser bland invånare med flyktingbakgrund i Västra Götaland och hur den varierar med ålder, kön, utbildning och socioekonomi och över tid. Syftet är att bedöma behovet av hälso- och sjukvård, samt ge underlag för planering av hälso- och sjukvårdsinsatser för invånare med flyktingbakgrund. Vi har analyserat vuxna och barn separat. Barn definieras som personer under 18 år i enlighet med FN:s barnkonvention och Hälso- och sjukvårdslagen. Barn med flyktingbakgrund har grupperats efter ensamkommande respektive barn i familj.

## Val av metod

Styrkan med denna rapport är att den baseras på en stor populationsstudie där samtliga invånare i Västra Götaland ingår, där uppgifterna är baserade på registerdata med hög tillförlitlighet och att vi kan följa individerna över tid. Trots detta ska det noteras att för en del diagnoser är antalet individer med flyktingbakgrund som har den aktuella diagnosen mycket få till antalet, vilket kan göra det svårt att med säkerhet uttala sig om eventuella skillnader för dessa grupper.

Vi fångar inte heller alla invånare med flyktingbakgrund i tvärsnittspopulationen eftersom information om flyktingstatus före år 1997 saknas i de register vi har tillgång till. Våra skattningar visar att vi borde haft minst dubbelt så många individer med flyktingbakgrund, dvs totalt över 100 000. I tvärsnittet bör dessa invånare ha hamnat i de äldre åldersgrupperna 50 - 69 år och till

mindre del även bland 30 - 49 åringar. Därför beskriver våra resultat för vuxna med flyktingbakgrund 30 - 69 år populationen som varit i Sverige i upp till 20 år, men inte de som varit här längre. Om mönstret i sjuklighet skiljer sig mellan de som varit här olika länge så påverkar det våra resultat. Resultatet för barn och unga 18 - 29 år påverkas däremot inte. Detta faktum påverkar heller inte den longitudinella kohorten som utgår från alla som blivit folkbokförda år 2005 - 2007.

Vidare beskrivs sjuklighet i denna rapport baserat på den vård som populationen sökt och erhållit. Sjukdomar beskrivs utifrån de diagnoser som registrerats vid vårdkontakten. Om det finns skillnad mellan invånare med respektive utan flyktingbakgrund i benägenhet att söka vård samt sökmönster och/eller hur vården ställer diagnoser, så kan de skillnader vi observerat mellan grupperna vara underskattade eller överskattade. Därför är svårt att uttala sig med exakthet om skillnader i sjuklighet. Samtidigt har vården en lagstadgad skyldighet att registrera kontakter och diagnoser. Många av de mönster vi ser här bekräftas även i andra studier. Vår tidigare rapport om asylsökandes vårdkonsumtion visade att asylsökande troligtvis underkonsumerar vård, bland annat på grund av olika barriärer [22].

Invånare med flyktingbakgrund som undersöks i denna rapport är folkbokförda och har uppehållstillstånd i Sverige. Det innebär att de omfattas av samma rätt till sjukvård, tandvård och hälsovård som andra invånare i Sverige i enlighet med bland annat Hälso- och sjukvårdslagen och Patientsäkerhetslagen. Därför bör rätten till vård inte vara ett skäl till eventuella skillnader i vårdkonsumtion, vilket kan ha varit fallet med asylsökande som har rätt till vård som inte kan anstå [23].

Från och med 20 juli 2016 gäller en tillfällig lag (SFS 2018:756) som begränsar möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige. En viktig förändring i den nya lagen är att de flesta uppehållstillstånden med få undantag är tidsbegränsade. Lagen omfattar asylsökande som kom till Sverige efter den 25:e november 2015. I studien ingår invånare som kommunmottagits under perioden 1997 - 2014 och som är folkbokförda i Västra Götaland. Den nya lagen om tillfälliga uppehållstillstånd har således inte direkt hunnit påverka de individer som ingår i rapporten.

I studien ingår invånare som kommunmottagits under perioden 1997 - 2014 och som är folkbokförda i Västra Götaland. I gruppen med flyktingbakgrund har inte hänsyn tagits till om individen mottogs som kvotflykting, anhörig eller som asylsökande och skälet är att majoriteten har asylbakgrund. Vi kan därför inte uttala oss om det finns skillnader i diagnosticerad sjuklighet efter skäl till uppehållstillstånd.

Eftersom gruppen invånare med flyktingbakgrund skiljer sig från övriga invånare när det gäller ålders- och könsfördelning har justeringar gjorts för dessa faktorer i de statistiska analyserna. För att undersöka i vilken utsträckning observerade skillnader mellan invånare med respektive utan flyktingbakgrund kan påverkas av socioekonomiska skillnader, användes i analysen modeller för tvärsnittspopulationen där en kompletterande justering även gjorts för inkomst och utbildningsnivå, utöver den justering som gjorts för ålder och kön. Dessa resultat kommenteras dock endast om det ändrar resultatet. I de allra flesta fallen leder dessa justeringar inte till några förändringar i observerade mönster annat än att effekter försvagas eller förstärks något. I ett färre antal fall förändras riktningen på det observerade sambandet. Oftast kan detta förklaras med att det endast finns ett fåtal individer med flyktingbakgrund med den aktuella diagnosen, med stor instabilitet som följd i gjorda justeringar för ålder, kön och socioekonomi. Därför bör de resultaten tolkas med försiktighet. Resultaten är inte helt lätta att tolka, bland annat eftersom andelen med hög inkomst och/eller utbildning är väldigt låg i gruppen med flyktingbakgrund. Sjuklighet som försvårar genomförandet av en utbildning eller förhindrar att man kommer in på arbetsmarknaden, alternativt

slås ut från den, leder till lägre inkomster. Detta får även konsekvenser för pensions- och/eller sjukpenningnivån. Den låga inkomsten och/eller utbildningsnivån kan därför teoretiskt både vara en effekt av sjukdomen och en förklarande faktor för den.

## Hälso- och sjukvårdskonsumtion

### Barn

En nyligen publicerad forskningsöversikt om stöd till ensamkommande barn och unga visar att ensamkommande är en mycket utsatt och sårbar grupp i behov av insatser [12]. Livshotande och traumatiska erfarenheter förekommer hos merparten [24]. Avsaknad av föräldrar, familj och sociala nätverk [13] understryker samhällets ansvar för rehabilitering (WHO 2018).

Den norska studien visar att också händelser efter flykten, i ankomstlandet, har stor betydelse för hälsan. Vid uppföljning 26 månader efter ankomsten hade de som fått avslag, liksom de som räknats upp i ålder och placerats på vuxenboende, en signifikant försämrad psykisk hälsa [24]. En svensk studie visar en tiofaldigt ökad risk för suicid bland ensamkommande barn och unga jämfört med jämnåriga i Sverige under 2017, vilket var en period med långa handläggningstider och då Lagen om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige (SFS 2018:756) trädde i kraft [25].

Denna rapport visar att ensamkommande barn generellt har en högre sjukvårdskonsumtion, även efter justering för kön, ålder och inkomst. Även om antalet invånare i Västra Götaland med flyktningbakgrund som varit ensamkommande barn är litet i relation till det totala antalet invånare (lägre än 0,01 promille) är resultatet en viktig signal på stora hälsobehov i den aktuella gruppen.

Flera orsaker till skillnaderna är möjliga. Ensamkommandes sårbarhet utifrån traumatiska erfarenheter före, under och efter flykten, liksom bristen på föräldrastöd, leder med stor sannolikhet till ökade risker för ohälsa. Detta är också något som rapporterats i flera forskningsstudier [12]. Att skillnaderna är mindre bland yngre ensamkommande skulle kunna vara ett resultat av att samhällets system för omhändertagande av dem är bättre än för de äldre.

Samtidigt visar vi att barn med flyktningbakgrund i familj, i motsats till ensamkommande barn har en lägre vårdkonsumtion än barn utan flyktningbakgrund, med undantag för antal vårdtillfällen inom somatisk vård och antal besök inom somatisk specialiserad öppenvård.

Den lägre vårdkonsumtionen bland barn med flyktningbakgrund i familj är oväntad men innefattar inte somatisk vård. Den kan vara en effekt av föräldrarnas skyddande och läkande funktion. Samtidigt är det viktigt att understryka att resultaten avspeglar vilka diagnoser man fått om man sökt och fått vård. Detta kan skilja sig från förekomsten av tillståndet om man systematiskt skulle undersöka alla. Den påfallande och oväntat låga konsumtionen av psykiatrisk vård skulle därför också kunna vara en effekt av olika barriärer. En del föräldrar skulle kunna ha en negativ syn på sådan vård som stigmatiserande. Vidare kan den kösituation som finns inom barn- och ungdomspsykiatri möjligen innebära svårigheter att få sådan vård och detta skulle kunna drabba barn med flyktningbakgrund i familj i högre grad än ensamkommande, till exempel på grund av språkbarriärer.

### Vuxna

Kunskapen om vårdkonsumtionsmönster hos invånare med flyktningbakgrund är begränsad. I denna rapport har vuxna invånare med flyktningbakgrund generellt ett högre antal sjukvårdsbesök och vårdtillfällen inom somatisk sjukvård. Däremot har de färre besök och vårdtillfällen inom psykiatrisk öppen- och slutenvård.

Flera orsaker till skillnaderna är möjliga. Förekomsten av vissa vanligt förekommande somatiska diagnoser var högre bland invånare med flyktingbakgrund, till exempel diabetes, högt blodtryck, smärttillstånd i rörelseorganen, njursvikt, vissa infektionssjukdomar och ischemisk hjärtsjukdom [26].

Den lägre vårdkonsumtionen bland vuxna med flyktingbakgrund inom den specialiserade psykiatrin, som dessutom är ännu lägre när man justerar för socioekonomi, var oväntad både med tanke på den i forskningen beskrivna höga förekomsten av psykisk ohälsa och med tanke på den högre förekomsten av psykiatriska diagnoser i denna rapport. Specialistpsykiatrin tar om hand patienter med svårare former av psykisk ohälsa och med psykiatriska sjukdomar som bipolär sjukdom och schizofreni. Första linjens psykiatri ska omhändertas inom primärvården. Vid psykisk ohälsa söker man oftast initialt vård i primärvården. Om problematiken är komplex ska patienten remitteras till specialistpsykiatrin ([RMR](#)). Första linjens psykiatri är den del av psykiatrin som flest nyanlända får kontakt med. Den psykiatriska vården ska utföras enligt aktuella vårdprogram, nationella riktlinjer och föreskrifter, exempelvis för ångest och depression. Samverkan mellan olika vårdgivare ska ske men är svårt att få att fungera optimalt. Orsaker till att färre patienter med asylbakgrund får vård inom specialistpsykiatrin skulle kunna vara brister i samverkan mellan olika vårdformer eller språkbarriärer. En ytterligare förklaring skulle kunna vara om vuxna med flyktingbakgrund har mindre behov av psykiatrisk vård. Som exempel kan nämnas att diagnosen bipolär affektiv sjukdom är mindre vanlig i gruppen med flyktingbakgrund i detta material. Generellt med tanke på den i övrigt högre andelen med psykiatriska diagnoser, verkar det dock mindre troligt att individer med flyktingbakgrund skulle behöva mindre psykiatrisk vård, en slutsats som stöds av tidigare forskning [5]. Ytterligare förklaring skulle kunna vara rädsla för stigmatisering som leder till att människor undviker att söka psykiatrisk vård.

### Psykiatriska diagnoser

Individer med flyktingbakgrund är en särskilt utsatt grupp som ofta har en påtagligt hög förekomst av psykiatriska diagnoser, särskilt PTSD (eng. *Post traumatic stress disorder*, PTSD). PTSD är ett kroniskt stresstillstånd till följd av en livshotande upplevelse som har framkallat intensiva stressreaktioner. Syndromet kännetecknas av ångestreaktioner som utlöses av minnen och påminnelser av händelsen och som leder till plågsamma återupplevelser av de traumatiska händelserna, liksom undvikande av det som påminner om händelsen och överspändhet [27]. PTSD kan vara svårt begränsande och leda till en social funktionsnedsättning med arbetsoförmåga och psykiskt lidande som påverkar inte bara individen utan även familjen och omgivningen [28].

#### Barn

Rapporten visar en dramatiskt ökad risk för diagnostiserad PTSD hos ensamkommande barn (nästan 30 gånger) och andra diagnoser som anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, som sätts när diagnoskriterierna för PTSD inte är utredda eller helt uppfyllda. Även sömnstörningsdiagnoser var påtagligt överrepresenterade liksom i något lägre grad beroendesjukdomar, och depression.

Det rör sig om en alarmerande hög riskökning för diagnoser av allvarliga psykiatriska tillstånd. Förekomsten av PTSD kan vara starkt begränsande för individen och leda till funktionsnedsättning som drabbar inlärningsförmåga, skolresultat och framtida arbetsförmåga, liksom till stort psykiskt lidande som inte bara drabbar individen själv utan också omgivningen [4]. Rapportens resultat understryker att ensamkommande barn och unga utgör en hälsomässigt mycket utsatt riskgrupp med stora psykiatriska vårdbehov. När det gäller andra tillstånd såsom ångest syns inga skillnader jämfört med barn utan flyktingbakgrund.

Också för barn i familj med flyktingbakgrund är PTSD samt anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress kraftigt överrepresenterade jämfört med barn utan flyktingbakgrund. När man tar hänsyn till skillnader i inkomst försvinner skillnaden mellan grupperna för PTSD-diagnos. Detta kan indikera att den socioekonomiska livssituationen är relaterad till förekomsten av PTSD-diagnos, samtidigt ska noteras att antalet barn i gruppen är relativt få. Även om det kan finnas en skillnad i benägenhet att söka psykiatrisk vård mellan familjerna till barn med flyktingbakgrund och de nätverk som finns runt ensamkommande barn så är tillgång till en familj sannolikt en viktig skyddande faktor i de allra flesta fall [29].

Det kan inte uteslutas att det kan finnas en skillnad i hur diagnoser sätts på det viset att barn och unga med flyktingbakgrund som mår psykiskt dåligt på grund av yttre händelser lättare får diagnoserna PTSD eller anpassningsstörning och reaktion på svår stress (F43) medan de som saknar sådan bakgrund och inte har lika påtagliga yttre orsaker i högre utsträckning får diagnoserna ångest och depression.

Då vi analyserar dessa diagnosgrupper sammanslagna ser vi att andelen diagnoser ökar över tid bland barn utan flyktingbakgrund men inte bland barn med flyktingbakgrund. En förklaring till att andelen barn med psykisk ohälsa är oförändrat efter åtta år i landet skulle kunna vara att behovet av psykiatrisk vård är underdiagnostiserat och inte tillgodosett bland flyktingbarn. En annan förklaring kan vara att uppmärksamheten kring de här barnen minskar med tiden. En ytterligare möjlig förklaring kan vara att barn som fått diagnosen vid ankomst fått god hjälp och blivit friska och att det är andra barn med flyktingbakgrund som fått diagnosen efter ett antal år i Sverige. Det är viktigt att hälso- och sjukvården följer upp psykisk ohälsa bland barn med flyktingbakgrund även efter kommunmottagning så att risken för framtida vårdbehov till följd av obehandlad traumatisk psykisk ohälsa minimeras.

Ökningen av diagnoser bland barn utan flyktingbakgrund skulle kunna bero på en större medvetenhet om symtom på psykisk ohälsa samt sökvägar till vården både bland föräldrar och barn jämfört med bland barn med flyktingbakgrund. Det kan också handla om en ökad benägenhet för dessa tillstånd att uppträda vid högre ålder och mognad, i så fall är det anmärkningsvärt att andelen inte ökar bland barn med flyktingbakgrund. Det kan även handla om en ökad benägenhet att diagnostisera psykisk ohälsa.

Hos de yngre barnen med flyktingbakgrund, 0 - 9 år, ser vi en lägre andel med psykisk ohälsa jämfört med barn i åldrarna 10 – 17 år vilket skulle kunna tala för att förmågan till läkning är större hos yngre barn.

Sammanfattningsvis är resultaten svårtolkade och pekar på ett behov av riktad forskning mot utvecklingen av psykisk hälsa hos nyanlända barn med och utan familj, exempelvis i form av longitudinella kohortstudier som följer barnen över tid.

Resultaten utesluter inte förekomst av barriärer i vården men talar mer för barns och ungas förmåga till rehabilitering och läkning av tidigare trauman om gynnsamma förutsättningar för det kan skapas [30]. Flera forskningsöversikter pekar på att trygghet och säkerhet liksom en väl fungerande och stödjande vardagsmiljö är av avgörande betydelse [29] [12]. Det handlar om familj eller vikarierande familj, skola, fritid, boende, vänner och sociala nätverk. Här har små insatser stor betydelse för hälsa och välbefinnande och sannolikt över lång tid [29]. De lagar och regelverk inom asylområdet som införts under de senaste åren står i kontrast till den samlade forskningsresultaten och innebär bland annat att familjeåterförening försvårats och osäkerheten förlängts genom att tillfälliga uppehållstillstånd blivit regel [12].

Förekomsten av diagnoserna autism och Aspergers syndrom samt beteende- och emotionella störningar med debut i barndomen där ADHD ingår var, 50 - 70 procent lägre för den sammanslagna gruppen av barn med flyktingbakgrund jämfört med barn som saknar flyktingbakgrund. Dessa resultat är intressanta men materialet medger inte möjlighet att hitta förklaringar till skillnaden.

För diagnoserna självskadebeteende ses ingen statistiskt säkerställd skillnad. I rapporten om Asylsökandes vårdkonsumtion [22] beskrevs en ökad risk för självskadebeteende i gruppen asylsökande barn och unga pojkar, framförallt år 2016 då de mer restriktiva lagarna om uppehållstillstånd trädde i kraft. Bland de nyanlända som ingår i denna rapport finner vi dock ingen statistiskt säkerställd skillnad. En förklaring till skillnader i resultat mellan rapporterna kan vara att gruppen asylsökande befinner sig i en mer utsatt situation i väntan på livsavgörande beslut.

#### *Vuxna*

Enligt en studie från 2011 är psykiatriska diagnoser ledande orsaker till sjukskrivning och nedsättning av arbetsförmågan [31]. Flera nationella och internationella studier visar också att migranter har högre risk för psykisk ohälsa [4]. Enligt Socialstyrelsens kunskapsunderlag om psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända i Sverige beräknas 20 - 30 % lida av psykisk ohälsa [4]. Den psykiska ohälsan kan försämrats efter några års vistelse i Sverige och ökningen kan bero på stressfaktorer i värdlandet, exempelvis osäkerhet om familjeåterförening, arbetslöshet, bostadsbrist och utanförskap. Individer med flyktingbakgrund är en särskilt utsatt grupp som ofta har en påtagligt hög förekomst av psykiatriska diagnoser, särskilt PTSD [8], [32], [5]. I denna rapport är PTSD-diagnos bland vuxna med flyktingbakgrund sju gånger vanligare än bland vuxna utan flyktingbakgrund. Även tillstånd som sömnstörningar och reaktioner på svår stress är vanligare hos invånare med flyktingbakgrund.

För vuxna är den psykiatriska sjukligheten inte sällan kombinerad med en social problematik. En utmaning för vården är att inte överdiagnostisera psykisk ohälsa som är grundad i psykosocial stress, som orsakas av exempelvis bristfälliga boendeförhållande, eventuell arbetslöshet och utebliven familjeåterförening. Å andra sidan får vården inte avvisa ett vårdbehov på grund av att patienten lever i en psykosocialt stressande situation.

Samtidigt är motsatsen en utmaning, det vill säga att vården inte får missa att diagnostisera psykisk ohälsa på grund av att individen har ett annorlunda uttryck. Sjukvården behöver kunskap kring olika uttryck för psykisk ohälsa hos olika människor [33]. De förändrade lagar och regelverk som införts efter 2015, som bland annat innebär lägre statlig ersättning till kommunerna för nyanlända och betydligt minskade möjligheter till familjeåterförening, riskerar att bidra till ökad psykisk ohälsa och sämre förutsättningar till integration [34].

#### *Förändringar av psykiatriska diagnoser över tid i Sverige*

När det gäller unga vuxna (18 - 29 år) ser vi liknande mönster som ses för barn och ungdomar, det vill säga att det är hos unga vuxna utan flyktingbakgrund där andelen med ångest, depression och stresstillstånd ökar över tid. Motsatta förhållandet ses hos vuxna i åldersgruppen 30 - 69 år där de med flyktingbakgrund har avsevärt högre andel med diagnostiserad depression, ångest och/eller anpassningsstörningar och svår stress (inklusive PTSD) än övriga vuxna, även efter åtta i år landet.

En utmaning för vården är att förutse utvecklingen av olika tillstånd på sikt och om möjligt sätta in hälsofrämjande och förebyggande behandling. När det gäller utvecklingen av psykiatriska tillstånd och sjukdomar över tid är faktorer som integration, sysselsättning, boende och familjeåterförening viktiga. Sambandet mellan socioekonomiska faktorer och dessa diagnoser är inte nödvändigtvis enkelriktat. Sjukdomarna i sig skulle kunna vara en bidragande faktor till kortare utbildning, svårigheter att få arbete och lägre inkomstnivåer, samtidigt som en sämre socioekonomisk situation

skulle kunna bidra till psykosjukdom och depression. Det är också visat att själva flykten ökar sårbarhet för psykos [35]. En farhåga har varit att den upprepade och långvariga belastning av stress som många flyktingar från krigs- och konfliktråden har upplevt predisponerar för att sjukdomar som är vanligt förekommande bland äldre skulle debutera tidigare i denna grupp [35], [36]. Å andra sidan talas det ofta om *the healthy migrant hypothesis* som menar att de som flyr och lyckas komma fram till ett land där man kan söka asyl utgör en starkare och friskare grupp än den genomsnittliga befolkningen [1].

## Infektionsdiagnoser

### *Barn och vuxna*

Invånare med flyktningbakgrund kommer från länder där risken att smittas av vissa svåra och långvariga infektioner är betydligt större än i Sverige.

Rapporten visar att infektionsdiagnoser är överrepresenterat både bland barn och vuxna med flyktningbakgrund. Det gäller främst hepatit B, tuberkulos (latent och manifest) och förekomst av resistent bakterier. Detta är diagnoser som omfattas av Smittskyddslagen och sällan förekommer bland invånare utan flyktningbakgrund.

En oro som finns är att infektionsvården inte når alla som bär på en smittsam sjukdom. Även om totalantalet smittade är få, innebär det utmaningar för infektionsvården, bland annat vad gäller smittspårning. Vissa behandlingar är kostsamma och långvariga, till exempel behandling för hepatit B som innebär en livslång behandling. Det kan också vara svårt att motivera personer i kris, ångest och/eller svåra stressreaktioner att fullfölja påfrestande behandlingar.

Latent tuberkulos är en inaktiv och inte smittsam form av tuberkulos. Hos barn behandlas den ofta för att förebygga senare insjuknande i manifest tuberkulos. Behandlingen kräver inte stora insatser men många och täta uppföljande besök. Detta kan innebära en belastning för patienten men även för vårdorganisationen. Antalet patienter med diagnosen aktiv tuberkulos var lågt men här krävs ofta mer medicinska och sociala insatser av vården. Antalet personer med diagnosen resistent eller multiresistent tuberkulos var också litet men för dem krävs stora vårdresurser.

Medan de flesta barn hälsundersöks när de är asylsökande, om inte annat så via initiativ från barn- eller elevhälsovården, så är det inte säkert att exempelvis vuxna anhöriginvandrare på samma sätt nås av erbjudande om hälsundersökningen för asylsökande med flera (SoS FS 2011:11). Personer som kommer till Sverige via anknytning eller via kvot omfattas också av rätten till ett erbjudande om hälsundersökning. I nuläget finns det dock ingen överföring av informationen av dessa individers ankomst till regionen från Migrationsverket, varför de inte alltid kallas till hälsundersökning.

Obehandlade infektionssjukdomar kan orsaka sjukdom och smittspridning. Enligt en förstudie av SKL [37] är det en låg genomförandegrad av hälsundersökningar och några av orsakerna till detta är brist på information om hälsundersökningarnas syfte samt att många kallelser inte når fram.

## Andra diagnoser bland barn

### *Diabetes och fetma*

Incidensen av diabetes typ 1 hos barn varierar stort mellan världens länder. Lägst incidens ses i Kina med 0,1/100 000 per år, medan högst incidens ses i Finland med fler än 40/100 000 per år.

Prevalensen av diabetes hos barn i Sverige är också hög men lägre än i Finland. Förekomsten ökar i låg- och medelinkomstländer [38], [39]. Även i denna rapport har barn med flyktingbakgrund diagnosen diabetes i betydligt lägre omfattning jämfört med barn utan flyktingbakgrund, där förekomsten av diabetes även ökade över tid.

Generellt ökar övervikt och fetma bland barn i världen och det är visat att barn med asylbakgrund har ökad risk att utveckla övervikt och fetma. De faktorer som anses bidra till utvecklingen av fetma och som diskuteras är matvanor i det nya landet, nivån av fysisk aktivitet och kroppsuppfattning [40], [41]. I denna rapport är fetmadiagnos vanligare hos barn i familj med flyktingbakgrund jämfört med barn utan flyktingbakgrund. När man justerar för inkomstskillnader utöver ålder och kön, försvinner skillnaden mellan barn med flyktingbakgrund i familj och de utan, vilket pekar på att en låg inkomst kan vara en bidragande riskfaktor.

Bland ensamkommande barn ser man ingen skillnad i förekomst av fetmadiagnos jämfört med barn utan flyktingbakgrund.

### *Allergi och astma*

Allergi och astma är sjukdomar som traditionellt förknippats med ett västerländskt levnadssätt [42]. Prevalensen i Sverige är hög och astma drabbar ungefär 1 av 10 skolbarn. Under andra hälften av 1900-talet sågs en klar ökning av astmaprevalensen hos barn. En del studier tyder dock på att ökningen av astma inte är lika stor som tidigare, eller till och med har planat av, i höginkomstländer i västvärlden [43]. Prevalensen varierar också mellan olika låg- och medelinkomstländer. Barn med flyktingbakgrund i denna rapport har dessa diagnoser i betydligt lägre omfattning än barn utan flyktingbakgrund, vilket också stämmer med resultatet från flertalet internationella studier [44]. Det är också visat att förekomsten av astma och allergier ökar ju längre man varit i landet och är högre hos andra generationens invandrare [44] [45]. Andra studier pekar på att risken för utlandsfödda barn att insjukna i astma är högre ju tidigare i livet man kommit till Sverige [46].

### *Smärttillstånd*

Diagnoser för smärttillstånd (kronisk smärta, muskuloskeletala symtom och ryggvärk) och gastrointestinala symtom var vanligare bland barn med flyktingbakgrund äldre än 10 år. Över tid ökar andelen barn med diagnoser kronisk smärta och muskuloskeletala symtom i båda grupperna men mer bland barn med än utan flyktingbakgrund, och skillnaderna mellan grupperna ökar över tid. Orsakerna är inte helt kända [47]. En förklaring kan vara somatisering, det vill säga en psykisk reaktion med återkommande kroppsliga symtom, utan att det finns sjukliga förändringar i kroppsliga organ som kan förklara dessa. Såväl stress (till exempel traumatisk stress) som existentiell och psykisk smärta kan orsaka kroppsliga symtom [48]. Den viktiga frågan blir då inte att avgöra om patienten »egentligen« har psykologiska besvär, utan att vara lyhörd för och utforska patientens somatiska språk [33]. Detta pekar också på ett behov av tidiga insatser för att bromsa riskerna för mer kroniska smärttillstånd som skulle kunna utgöra en potentiell risk för framtida ohälsa och kunna påverka studie- och arbetsförmåga.

### *Utvalda kroniska sjukdomsdiagnoser*

För diagnoserna inflammatoriska tarmsjukdomar, reumatiska systemsjukdomar och recessivt ärftliga sjukdomar ses inga skillnader mellan grupperna.

## Tandvård

### *Barn och unga*

Kariesförekomsten bland yngre barn (0 – 9 år) i Västra Götalandsregionen har ökat under de senaste åren [49]. Motsvarande trend noteras även i en nationell uppföljning [50]. Barn och ungdom med flyktingbakgrund uppvisar en betydligt högre kariesförekomst och genomgår dessutom fler extraktioner (tanduttagningar) jämfört med motsvarande individer utan flyktingbakgrund. Även om barn och ungdom med flyktingbakgrund uppvisar en högre kariesförekomst jämfört med motsvarande individer utan flyktingbakgrund, finns även i den senare gruppen många individer med kariesproblematik.

Det är rimligt att anta att de flesta extraktioner utförs på indikationen karies eller komplikationer som smärta eller infektion, men kan även förklaras av andra skäl. Det kan exempelvis vara parodontit (tandlossning), infektion eller frakturer. Däremot inkluderas inte de extraktioner som utförs i samband med tandregleringsbehandling. Mot bakgrund av den relativt unga population som redovisas här är det rimligt att anta att karies (och dess komplikationer) är den dominerade orsaken till behandling.

Karies kan påverka barn både på kort och lång sikt. Dålig oral hälsa kan påverka tuggförmågan och därmed försvåra ett adekvat näringsintag. Omfattande operativ behandling av karies tidigt i livet kan öka risken för framtida behandlingsproblematik, som exempelvis tandvårdsfobi. Dessutom ökar omfattande extraktioner risken för ett framtida behov av tandregleringsbehandling.

I den longitudinella kohorten noteras att skillnaderna i kariesförekomst mellan grupperna kvarstår men minskar över tid. En del av denna hälsoförbättring skulle kunna förklaras med att kariesskadade tänder i det primära bettet (mjölkttänder) lossnar som del av den naturliga bettutvecklingen och växlas mot permanenta och inledningsvis kariesfria tänder.

## Fetma, diabetes, högt blodtryck och kardiovaskulära sjukdomar

### *Vuxna*

Livsvillkor och levnadsvanor är faktorer av stor betydelse för hälsa. Före, under och efter tiden på flykt förändras båda dessa faktorer avsevärt [23]. I Sveriges Kommuner och Landstings rapport "Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända" [37] fastställs behovet av att stärka asylsökande och nyanländas kunskap om den svenska hälso- och sjukvården samt öka deras kunskap om hälsa, hälsofrämjande livsstil och sjukdomar.

När det gäller levnadsvanor visar flera studier att vissa migrantgrupper har en högre förekomst än svenskfödda av diabetes typ 2 och hjärt- och kärlsjukdomar [51], [52], liksom riskfaktorer för dessa sjukdomar [53], [26]. Viktiga riskfaktorer är högt blodtryck, övervikt och fetma. Stor viktuppgång under graviditeten är en av de största riskfaktorerna för övervikt och fetma senare i livet. Fetma och övervikt i sig innebär också ökad risk för komplikationer under graviditeten, liksom ökad risk för ett antal sjukdomar senare i livet. Det är också visat att fetma och övervikt är vanligare hos gravida kvinnor med annat födelseland än Sverige [54]. Låg utbildningsnivå är en annan faktor som har samband med högt BMI [55]. Studier visar att flera migrantgrupper är fysiskt inaktiva i högre grad än svenskfödda, äter mer ohälsosam mat och har sämre tillgång till hälsoinformation [53], [55]. Rökning, som är en viktig riskfaktor för utveckling av hjärt-kärlsjukdom och cancer, är vanligare, främst bland män i många migrantgrupper jämfört med svenskfödda [53].

Denna rapport bekräftar att diagnoser kopplade till ökad risk för hjärt-kärlsjukdom är betydligt vanligare bland invånare med flyktingbakgrund. Det var till exempel dubbelt så vanligt med diagnoserna fetma och diabetes. Dessutom finner vi att andelen med fetma bland invånare med flyktingbakgrund ökar framför allt under de första fem åren efter uppehållstillstånd.

Högt blodtryck (hypertoni) anses vara en av de viktigaste orsakerna till sjuklighet och död hos såväl kvinnor som män. Om man dessutom har andra riskfaktorer, såsom rökning, höga blodfetter eller diabetes, ökar risken för hjärt-kärlkomplikationer ytterligare. I denna rapport finner vi att högt blodtryck är betydligt vanligare bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med invånare utan flyktingbakgrund. Till exempel har drygt 40 procent av personer med flyktingbakgrund i åldersgruppen 50 till 69 år högt blodtryck efter åtta år i landet, vilket kan jämföras med 30 procent hos övrig befolkning. Med tanke på att populationsstudier dessutom visar att en stor andel personer med högt blodtryck är odiagnostiserade och därmed obehandlade, är resultaten oroväckande. [56]. Dessutom vet vi inte om andelen odiagnostiserade skiljer sig mellan invånare med och utan flyktingbakgrund.

Det har visats att invandrare från Mellanöstern är en högriskgrupp för utveckling av diabetes typ 2 och att prevalensen är dubbelt så hög som hos den svenskfödda populationen [57], [58], något som också denna rapport bekräftar. Orsaken till den höga diabetesförekomsten är inte helt klarlagd och är sannolikt multifaktoriell, där bland annat ogynnsamma levnadsvanor, ärftlighet och epigenetik tros spela stor roll [59]. Det är också visat att vissa typer av diabetes typ 2, är mer svårbehandlade, trots mer intensiv behandling [60].

Utvecklingen över tid av andel invånare med diabetesdiagnos skiljer sig också i denna rapport mellan de med flyktingbakgrund och övriga invånare. Vi finner framförallt en tidigare debut och en brantare ökning av förekomsten med stigande ålder hos personer med flyktingbakgrund.

När det gäller vissa kranskärlssjukdomar såsom kärlkramp och hjärtinfarkt ser vi en dubbelt så hög diagnosförekomst hos invånare med flyktingbakgrund jämfört med övriga invånare, också här med debut tidigare i livet hos de med utländsk bakgrund. Tidigare forskning visar också en ökad förekomst hos individer från vissa ursprungsländer [61], [62] och att man dessutom ofta ser en samsjuklighet med diabetes typ 2. Patienter med kranskärlssjukdom har ökad risk att återinsjukna i hjärtinfarkt eller avlida av hjärtsjukdom om inte förbyggande behandling ges [63].

Sammantaget understryker rapportens fynd vikten av att uppmärksamma och behandla riskfaktorer, intensifiera behandlingen av högt blodtryck, behandla blodfetterrubbingar och optimera behandlingen av kranskärlssjukdom. I Sverige är både primär- och sekundärprevention vid kranskärlssjukdom väl utvecklad och har visat sig ha stor betydelse för prognosen på både kort och lång sikt [64]. Insatser för att understödja livsstilsförändringar, såsom rökstopp, bättre kost, ökad motion och viktreduktion, behövs och innebär stora utmaningar både för sjukvården och för samhället i stort.

Till skillnad från hjärtsjukdom har vi inte funnit någon ökad förekomst av diagnosen stroke i gruppen med flyktingbakgrund, trots den ökade förekomsten av högt blodtryck som utgör en riskfaktor. Det är svårt att dra några slutsatser kring detta fynd. En möjlig förklaring skulle kunna vara att personen som drabbas av stroke avlider innan ankomst till sjukhus och därmed saknas i vår statistik. Ett annat alternativ är att personer som drabbats av stroke väljer att inte söka sjukvård för sina symtom, utan stannar hemma. Det är visat att kunskapen om sjukdomen stroke, dess symtom och riskfaktorer är låg inom vissa migrantgrupper [65]. Det finns studier som visar att första generationens invandrare från Kina och Afrika har högre förekomst av stroke, [66], [67] medan personer med ursprung från andra länder har lägre förekomst av stroke.

## Andra diagnoser bland vuxna

Även hos vuxna med flyktingbakgrund är vissa symtomdiagnoser betydligt vanligare än hos personer utan flyktingbakgrund, till exempel symtom från mag-tarmkanalen och symtom eller värk från muskler och leder. Orsakerna är inte fullständigt kända [47]. Precis som för barn, kan det röra sig om somatisering, det vill säga att såväl stress (till exempel traumatisk stress) som existentiell och psykisk smärta kan orsaka kroppsliga symtom [48]. Det viktiga blir då inte att avgöra om patienten egentligen har psykologiska besvär, utan att vara lyhörd och utforska patientens somatiska språk [33]. Man kan även förvänta sig att invånare med flyktingbakgrund i högre utsträckning arbetar med fysiskt belastande arbeten, liksom att fler kvinnor har fött många barn och att detta skulle kunna orsaka kroniska smärttillstånd. Mot detta talar dock att justering för socioekonomiska skillnader inte förändrar utfallet.

Diagnosen njursvikt förekommer i rapporten i högre utsträckning bland personer med flyktingbakgrund, fram för allt i den högre åldersgruppen. Detta är inte förvånande med tanke på att njursvikt är en känd komplikation till både diabetes och högt blodtryck, sjukdomar som rapporten alltså visar att invånare med flyktingbakgrund har högre risk för [68].

När det gäller diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) så är våra resultat något förvånande. Vi ser en cirka 30 procent ökad risk för att ha fått denna diagnos för invånare med flyktingbakgrund efter justering för ålder och kön men när vi även justerar för socioekonomiska förhållanden, så blir risken istället cirka 22 procent lägre. Det skulle kunna vara en effekt av underdiagnostik bland invånare med flyktingbakgrund, inte minst med tanke på att rökning är vanligare i den gruppen [69]. Underdiagnostik av KOL är ett känt problem och man kan misstänka att den kan vara högre bland invånare med flyktingbakgrund [69] och än mer så bland invånare med kombinationen flyktingbakgrund och låg socioekonomisk standard. När det gäller diagnosen astma fann vi som förväntat en lägre risk hos gruppen med flyktingbakgrund. Det är dock visat att förekomsten av astma och allergier är högre hos andra generationens invandrare samt påverkas av hur länge man varit i landet [44] [45].

Trots att detta är en stor studie är det ändå svårt att studera vissa sjukdomar till följd av små tal. Vi kan inte se några skillnader i förekomst av rökrelaterade cancer i denna undersökning, trots att andelen rökare är högre bland invånare med flyktingbakgrund [53]. Vi ser heller inga skillnader i bröstcancer eller leukemi. En faktor som försvårar tolkningen, förutom att det handlar om få individer med cancerdiagnos (40 individer med rökrelaterad cancer år 2015), är att vi endast fångar de individer som vårdats med diagnosen cancer under år 2015 och inte de som avlidit tidigare eller är friskförklarade. För att få en heltäckande bild av cancerförekomst bör man därför använda uppgifter från Cancerregistret där man kan fånga samtliga individer som haft cancer.

## Förlossningar

Kvinnor med flyktingbakgrund föder fler barn, särskilt i de yngre åldersgrupperna, och de har en något högre kejsarsnittsfrekvens jämfört med kvinnor utan flyktingbakgrund. En orsak till att frekvensen kejsarsnitt är högre kan vara att de tidigare är förlösta med kejsarsnitt [23] eller att de har andra riskfaktorer för förlossningskomplikationer. Kejsarsnitt innebär en ökad resursförbrukning och längre vårdtid [70].

## Barriärer

Denna rapport har försökt studera skillnader i hälsa mellan invånare i Västra Götaland med respektive utan flyktingbakgrund. I rapporten har vi tagit hänsyn till forskning som visar att såväl tidigare livsförhållanden som den förändring migrationen innebär skulle kunna utgöra riskfaktorer för ohälsa på kort och längre sikt [6]. Förutom att påverka individen kan migration också innebära att hälso- och sjukvården samt tandvården behöver anpassas till förändrade behov. I rapporten har vi inte kunnat studera individens faktiska ohälsa utan vårdnyttjandet och de diagnoser som vården ställer. Detta är ett mått som innefattar ohälsa men också är avhängigt av andra faktorer som påverkar vårdutnyttjande. Forskning talar för att det finns ett otillfredsställt behov av hälso-, sjuk- och tandvård bland nyanlända [29], och att det kan finnas barriärer för ett adekvat vårdutnyttjande [23].

Barriärer till vård kan identifieras både på individuell och strukturell nivå. På individuell nivå kan svårigheter i svenska språket, utbildningsbakgrund liksom olika kunskaper om, erfarenheter av och uppfattningar om kropp och hälsa påverka möjligheterna att förstå, förvärva och använda hälsorelaterad information.

Samtidigt hade gruppen under perioden de var asylsökande enbart tillgång till vård som inte kunde anstå, och det kan inte uteslutas att det påverkar framtida tillit till och förtroende för vården som kan utgöra hinder för adekvat vård.

Exempel på strukturella hinder är bristen på anpassad information, både om hälsofrågor och om det svenska sjukvårdssystemet, på olika språk och i förhållande till individers olika utbildnings- och kunskapsnivåer. Detta påverkar sannolikt i stor utsträckning möjligheten att orientera sig i det komplexa svenska sjukvårdssystemet och därmed om, hur och var man söker vård. Här riskerar särskilt sårbara grupper att drabbas, till exempel ensamkommande som förlorat vuxenstöd då de fyllt 18 år, människor utan läs- och skrivkunskap, med psykisk ohälsa eller kognitiva svårigheter.

Andra strukturella hinder kan utgöras av telefonbokningssystemen och deras utformning [71] liksom av tillgängligheten inom olika verksamheter såsom psykiatri.

Ekonomiska hinder för att söka vård och i än högre grad tandvård utgör sannolikt också en barriär för många nyanlända men i vilken utsträckning och omfattningen har vad vi vet känner till undersökts.

Kunskapsnivån hos hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller migrationsrelaterad ohälsa kan variera mellan vårdgivare och få betydelse för den enskilda individen. Detta gäller i särskilt hög grad kunskap om trauma och traumarelaterad ohälsa. För att säkerställa en jämlik vård och på ett professionellt sätt kunna möta personer med olika erfarenheter och förväntningar på vården, krävs dels ökad kunskap om migrationsrelaterad ohälsa, dels ökad kompetens kring tolkanvändning och framförallt ökad förståelse för att individer förstår och tolkar hälsa olika beroende på till exempel utbildningsbakgrund, kultur eller sociala aspekter [72]. Behovet av ökad transkulturell kompetens i vården kan ses som en viktig förutsättning för att öka förståelsen för och möjligheterna att tillhandahålla adekvat vård på jämlika villkor till berörda grupper.

Tillgång till tolk kan ha en avgörande betydelse för att ge förutsättningar för en jämlik vård, till exempel genom att ställa korrekt diagnos och ge adekvat information. Hälso- och sjukvården är skyldig att ge patienten information om hälsotillstånd och behandling anpassad till individens förutsättningar utifrån ålder, mognad, erfarenhet och språklig bakgrund. Informationen som ges ska också vara förståelig för mottagaren. Brist på kvalificerade tolkar i vården, samtidigt som det saknas informationsmaterial på andra språk än svenska, kan utgöra en patientsäkerhetsrisk då det kan leda till att patienten får fel eller fördröjd diagnos. År 2016 fanns det 891 auktoriserade tolkar i Sverige. Av dessa var 157 specialiserade på hälso- och sjukvård och hade språklig kompetens inom 17 språk.

Enligt Myndigheten för yrkeshögskolan har tolkförmedlingar uppgett att mer än 1 000 tolkar behöver rekryteras årligen och det är särskilt ont om kvalificerade, utbildade tolkar ([Nationellt-tolkregister](#)). Detta gäller särskilt kontakttolkar i de mest efterfrågade språken – arabiska, dari, somaliska och tigrinja. Dari är särskilt angeläget då det är språket för många ensamkommande barn från Afghanistan.

## Framtiden

Denna rapport visar att invånare i Västra Götaland med flyktingbakgrund har en påtagligt ökad förekomst av högt blodtryck, fetma och diabetes tidigt i livet. Detta innebär ökade risker för komplikationer, främst hjärt-kärlsjukdomar. Följderna av detta blir förutom ett ökat lidande för individen, ökade kostnader för samhället i form av ett ökat behov av vård och omsorg. Rapportens resultat understryker därmed betydelsen av tidig diagnos och intervention i form av tidiga hälsofrämjande insatser och adekvat behandling för invånare med flyktingbakgrund.

En möjlig väg skulle kunna vara att komplettera befintliga hälsoundersökningar för asylsökande. Dessa undersökningar når idag endast ett begränsat antal asylsökande. Vidare görs de kort efter ankomsten till landet. Dessutom visar studier att psykisk ohälsa inte prioriteras vid hälsoundersökningar samt att samverkan mellan asylboenden, barnhälsovården och elevhälsan behöver förbättras [37]. Hälsokonsekvenser av post-migrationsstress liksom seneffekter av påfrestningar före och under flykten, fångas därför inte i dessa undersökningar, något som det kan finnas särskilda skäl att fånga upp hos nyanlända som kommer att stanna i landet. Dessutom saknas idag utvärderingar av kvaliteten på hälsoundersökningar för asylsökande.

Detta pekar mot ett behov av en hälsogenomgång för nyanlända, alltså efter att asylsökande fått uppehållstillstånd och tas emot av en kommun. Detta är en modell som prövats i Danmark [73].

Det bör utformas som ett erbjudande om en kompletterande hälsoundersökning med inriktning mot kroniska sjukdomar som övervikt, diabetes, högt blodtryck, smittsamma sjukdomar och psykisk hälsa i kombination med hälsosamtal om kost, motion, rökning och hälsosamma levnadsvanor liksom förnyad information om svensk sjukvård. Ett sådant system skulle kunna ha många fördelar; möjligheter till tidig diagnostik och behandling liksom till riktade hälsofrämjande insatser. Ett första steg skulle kunna vara att pröva och utvärdera en sådan hälsogenomgång för nyanlända i mindre skala inom ett begränsat geografiskt område.

Under 2016 har en rad lagar och förordningar införts i syfte att begränsa antalet asylsökande till Sverige. Effekten har bidragit till att färre nya asylsökande som kommit till Västra Götaland. Förändringarna innebar begränsningar i möjligheterna till familjeåterförening. För de asylsökande eller nyanlända som redan finns här innebär den begränsade möjligheten till återförening en ytterligare påfrestning, som inte bara kan försvåra integration utan också försämra den psykiska hälsan. Lägre statlig ersättning till kommunerna för nyanlända riskerar att bidra till sämre förutsättningar för integration, exempelvis genom att det är svårare att ordna bostad. I januari-överenskommelsen (januari 2019) mellan regeringen och dess stödpartier diskuteras att införa lättnader i reglerna för familjeåterförening för vissa grupper.

Vården och förutsättningarna för vården behöver förändras så att berörda grupper får tillgång till den vård de har rätt till och därmed skapa förutsättningar för att uppfylla Västra Götalandsregionens mål om en jämlik hälsa för alla. Resultaten i denna rapport understryker att om vården missar möjligheterna att tidigt uppmärksamma och möta behoven genom hälsofrämjande insatser, ökar risken för omfattande och kostnadskrävande framtida vård- och omvårdnadsbehov.

# Slutsatser och förslag

Syftet med denna rapport är att ge ett underlag för bedömning av framtida behov av hälso- och sjukvård och tandvård för invånare i Västra Götaland med flyktingbakgrund, samt för planering av hälso- och sjukvårdsinsatser.

- Rapporten visar på stora skillnader i diagnosförekomst och vårdkonsumtion hos invånare med och utan flyktingbakgrund. De flesta skillnader ökar efter antal år i landet, framför allt i yngre medelåldern.
- **Ensamkommande barn har i avsevärt högre utsträckning än andra barn diagnoser för traumarelaterad psykisk ohälsa.** Det är viktigt att möta dessa behov med tillräckliga resurser och rätt kompetens. Bristfällig behandling innebär stort lidande för barnen och riskerar att leda till försämrade och långsiktig ohälsa samt stora vårdbehov.
- Vuxna med flyktingbakgrund har **dubbelt så hög risk för att få diagnoserna hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, fetma och diabetes och risken ökar över tid.** Det behövs riktade hälsofrämjande insatser samt tidig diagnos och god behandlingskontroll. Sådana insatser leder till vinster både på individ- och samhällsnivå.
- Vuxna med flyktingbakgrund har i högre utsträckning diagnoser för traumarelaterad psykisk ohälsa. Trots detta konsumerar/får/söker de i **lägre utsträckning specialiserad psykiatrisk vård.** Studier visar att det behövs mer resurser och förstärkt kompetens att behandla traumarelaterad ohälsa och barriärerna för vård måste minskas.
- Bland vuxna med flyktingbakgrund är det vanligare med **mag- och tarmbesvär och kronisk smärta** och skillnaderna mellan grupperna ökar efter antal år i landet. Symtomen skulle kunna vara ett uttryck för psykisk ohälsa, vilket pekar på behovet av ökad kompetens inom första linjens vård om migrationsrelaterad ohälsa.
- Barn och unga med flyktingbakgrund har betydligt högre förekomst av **karies och större behov av tanduttagningar.**
- Resultaten i rapporten baseras på personer som fått vård och deras registrerade diagnoser vilket kan skilja sig från verklig sjukdomsförekomst. Det finns därför ett behov av att fördjupa kunskapen om hälsa och vårdbehov för den här gruppen med till exempel riktade studier. Ett exempel är att följa psykisk ohälsa bland barn och unga med flyktingbakgrund över tid. Ett annat är att systematiskt kartlägga förekomsten av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, till exempel högt blodtryck.
- De barriärer som diskuteras i rapporten som till exempel tillgång till anpassad information på olika språk, kunskap om migrationsrelaterad ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal, tillgång till tolk behöver hanteras med olika strategier på både individuell och strukturell nivå.

Sammantaget understryker rapportens resultat vikten av tidiga hälsofrämjande insatser för invånare med flyktingbakgrund. En möjlig väg skulle kunna vara att komplettera befintliga hälsoundersökningar för asylsökande, som görs kort efter ankomsten till landet och som dessutom endast når ett begränsat antal asylsökande, med erbjudande om hälsogenomgång i samband med kommunplacering. Syftet är att kunna fånga in seneffekter av hälsorisker före och under liksom även efter flykten. En sådan genomgång bör ha fokus på psykisk ohälsa samt levnadsvanor och att fånga upp ohälsa såsom övervikt, högt blodtryck och diabetes för att minska riskerna för allvarigare framtida ohälsa och förtida död.

# Referenslista

1. Domnich, A., Panatto, D., Gasparini, R. & Amicizia, D., *The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today?* Italian Journal of Public Health, 2012. **9**(e7532): p. e7532.
2. Angel, B., & Hjern, A., *Att möte flyktingar*. Lund; Studentlitteratur, 2004.
3. Abubakar, I., et al., *The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move*. Lancet, 2018. **392**(10164): p. 2606-2654.
4. Socialstyrelsen., *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården*. 2015.
5. Tinghög, P., Arwidsson, C., E., S., Malm, A. & Sabooni, F., *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets högskola, 2016.
6. Fazel, M., J. Wheeler, and J. Danesh, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. Lancet, 2005. **365**(9467): p. 1309-14.
7. Chen, W., et al., *Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study*. Lancet Psychiatry, 2017. **4**(3): p. 218-229.
8. Roth, G. and S. Ekblad, *A longitudinal perspective on depression and sense of coherence in a sample of mass-evacuated adults from Kosovo*. J Nerv Ment Dis, 2006. **194**(5): p. 378-81.
9. Delmi., *Delegationen för migrantstudier*. Delmi, 2013.  
**2013:17**(<http://www.delmi.se/migration-i-siffror#!/forvarvsarbete-bland-utrikes-fodda-som-beviljats-uppehallstillstand-av-skyddsskal-1997-2013> ).
10. 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): p. 255-67.
11. Vervliet, M., et al., *Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2014. **23**(5): p. 337-46.
12. Ascher, H., Backlund, Å., Mattsson, T., Munthe, C., *Stöd till ensamkommande barn och unga-effekter, erfarenheter och upplevelser*. SBU-bereder 294/2018, 2018.
13. Ascher, H., Mellander, L., *Asylsökande barns tankar om hälsa. Mellan det förflutna och framtiden Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande*. . Göteborgs universitet, Centrum för Europaforskning  
, 2010: p. 207-42.
14. Söderqvist, Å., *Leaving Care with "Cultural Baggage": The Development of an Identity within a Transnational Space*. Australian Social Work, 2014. **67**(67): p. 39-54.
15. Vårdanalys., *VIP i vården? Om utmaningar i vården av patienter med kronisk sjukdom*. Myndigheten för vårdanalys, 2014(2014:2).
16. UNHCR., *Global trends: Forced displacement in 2017*.  
<https://www.unhcr.org/globaltrends2017/>. UNHCR, 2018.

17. Arvidsson, D., et al., *Cross-cultural validation of a simple self-report instrument of physical activity in immigrants from the Middle East and native Swedes*. Scand J Public Health, 2014. **42**(3): p. 255-62.
18. Jervelund, S.S., et al., *Morbidity, Self-Perceived Health and Mortality Among non-Western Immigrants and Their Descendants in Denmark in a Life Phase Perspective*. J Immigr Minor Health, 2017. **19**(2): p. 448-476.
19. Lindert, J., et al., *Mental health, health care utilisation of migrants in Europe*. Eur Psychiatry, 2008. **23 Suppl 1**: p. 14-20.
20. Ivert, A.-K., *Adolescent mental health and utilization of psychiatric care. The role of parental country of birth and neighbourhood of residence*. Doctoral thesis. Malmö University Health and Society, 2013.
21. Porter, M. and N. Haslam, *Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis*. JAMA, 2005. **294**(5): p. 602-12.
22. Kjellström, A., Palaszewski, B., Taube, M., Ascher, H., *Asylsökandes vårdkonsumtion i Västra Götalandsregionen 2011-2016*. Verksamhetsanalys, 2017.
23. Socialstyrelsen., *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016*. 2016. **Stockholm**.
24. Jakobsen, M., et al., *The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway*. BMJ Open, 2017. **7**(6): p. e015157.
25. Hagström A., H., AC., Mittendorfer-Rutz E., *Kartläggning av självskadebeteende, suicidförsök, suicid och annan dödlighet bland ensamkommande barn och unga. Avdelningen för försäkringsmedicin*. . Institutionen för klinisk neurovetenskap. Institutionen för folkhälsovetenskap. Karolinska Institutet 2018;, 2018.
26. Sundell Lecerof, S., Stafström, M., *Slutrapport IMHAD (Impact of Multicultural Health Advisors) Olika villkor, olika hälsa – En osynlig intervention?*. Malmö högskola, Lunds Universitet, Uppsala Universitet., 2011.
27. Jeste, D., *The American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition*.
28. Kvist J., F.J., Hvinden B., Kangas O., *Changing Social Equality, The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press., 2012.
29. Fazel, M., et al., *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors*. Lancet, 2012. **379**(9812): p. 266-82.
30. Montgomery, E., *Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study*. Dev Psychopathol, 2010. **22**(2): p. 477-89.
31. Wittchen, H.U., et al., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol, 2011. **21**(9): p. 655-79.
32. Roth, G., S. Ekblad, and H. Ågren, *A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country*. Eur Psychiatry, 2006. **21**(3): p. 152-9.
33. Bäärnhielm, S., *Transkulturell psykiatri*. Natur & Kultur: Lettland, 2014.
34. Beskow, L., *Humanitära konsekvenser av den tillfälliga utlänningslagen*. [https://www.redcross.se/contentassets/4902f3efe95149158fd3b55310ef2cb8/humanitara\\_konsekvenser-av-den-tillfalliga-utlanningslagen.pdf](https://www.redcross.se/contentassets/4902f3efe95149158fd3b55310ef2cb8/humanitara_konsekvenser-av-den-tillfalliga-utlanningslagen.pdf). Röda Korset, 2018.

35. Hollander, A.C., *Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden--epidemiological studies of register data*. Glob Health Action, 2013. **6**: p. 21059.
36. Kunnas, T., et al., *Late-life coronary heart disease mortality of Finnish war veterans in the TAMRISK study, a 28-year follow-up*. BMC Public Health, 2011. **11**(1): p. 71.
37. Karlsson, H., Wieselgren, I-M., *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Slutrapport förstudie 31 mars 2016. Rapport till Socialdepartementet efter regeringsbeslut. S2015/06414/FS*. 2016.
38. Ludvigsson, J., *Modern livsstil ger barndiabetes*. Forskning & Framsteg, 2003. **7**.
39. Group, D.P., *Incidence and trends of childhood Type 1 diabetes worldwide 1990-1999*. Diabet Med, 2006. **23**(8): p. 857-66.
40. Gualdi-Russo, E., et al., *Obesity and physical activity in children of immigrants*. Eur J Public Health, 2014. **24 Suppl 1**: p. 40-6.
41. Toselli, S., et al., *Risk factors of overweight and obesity among preschool children with different ethnic background*. Endocrine, 2015. **49**(3): p. 717-25.
42. Pearce, N. and J. Douwes, *The global epidemiology of asthma in children*. Int J Tuberc Lung Dis, 2006. **10**(2): p. 125-32.
43. Wennergren, G., et al., *Asthma in late adolescence--farm childhood is protective and the prevalence increase has levelled off*. Pediatr Allergy Immunol, 2010. **21**(5): p. 806-13.
44. Cabieses, B., et al., *A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed*. PLoS One, 2014. **9**(8): p. e105347.
45. Garcia-Marcos, L., et al., *Does migration affect asthma, rhinoconjunctivitis and eczema prevalence? Global findings from the international study of asthma and allergies in childhood*. Int J Epidemiol, 2014. **43**(6): p. 1846-54.
46. Bråbäck, L., H. Vogt, and A. Hjern, *Migration and asthma medication in international adoptees and immigrant families in Sweden*. Clin Exp Allergy, 2011. **41**(8): p. 1108-15.
47. Bergman, S., et al., *Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study*. J Rheumatol, 2001. **28**(6): p. 1369-77.
48. Hassan, G., Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R. m fl., *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. UNHCR, 2015.
49. Folk tandvården., *Odontologiskt bokslut 2017, Folk tandvården i Västra Götaland*. 2017(Odontologiskt bokslut 2017, Folk tandvården Västra Götaland.  
<https://folktandvarden.vgregion.se/siteassets/om-oss/for-vardgivare/odontologiskt-bokslut-2017.pdf>).
50. Skapa., *Svenskt kvalitetsregister för karies och paradontit, Årsrapport 2017*. 2017(<http://www.skapareg.se/resultat/>).
51. Wandell, P.E. and C. Gafvels, *High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden*. Prim Care Diabetes, 2007. **1**(1): p. 13-6.

52. Gadd, M., et al., *Are there differences in all-cause and coronary heart disease mortality between immigrants in Sweden and in their country of birth? A follow-up study of total populations.* BMC Public Health, 2006. **6**: p. 102.
53. Gadd, M., et al., *Do immigrants have an increased prevalence of unhealthy behaviours and risk factors for coronary heart disease?* Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2005. **12**(6): p. 535-41.
54. Linne, Y. and S. Rossner, *Interrelationships between weight development and weight retention in subsequent pregnancies: the SPAWN study.* Acta Obstet Gynecol Scand, 2003. **82**(4): p. 318-25.
55. Lecerof, S.S., et al., *Health information for migrants: the role of educational level in prevention of overweight.* Scand J Public Health, 2011. **39**(2): p. 172-8.
56. Zallman, L., et al., *Undiagnosed and uncontrolled hypertension and hyperlipidemia among immigrants in the US.* J Immigr Minor Health, 2013. **15**(5): p. 858-65.
57. Abuyassin, B. and I. Laher, *Diabetes epidemic sweeping the Arab world.* World J Diabetes, 2016. **7**(8): p. 165-74.
58. Wandell, P.E., et al., *Estimation of diabetes prevalence among immigrants from the Middle East in Sweden by using three different data sources.* Diabetes Metab, 2008. **34**(4 Pt 1): p. 328-33.
59. Bao, W., et al., *Predicting risk of type 2 diabetes mellitus with genetic risk models on the basis of established genome-wide association markers: a systematic review.* Am J Epidemiol, 2013. **178**(8): p. 1197-207.
60. Rawshani, A., et al., *Impact of ethnicity on progress of glycaemic control in 131,935 newly diagnosed patients with type 2 diabetes: a nationwide observational study from the Swedish National Diabetes Register.* BMJ Open, 2015. **5**(6): p. e007599.
61. Bennet, L., C.D. Agardh, and U. Lindblad, *Cardiovascular disease in relation to diabetes status in immigrants from the Middle East compared to native Swedes: a cross-sectional study.* BMC Public Health, 2013. **13**: p. 1133.
62. Bo, A., et al., *Coronary heart disease incidence among non-Western immigrants compared to Danish-born people: effect of country of birth, migrant status, and income.* Eur J Prev Cardiol, 2015. **22**(10): p. 1281-9.
63. Motlagh, B., M. O'Donnell, and S. Yusuf, *Prevalence of cardiovascular risk factors in the Middle East: a systematic review.* Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2009. **16**(3): p. 268-80.
64. Benjamin, E.J., et al., *Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association.* Circulation, 2017. **135**(10): p. e146-e603.
65. Goldstein, L.B., et al., *Stroke-related knowledge among uninsured Latino immigrants in Durham County, North Carolina.* J Stroke Cerebrovasc Dis, 2009. **18**(3): p. 229-31.
66. Fedeli, U., et al., *Diverging patterns of cardiovascular diseases across immigrant groups in Northern Italy.* Int J Cardiol, 2018. **254**: p. 362-367.
67. Dassanayake, J., et al., *Cardiovascular disease risk in immigrants: what is the evidence and where are the gaps?* Asia Pac J Public Health, 2011. **23**(6): p. 882-95.
68. Nilsson, C., et al., *Renal function and its association with blood pressure in Middle Eastern immigrants and native Swedes.* J Hypertens, 2017. **35**(12): p. 2493-2500.

69. Regan, E.A., et al., *Clinical and Radiologic Disease in Smokers With Normal Spirometry*. JAMA Intern Med, 2015. **175**(9): p. 1539-49.
70. Angerås, U.K., A. Ladfors, L., *Förlossningsvården i Västra Götalandsregionen - med fokus på fullgångna förstföderskor*. Västra Götalandsregionen, 2015(HS 65-2015).
71. Unnarsdóttir, M., Ascher, H., Hermansson, J., & Danielsson, L. , *Call me later! Users' experiences of Swedish healthcare call-back services and access to healthcare*. Journal of Hospital Administration. 2018;7(5):8-16., 2018: p. 7(5):8-16.
72. Malmsten, J., *Behovsanalys migration och hälsa - Kunskapsunderlag 2018. Region Skåne*. 2018(<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kc-migration-och-halsa/behovsanalys-migration-och-halsa---kunskapsunderlag-2018.pdf>).
73. Socialstyrelsen, D.K., *Faglige anvisninger. Til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbredsmæssige vurderinger af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninge*. Socialstyrelsen København., 2015.

# Ordlista

## **Asylsökande**

En utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd mot förföljelse men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol.

## **Anknytning till flykting**

En person som fått uppehållstillstånd på grund av familjeband till någon som fått uppehållstillstånd som flykting.

## **Ensamkommande barn**

Asylsökande barn under 18 år som kommer till Sverige utan föräldrar eller annan vårdnadshavare.

## **Flykting**

Någon som har välgrundade skäl att vara rädd för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp.

## **Flyktingskäl**

Sverige och ett hundratal andra länder har skrivit under Genevekonventionen. Det innebär att Sverige ska pröva varje asylansökan och ge de människor asyl, som är flyktingar enligt konventionen. Enligt konventionen är flyktingar personer som har välgrundade skäl att vara rädda för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp. Förföljelsen kan komma från hemlandets myndigheter, men det kan också vara så att myndigheterna inte kan ge trygghet mot förföljelse från enskilda personer.

## **Folkbokförda**

Personer som är folkbokförda i Västra Götalands län.

## **Hälso- och sjukvårdsnämnd**

I Västra Götalandsregionen finns fem hälso- och sjukvårdsnämnder med politiskt utsedda ledamöter. Nämndernas uppgift är att verka för en god hälsa och vård på lika villkor.

## **Hälso- och sjukvårdsnämndsområde**

Det geografiska området för en hälso- och sjukvårdsnämnd.

## **Invånare med flyktingbakgrund**

Definieras i rapporten som personer som är folkbokförda i Västra Götaland och som tidigare varit asylsökande, kvotflyktingar, eller anknytningsinvandrat till Sverige.

## **Kommunmottagen**

Kommunmottagna avser i rapporten personer som fått uppehållstillstånd och som tagits emot av en kommun enligt lagen om etableringsinsatser, dvs blivit nyanlända.

## **Kommunmottagningsår**

Kommunmottagningsår definieras i rapporten som det år personen fick uppehållstillstånd samt blev kommunmottagen/nyanländ.

## **Kvotflykting**

En utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. Resan hit organiseras och betalas av Migrationsverket.

## **Medicinskt verksamhetsområde**

Medicinska verksamhetsområden klassificeras efter specialitet och inriktning.

### **Multisjuk**

Multisjuk enligt Socialstyrelsen: under en 12 månaders period varit inskriven inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper/kapitel enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10.

### **Multisjuk och/eller omfattande vård (mest sjuka äldre)**

Mest sjuka äldre enligt Socialstyrelsen: Omfattande sjukvård (minst en av följande: fler än 19 dagar i slutenvård, fler än 3 inskrivningar i slutenvård eller fler än 7 besök till specialistläkare i öppenvård under ett år) eller Multisjuk enligt Socialstyrelsen: under en 12 månaders period varit inskriven inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper/kapitel enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10.

### **Nyanländ**

En person som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd för bosättning på grund av flyktinskäl eller andra skyddsskäl. Även anhöriga till dessa personer anses vara nyanlända. En person är nyanländ under tiden hen omfattas av lagen om etableringsinsatser, det vill säga två till tre år. Personer som har tillfälliga uppehållstillstånd räknas som nyanlända. Nyanlända är en snävare definition än invånare med flyktingbakgrund.

### **Personer som vistas i Sverige utan tillstånd (papperslösa)**

Personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om tillstånd för att vistas här (gömda/papperslösa).

### **Primärvård**

Hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.

### **Oddsquot (OR)**

Från regressionsmodellerna logistisk regression respektive negativ binomialregression i rapporten beräknas oddsquoter (OR) med hänsyn tagen för ålder och kön. OR skattar risken att få diagnosen bland invånare med flyktingbakgrund jämfört med invånare utan flyktingbakgrund. Referenskategori invånare utan flyktingbakgrund har alltid OR 1,0. En OR över 1,0 tyder på en större risk bland invånare med flyktingbakgrund och en siffra mindre än 1,0 för en lägre risk. Ju högre OR är, desto större är överrisken. En OR på 1,5 innebär 50 procent ökad risk och en OR på 2 innebär dubbelt så stor risk. En OR som är mindre än 1 innebär på samma sätt en underrisk. En OR på 0,5 innebär 50 procent lägre risk.

### **PTSD**

Post traumatiskt stressyndrom.

### **Regionen**

Organisationen Västra Götalandsregionen, politiskt styrd.

### **Specialiserad öppenvård**

Besök i hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.

### **Slutenvård**

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

### **VG primärvård**

Vårdval Västra Götaland primärvård.

### **Vård som inte kan anstå/vänta**

Vad som ska räknas som *vård som inte kan anstå* måste alltid avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkare eller tandläkare eller annan ansvarig vårdpersonal. Se mer information från Socialstyrelsen [här](#).

**Vårdkontakt**

kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs.

**Vårdtillfälle**

Vårdkontakt/Inskrivning i slutenvård.

**Västra Götalandsregionen**

Organisationen, politiskt styrd.

**Västra Götalands län**

Västra Götalands län, det geografiska området.



# Bilaga 1 - Diagnoser och ICD-koder

## Diagnoser ICD-koder

Utfallsvariabel	Diagnoskoder ICD
<b>DIAGNOSER</b>	
<b>Psykisk ohälsa</b>	
Beroendesjukdomar	F10 (exkl. F10.0), F11-19
Bipolär sjukdom	F31
Personlighetsstörningar	F60-61
Förekomst av psykosjukdom	F20-29
Förstämningssyndrom inklusive depressioner	F30-F39
Depression	F32-F33
Ångest	F40-F42
Kroniska förstämningssyndrom	F34
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	F43
PTSD	F43.1
Dissociativa syndrom	F44
Psykisk utvecklingsstörning	F70-F79
Autism, Asperger	F84
Beteende och emotionella störningar med debut i barndomen	F90-98
Självskadebeteende	X60-X84, Y10-Y34
Sömnstörningar	G47, F51
<b>Kardiovaskulära sjukdomar och riskfaktorer</b>	
Diabetes	E10-15
Fetma	E66
Högt blodtryck	I10-13, I15
Hjärtinfarkt	I21, I22
Hjärtsvikt	I11.0, I50, I43, I42 (ej I421, I422)
Ischemisk hjärtsjukdom	I20-25
Hjärnblödning/stroke	I60-64, I69
<b>Infektionsdiagnoser</b>	
Kroniska infektiösa sjukdomar	B18, B20-24
Kronisk virushepatit B	B18.0, B18.1
Kronisk virushepatit C	B18.2
HIV	B20-24
Tuberkulos	A15-A19
Utredning misstänkt tuberkulos	R59.9, R76.1B
Latent tuberkulos, konstaterad	Z22.8A
ESBL - Resistens pga betalaktamaser med utvidgat spektrum	U822
Resistens mot betalaktamantibiotika	U82

MRSA	U821
<b>Cancersjukdomar</b>	
Cancer bröst	C50
Cancer leukemi	C81-96
Cancer rökrelaterad	C01-C06, C12-C16, C25, C32, C34, C64, C65, C67
<b>Övriga diagnoser</b>	
Allergi	D69.0, D72.1, D82.4, H10.1X, J30, K52.2, L20.8, L23, L50.0, L50.6
KOL	J44
Astma	J45-J46
Fetma	E66
Gastrointestinala symtom	K20-K31, R10-R19
Kronisk smärta och muskuloskeletal symtom	M00-M99, R25-R29, R52
Ryggvärk	M54
Urval smärtsyndrom	F48.0, F45.4, M79.1, M79.7, R52.1-2
Inflammatoriska tarmsjukdomar	K50-K52
Leversjukdomar	K70-71, K72.1-9, K73-74, K76, K80, K81.1
Recessivt ärftliga sjukdomar	E70-E85
Reumatiska systemsjukdomar	M05-09, M12, M79.0, M24.5-6, M30-36
Sicklecellssjukdomar	D57
Talassemi	D56
Demens	F00-03, G30-31
Njursvikt	N18-19
Recessivt ärftliga sjukdomar	E70-E85
Isolerad hyperkolesterolemi ex, genetiska	E78.0
<b>Förlossning</b>	
Förlösta kvinnor	O80-O84
Kejsarsnittsförlossning	O82
Kejsarsnittsförlossning av förlösta kvinnor	
<b>Multisjuk</b>	
	Multisjuk enl SoS: under en 12-månadersperiod varit inskrivna inom slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper/kapitel enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10
Multisjuk	
	Mest sjuka äldre enligt Socialstyrelsen: Omfattande sjukvård enl. SoS (minst en av följande: fler än 19 dagar i SV, fler än 3 inskrivningar i SV eller fler än 7 besök till specialistläk i öppenvård under ett år) eller Multisjuk enl. SoS: under en 12-månadersperiod varit inskrivna inom
Multisjuk och/eller omfattande vård	

	slutenvården tre gånger eller fler med diagnoser ur olika diagnosgrupper/kapitel enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10
--	--

# Bilaga 2 - OR-tabeller

## Vårdkonsumtion, diagnoser och tandvård

### Vårdkonsumtion barn 0-17 år. Tvärsnitt 2014.

Odds kvoter för barn med flyktingbakgrund (ensamkommande respektive ej ensamkommande) jämfört med övriga barn (1,0)

Grönmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant lägre. Rödmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant högre.

För barn ingår ej utbildning

Utfallsvariabel	Antal utfall	OR crude			åldersjusterat			ålders- och könsjusterat			justerat för ålder, kön, inkomst				
		Flyktingar	Övriga	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög
<b>VÅRDKONSUMTION</b>															
Primärvårdsbesök antal	Ensamkommande/Ej ensam	2 905	737 809	0,98	0,92	1,05	1,17	1,09	1,25	1,21	1,13	1,30	1,15	1,07	1,23
	Ej ensam	23 177		0,90	0,88	0,92	0,97	0,95	0,99	0,98	0,95	1,00	0,93	0,91	0,95
Primärvårdsbesök - läkare	Ensam	1 409	335 216	1,05	0,97	1,13	1,27	1,18	1,38	1,29	1,19	1,40	1,20	1,11	1,30
	Ej ensam	10 476		0,90	0,87	0,92	0,98	0,95	1,00	0,98	0,95	1,00	0,91	0,89	0,94
Primärvårdsbesök - övriga	Ensam	1 496	402 593	0,93	0,86	1,01	1,08	1,00	1,17	1,13	1,05	1,22	1,09	1,01	1,18
	Ej ensam	12 701		0,90	0,88	0,93	0,96	0,94	0,99	0,97	0,95	1,00	0,94	0,92	0,97
Specialiserad öppenvårdsbesök	Ensam	2 775	552 968	1,28	1,19	1,37	1,20	1,12	1,28	1,18	1,10	1,27	1,12	1,04	1,20
	Ej ensam	17 869		0,93	0,90	0,95	0,90	0,88	0,93	0,90	0,88	0,92	0,86	0,83	0,88
Specialiserad öppenvård - somatik	Ensam	2 006	415 570	1,12	1,05	1,21	1,23	1,14	1,32	1,21	1,12	1,30	1,17	1,09	1,26
	Ej ensam	16 349		1,04	1,01	1,06	1,08	1,05	1,10	1,07	1,05	1,10	1,05	1,02	1,07
Specialiserad öppenvård - psykiatri	Ensam	769	100 912	1,96	1,79	2,15	1,15	1,05	1,26	1,20	1,09	1,32	1,01	0,92	1,11
	Ej ensam	1 513		0,43	0,41	0,45	0,32	0,31	0,34	0,32	0,31	0,34	0,27	0,26	0,29
Akutmottagningsbesök antal	Ensam	296	75 543	0,98	0,86	1,12	1,08	0,95	1,23	1,06	0,93	1,21	1,00	0,88	1,14
	Ej ensam	2 148		0,81	0,78	0,85	0,85	0,81	0,89	0,85	0,81	0,89	0,80	0,76	0,84
Vårdtillfällen antal	Ensam	99	15 184	1,68	1,36	2,07	1,68	1,36	2,07	1,67	1,35	2,06	1,55	1,25	1,91
	Ej ensam	581		1,09	1,00	1,19	1,09	1,00	1,19	1,09	1,00	1,19	1,02	0,93	1,11
Vårdtillfällen - somatik	Ensam	87	14 274	1,58	1,26	1,97	1,69	1,35	2,11	1,67	1,34	2,09	1,57	1,25	1,96
	Ej ensam	565		1,13	1,04	1,24	1,17	1,07	1,28	1,17	1,07	1,28	1,10	1,01	1,20
Vårdtillfällen - psykiatri	Ensam	12	905	3,26	1,79	5,93	1,58	0,87	2,88	1,85	1,02	3,36	1,41	0,77	2,59
	Ej ensam	16		0,44	0,26	0,75	0,30	0,17	0,50	0,30	0,18	0,51	0,23	0,14	0,40
Skattade medelvärden (linjär regression)															
Vård dagar antal	Ensam	268		0,22	0,02	0,42	0,20	-0,01	0,40	0,20	0,00	0,40	0,20	-0,01	0,40
	Ej ensam	2 341		0,21	0,14	0,28	0,20	0,14	0,27	0,20	0,14	0,27	0,20	0,13	0,27
Vård dagar - somatik	Övriga		59 374	0,19	0,17	0,20	0,19	0,18	0,21	0,19	0,18	0,21	0,19	0,18	0,21
	Ensam	224	45 994												
Vård dagar - psykiatri	Ej ensam	2 198													
	Ensam	44	13 366												
	Ej ensam	143													

### Vårdkonsumtion vuxna 18-69 år. Tvärsnitt 2014.

Odds kvoter för invånare flyktingbakgrund jämfört med övriga invånare (1,0)

Grönmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant lägre. Rödmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant högre.

Utfallsvariabel	Antal utfall		OR crude			åldersjusterat			ålders- och könsjusterat			justerat för ålder, kön, utbildning, inkomst			
	Flyktingar	Övriga	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	
<b>VÅRDKONSUMTION</b>															
Primärvårdsbesök antal	133 637	3 218 049	1,17	1,15	1,18	1,31	1,30	1,33	1,35	1,33	1,36	1,26	1,25	1,28	
	67 566	1 281 859	1,48	1,46	1,50	1,59	1,57	1,61	1,62	1,60	1,64	1,45	1,43	1,47	
Primärvårdsbesök - läkare	66 071	1 936 190	0,96	0,95	0,97	1,12	1,10	1,13	1,15	1,13	1,16	1,11	1,10	1,13	
Primärvårdsbesök - övriga															
Specialiserad öppenvårdsbesök antal	76 194	2 148 727	1,00	0,98	1,01	1,06	1,05	1,08	1,07	1,06	1,09	0,82	0,81	0,83	
	62 741	1 632 102	1,08	1,07	1,10	1,24	1,23	1,26	1,26	1,24	1,27	1,14	1,13	1,16	
Specialiserad öppenvård - somatik	13 337	513 820	0,72	0,70	0,73	0,65	0,63	0,66	0,65	0,64	0,67	0,32	0,32	0,33	
Specialiserad öppenvård - psykiatri															
Akutmottagningsbesök antal	11 156	211 385	1,48	1,45	1,51	1,53	1,50	1,56	1,53	1,50	1,57	1,15	1,12	1,17	
Vårdtillfällen antal	4 812	117 813	1,15	1,11	1,19	1,27	1,23	1,31	1,28	1,24	1,32	0,90	0,87	0,93	
	4 490	103 032	1,23	1,19	1,27	1,39	1,34	1,43	1,40	1,36	1,45	1,05	1,06	1,13	
Vårdtillfällen - somatik	318	14 722	0,58	0,51	0,65	0,54	0,48	0,61	0,54	0,48	0,61	0,22	0,15	0,24	
Vårdtillfällen - psykiatri															
Skattade medelvärden (linjär regression)															
Vård dagar antal - flyktingar	23 555		0,62	0,54	0,69	0,68	0,61	0,76	0,68	0,61	0,76	0,45	0,35	0,51	
		637 698	0,58	0,56	0,59	0,56	0,55	0,58	0,56	0,55	0,58	0,68	0,64	0,71	
Vård dagar - övriga															
Vård dagar - somatik	14 047	401 328													
Vård dagar - psykiatri	9 497	235 331													

## Diagnoser barn 0-17 år. Tvärsnitt 2014.

Odds kvoter för barn med flyktingbakgrund (ensamkommande respektive ej ensamkommande) jämfört med övriga barn (1,0)

Grönmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant lägre. Rödmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant högre.

För barn ingår ej utbildning

Utfallsvariabel	Ensamkommande/ Ej ensam	Antal utfall		OR crude			åldersjusterat			ålders- och könsjusterat			justerat för ålder, kön, inkomst		
		Flyktingar	Övriga	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög
<b>DIAGNOSER</b>															
<b>Psykisk ohälsa</b>															
Beroendesjukdomar	Ensam	10	367	6,63	3,41	12,87	3,20	1,65	6,23	3,06	1,57	5,95	För få barn		
	Ej ensam	15	367	1,10	0,64	1,84	0,73	0,43	1,25	0,73	0,43	1,24			
Förstämningssyndrom inkl depressioner	Ensam	51	2 929	4,83	3,64	6,41	2,36	1,78	3,14	2,63	1,98	3,50	2,30	1,73	3,08
	Ej ensam	68	2 929	0,66	0,52	0,84	0,44	0,35	0,56	0,44	0,35	0,57	0,39	0,31	0,50
Depression	Ensam	49	2 727	4,98	3,73	6,65	2,43	1,82	3,24	2,72	2,03	3,64	2,39	1,78	3,21
	Ej ensam	62	2 727	0,65	0,50	0,84	0,43	0,34	0,56	0,43	0,34	0,56	0,39	0,30	0,50
Ångest	Ensam	38	4 901	1,89	1,34	2,65	0,98	0,70	1,39	1,11	0,79	1,56	1,03	0,73	1,46
	Ej ensam	93	4 901	0,54	0,44	0,66	0,38	0,31	0,46	0,38	0,31	0,46	0,35	0,29	0,44
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	Ensam	120	1 490	21,8	17,8	26,7	12,4	10,1	15,2	13,4	10,9	16,5	9,2	7,5	11,4
	Ej ensam	104	1 490	2,00	1,63	2,44	1,47	1,20	1,79	1,47	1,20	1,80	1,03	0,84	1,27
PTSD	Ensam	63	357	46,8	35,3	62,0	25,8	19,4	34,3	28,5	21,4	38,0	16,6	12,2	22,5
	Ej ensam	29	357	2,34	1,60	3,42	1,69	1,16	2,47	1,70	1,16	2,48	1,01	0,68	1,50
Sömnstörningar	Ensam	65	1 553	10,49	8,02	13,73	6,85	5,22	8,97	6,89	5,25	9,03	5,90	4,46	7,79
	Ej ensam	63	1 553	1,17	0,91	1,50	0,93	0,72	1,20	0,93	0,72	1,20	0,80	0,62	1,04
Psykisk utvecklingsstörning	Alla	95	1 486	1,66	1,35	2,05	1,44	1,17	1,77	1,46	0,98	2,19	1,27	1,02	1,59
Autism, asperger	Alla	54	3 651	0,38	0,29	0,50	0,31	0,24	0,41	0,30	0,23	0,40	0,27	0,21	0,36
Beteende och emotionella störningar m debut i barndome	Ensam	29	10 998	0,70	0,48	1,01	0,53	0,36	0,76	0,47	0,33	0,68	0,40	0,27	0,57
	Ej ensam	225	10 998	0,58	0,51	0,66	0,50	0,44	0,57	0,50	0,43	0,57	0,42	0,37	0,48
Självskadebeteende	Alla	26	537	1,25	0,84	1,86	1,16	0,78	1,72	1,15	0,77	1,71	1,13	0,75	1,70
<b>Infektioner</b>															
Kroniska infektiösa sjukdomar	Ensam	11	41	72,5	37,2	141,4	50,6	25,5	100,5	50,1	25,2	99,9	31,4	14,8	66,6
	Ej ensam	24	41	16,8	10,1	27,8	14,0	8,4	23,3	14,0	8,4	23,3	8,9	5,0	16,0
Kroniska infektiösa sjukdomar	Alla	35	41	22,1	14,1	34,8	17,9	11,3	28,3	17,8	11,3	28,3	11,3	6,6	19,4
Kronisk virushepatit B	Alla	26	30	22,5	13,3	38,0	16,8	9,8	28,6	16,8	9,9	28,6	8,7	4,8	15,8
Tuberkulos	Alla	33	11	85,6	42,2	173,6	74,4	36,2	153,0	73,8	35,9	151,9	40,1	17,0	94,8
Utredning misstänkt tuberkulos	Alla	56	604	2,41	1,83	3,17	2,61	1,98	3,45	2,60	1,97	3,43	2,56	1,90	3,45
Latent tuberkulos, konstaterad	Alla	94	15	154,5	89,4	267,1	116,5	67,1	202,5	115,9	66,7	201,5			
Resistens mot betalaktamantibi MRSA	Alla	26	181	3,72	2,47	5,61	4,89	3,23	7,41	4,89	3,22	7,41	3,85	2,45	6,03
	Alla	26	171	3,94	2,61	5,95	5,19	3,42	7,88	5,18	3,41	7,87	4,08	2,60	6,43
<b>Diabetes</b>															
Diabetes	Alla	14	1 249	0,29	0,17	0,49	0,23	0,13	0,39	0,23	0,13	0,39	0,25	0,15	0,43
<b>Övriga diagnoser</b>															
Allergi		233	9 730	0,60	0,53	0,69	0,59	0,52	0,68	0,59	0,52	0,67			
Allergi	Ensam	23	9 724	0,57	0,37	0,88	0,56	0,36	0,86	0,53	0,35	0,82	0,56	0,36	0,87
	Ej ensam	208	9 724	0,61	0,53	0,70	0,60	0,52	0,69	0,60	0,52	0,69	0,63	0,54	0,72
Astma	Ensam	18	15 030	0,31	0,19	0,49	0,36	0,23	0,58	0,35	0,22	0,55	0,36	0,22	0,57
	Ej ensam	170	15 030	0,31	0,27	0,37	0,34	0,29	0,39	0,34	0,29	0,39	0,34	0,30	0,40
Fetma	Ensam	12	3 217	1,00	0,57	1,77	0,78	0,44	1,38	0,78	0,44	1,39	0,51	0,29	0,90
	Ej ensam	168	3 217	1,50	1,29	1,76	1,33	1,14	1,56	1,33	1,14	1,56	0,88	0,75	1,03
Gastrointestinala symtom	Ensam	140	18 798	1,92	1,60	2,31	1,89	1,58	2,28	1,97	1,64	2,37	1,85	1,53	2,22
	Ej ensam	847	18 798	1,31	1,22	1,41	1,30	1,21	1,40	1,31	1,22	1,40	1,22	1,14	1,32
Kronisk smärta och muskuloskeltala symtom	Ensam	225	27 805	2,24	1,93	2,60	1,51	1,30	1,76	1,54	1,33	1,79	1,59	1,37	1,85
	Ej ensam	1 325	27 805	1,41	1,33	1,50	1,16	1,09	1,23	1,16	1,09	1,23	1,19	1,12	1,27
Ryggvärk	Ensam	42	2 948	3,82	2,79	5,23	2,13	1,56	2,92	2,28	1,67	3,13	2,21	1,60	3,04
	Ej ensam	185	2 948	1,80	1,55	2,09	1,32	1,13	1,53	1,32	1,13	1,53	1,28	1,09	1,50
Urval smärtsyndrom	Ensam	37	2 885	3,41	2,45	4,77	2,14	1,53	2,99	2,23	1,60	3,12	2,15	1,53	3,02
	Ej ensam	184	2 885	1,84	1,58	2,14	1,44	1,24	1,67	1,44	1,24	1,68	1,39	1,19	1,63
Inflammatoriska tarmsjukdomar	Alla	42	898	1,21	0,89	1,66	1,26	0,92	1,72	1,26	0,92	1,71	0,95	0,69	1,31
Recessivt ärftliga sjukdomar	Alla	40	832	1,21	0,88	1,67	1,13	0,82	1,56	1,13	0,82	1,56	0,93	0,66	1,29
Reumatiska systemsjukdomar	Alla	27	908	0,74	0,50	1,10	0,64	0,43	0,95	0,65	0,44	0,96	0,68	0,45	1,01
Talassemi	Alla	21	102	5,38	3,36	8,62	5,45	3,38	8,79	5,47	3,39	8,83			
<b>Multisjuk</b>															
Multisjuk	Alla	23	353	1,69	1,11	2,58	1,93	1,26	2,95	1,93	1,26	2,95	1,67	1,07	2,61
Multisjuk och/eller omfattande sjukvård	Ensam	99	16 738	1,53	1,24	1,89	1,28	1,03	1,58	1,26	1,02	1,55	1,11	0,90	1,38
	Ej ensam	523	16 738	0,89	0,81	0,97	0,82	0,75	0,89	0,81	0,74	0,89	0,72	0,66	0,79

## Diagnoser vuxna 18-69 år. Tvärsnitt 2014.

Odds kvoter för invånare flyktingbakgrund jämfört med övriga invånare (1,0)

Grönmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant lägre. Rödmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant högre.

Utfallsvariabel	Antal utfall		OR crude			åldersjusterat			ålders- och könsjusterat			justerat för ålder, kön, utbildning, inkomst		
	Flyktingar	Övriga	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög	OR	95% låg	95% hög
<b>Psykisk ohälsa</b>														
Beroendesjukdomar	522	19 391	0,75	0,69	0,82	0,89	0,81	0,97	0,88	0,80	0,96	0,43	0,39	0,47
Förekomst av psykosjukdom	219	5 478	1,13	0,99	1,30	1,30	1,14	1,50	1,29	1,13	1,48	0,46	0,40	0,53
<b>Förstämningssyndrom inkl depressioner</b>														
Bipolär sjukdom	58	5 625	0,28	0,21	0,36	0,28	0,22	0,37	0,29	0,22	0,37	0,17	0,13	0,22
Depression	1 878	48 983	1,08	1,03	1,13	1,09	1,04	1,15	1,12	1,07	1,17	0,81	0,77	0,85
Kroniska förstämningssyndrom	43	1 298	0,93	0,69	1,26	0,93	0,68	1,26	0,94	0,69	1,27	0,54	0,40	0,74
Ångest	1 795	55 799	0,90	0,86	0,94	0,85	0,81	0,89	0,87	0,83	0,91	0,57	0,54	0,60
Anpassningsstörn o reaktion på svår stress	1 860	38 840	1,36	1,30	1,43	1,34	1,28	1,41	1,39	1,33	1,46	1,29	1,23	1,36
PTSD	953	3 820	7,15	6,66	7,69	7,16	6,65	7,70	7,29	6,78	7,85	3,39	3,13	3,66
Dissociativa syndrom	29	368	2,15	1,46	3,16	1,95	1,33	2,88	2,02	1,37	2,98	0,96	0,65	1,43
<b>Sömnstörningar</b>														
Sömnstörningar	1 584	41 712	1,07	1,02	1,13	1,37	1,30	1,45	1,39	1,32	1,46	1,07	1,02	1,13
<b>Personlighetsstörningar</b>														
Personlighetsstörningar	51	3 757	0,38	0,29	0,51	0,31	0,24	0,41	0,32	0,24	0,42	0,13	0,10	0,17
Psykisk utvecklingsstörning	81	2 848	0,77	0,62	0,97	0,66	0,52	0,82	0,66	0,52	0,82	0,17	0,14	0,22
<b>Autism, asperger</b>														
Autism, asperger	23	3 440	0,19	0,13	0,29	0,14	0,09	0,21	0,14	0,09	0,21	0,05	0,03	0,08
<b>Beteende och emotionella störningar m debut i barndomen</b>														
Beteende och emotionella störningar m debut i barndomen	93	9 779	0,26	0,21	0,32	0,20	0,16	0,24	0,20	0,16	0,24	0,08	0,07	0,10
<b>Självskadabeteende</b>														
Självskadabeteende	45	1 255	1,01	0,75	1,36	0,95	0,71	1,28	0,94	0,70	1,27	0,75	0,55	1,02
<b>Kardiovaskulära sjukdomar och riskfaktorer</b>														
Diabetes	1 739	40 331	1,23	1,17	1,29	2,13	2,02	2,24	2,10	2,00	2,21	1,52	1,44	1,61
Fetma	1 404	25 682	1,56	1,48	1,65	2,08	1,97	2,20	2,11	1,99	2,23	1,45	1,37	1,54
Högt blodtryck	2 089	95 083	0,60	0,57	0,62	1,26	1,20	1,32	1,25	1,19	1,31	1,15	1,10	1,21
Hjärtinfarkt	55	1 694	0,92	0,70	1,20	1,85	1,41	2,43	1,79	1,36	2,34	1,36	1,03	1,79
Hjärtsvikt	93	4 959	0,53	0,43	0,65	1,03	0,84	1,27	1,00	0,82	1,23	0,66	0,53	0,81
Ischemisk hjärtsjukdom	445	13 954	0,90	0,82	0,99	2,03	1,84	2,23	1,97	1,78	2,17	1,48	1,34	1,64
Hjärnblödning/stroke	124	6 114	0,57	0,48	0,68	1,10	0,92	1,32	1,09	0,91	1,30	0,73	0,61	0,87
<b>Infektionsdiagnoser</b>														
Kroniska infektiösa sjukdomar	413	3 668	3,28	2,96	3,63	3,78	3,41	4,20	3,74	3,37	4,15	1,49	1,34	1,67
Kronisk virushepatit B	264	793	9,43	8,19	10,85	9,34	8,10	10,78	9,35	8,10	10,78	4,04	3,45	4,72
Kronisk virushepatit C	69	2 402	0,83	0,65	1,06	1,06	0,83	1,35	1,04	0,82	1,33	0,38	0,29	0,48
HIV	92	597	4,36	3,50	5,44	4,65	3,72	5,81	4,58	3,67	5,73	2,56	2,01	3,25
Tuberkulos	95	133	20,25	15,55	26,36	14,16	24,34	25,24	18,48	14,09	24,23	7,66	5,68	10,35
Utredning misstänkt tuberkulos	103	976	2,99	2,44	3,66	2,75	2,24	3,37	2,82	2,30	3,46	2,75	2,20	3,43
Latent tuberkulos, konstaterad	168	156	30,36	24,41	37,76	25,24	20,21	31,53	26,27	21,03	32,82	10,82	8,40	13,92
ESBL - Resistens pga betalaktamaser medut	26	105	6,95	4,53	10,68	6,97	4,50	10,81	7,21	4,65	11,17	3,51	2,18	5,66
Resistens mot betalaktamantibiotika	94	467	5,67	4,54	7,08	5,39	4,30	6,74	5,51	4,40	6,90	3,45	2,70	4,42
MRSA	68	362	5,29	4,09	6,86	4,94	3,80	6,43	5,04	3,88	6,55	3,44	2,58	4,58
<b>Cancersjukdomar</b>														
Cancer bröst	56	3 029	0,56	0,43	0,74	0,95	0,73	1,24	NA	NA	NA	0,97	0,74	1,28
Cancer leukemi	41	2 371	0,49	0,36	0,66	0,76	0,56	1,04	0,75	0,55	1,03	0,76	0,55	1,04
Cancer rökrelaterad	40	2 758	0,41	0,30	0,56	0,85	0,62	1,17	0,84	0,62	1,15	0,70	0,51	0,97
<b>Övriga diagnoser</b>														
Allergi	838	16 104	1,47	1,37	1,58	1,41	1,32	1,52	1,43	1,33	1,54	1,43	1,33	1,54
KOL	175	8 539	0,57	0,49	0,67	1,29	1,11	1,50	1,31	1,12	1,52	0,73	0,62	0,85
Astma	641	27 129	0,66	0,61	0,71	0,74	0,68	0,80	0,75	0,69	0,81	0,70	0,64	0,75
Gastrointestinala symtom	5 395	71 554	2,31	2,24	2,38	2,47	2,40	2,55	2,56	2,49	2,64	2,08	2,02	2,15
Kronisk smärta och muskuloskeletala symto	11 414	232 566	1,55	1,51	1,58	1,90	1,85	1,94	1,94	1,90	1,99	1,78	1,74	1,82
Ryggvärk	4 725	62 662	2,28	2,21	2,36	2,57	2,49	2,66	2,63	2,54	2,71	2,21	2,13	2,28
Urval smärtsyndrom	3 413	41 650	2,44	2,35	2,53	2,73	2,63	2,83	2,84	2,73	2,94	2,21	2,13	2,30
Inflammatoriska tarmsjukdomar	183	8 569	0,60	0,52	0,69	0,65	0,56	0,76	0,66	0,57	0,76	0,69	0,59	0,80
Leversjukdomar	249	5 274	1,34	1,18	1,52	1,68	1,48	1,91	1,71	1,51	1,95	1,27	1,11	1,45
Recessivt ärftliga sjukdomar	1 205	43 946	0,77	0,72	0,81	1,58	1,49	1,68	1,57	1,47	1,66	1,41	1,32	1,50
Reumatiska systemsjukdomar	286	13 007	0,62	0,55	0,69	0,87	0,77	0,97	0,90	0,80	1,01	0,79	0,70	0,89
Sicklecellsjukdomar	5	29	4,84	1,87	12,50	4,26	1,63	11,10	4,30	1,65	11,22	3,57	1,26	10,11
Talassemi	77	247	8,77	6,79	11,32	8,66	6,67	11,24	8,97	6,91	11,65	5,81	4,34	7,79
Demens	15	1 059	0,40	0,24	0,67	0,88	0,53	1,47	0,88	0,53	1,46	0,44	0,26	0,73
Njursvikt	111	3 105	1,01	0,83	1,22	1,69	1,39	2,04	1,65	1,36	1,99	1,10	0,90	1,33
Recessivt ärftliga sjukdomar	1 205	43 946	0,77	0,72	0,81	1,58	1,49	1,68	1,57	1,47	1,66	1,41	1,32	1,50
Isolerad hyperkolesterolemi ex, genetiska	118	6 303	0,53	0,44	0,63	1,02	0,85	1,23	1,02	0,84	1,22	1,07	0,89	1,29
<b>Förlossning</b>														
Förlösta kvinnor	1 357	15 827	2,75	2,59	2,91	1,97	1,86	2,09	NA	NA	NA	2,42	2,27	2,58
Kejsarsnittsförlossning	231	2 422	2,93	2,56	3,36	2,16	1,88	2,47	NA	NA	NA	2,68	2,31	3,10
Kejsarsnittsförlossning av förlösta kvinnor	231	2 422	1,14	0,98	1,32	1,20	1,04	1,40	NA	NA	NA	1,24	1,05	1,47
<b>Multisjuk</b>														
Multisjuk	101	3 745	0,77	0,63	0,93	1,09	0,89	1,33	1,09	0,89	1,33	0,58	0,47	0,71
Multisjuk och/eller omfattande vård	2 324	66 027	0,99	0,95	1,03	1,09	1,05	1,14	1,11	1,06	1,16	0,77	0,73	0,80

### Tandvård barn 0-17 år, unga vuxna 18-29 år. Tvärsnitt 2014.

Odds kvoter för barn med flyktingbakgrund (ensamkommande respektive ej ensamkommande) jämfört med övriga barn (1,0)

Grönmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant lägre. Rödmarkerat värde = Flyktingbakgrund statistiskt signifikant högre. För barn ingår ej utbildning

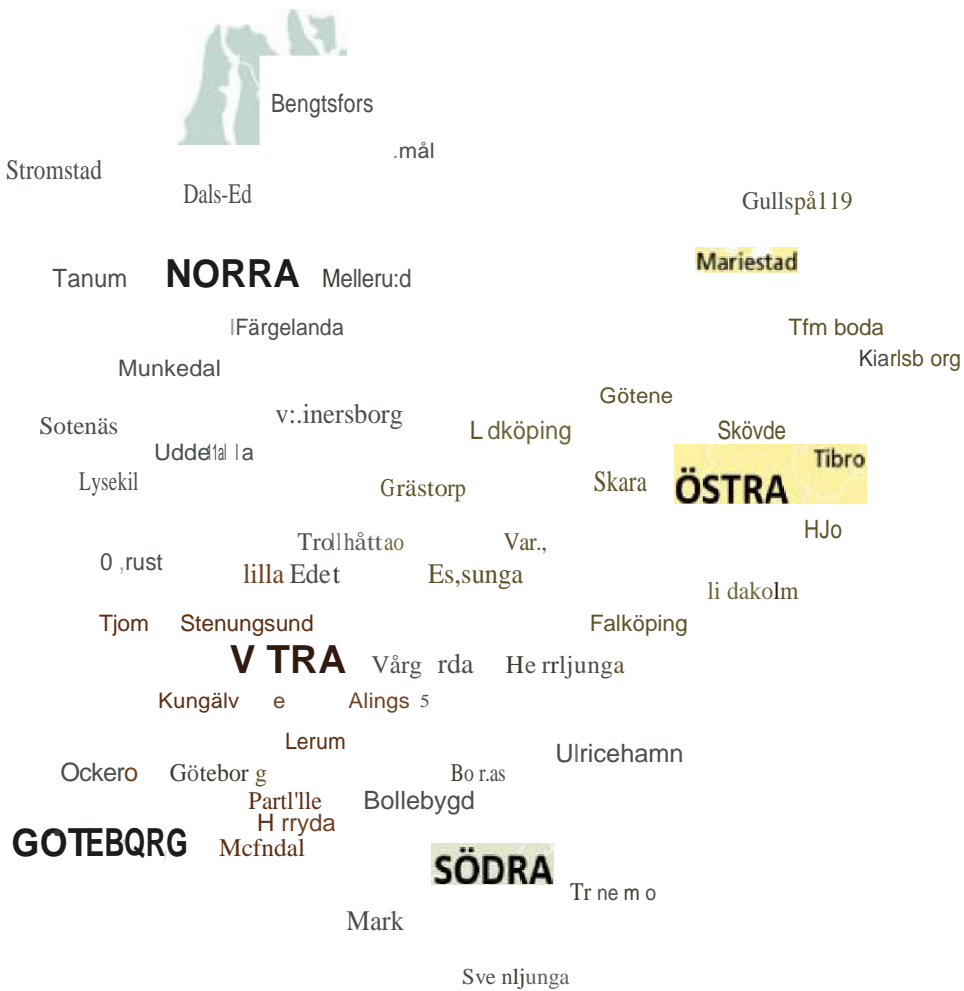
Utfallsvariabel	Ensamkommande/ Ej ensam	Antal utfall		OR crude (95% CI)			åldersjusterat (95% CI)			ålders - och könsjusterat (95% CI)			justerat för ålder, kön, inkomst (95% CI)		
		Flyktingar	Övriga	OR	låg	hög	OR	låg	hög	OR	låg	hög	OR	låg	hög
<b>TANDHÄLSA</b>															
Manifest karies (18-29 år)	Alla	2 902	28 264	3,3	3,2	3,4	3,2	3,1	3,3	3,2	3,1	3,3	2,0	2,0	2,1
Extraktioner (18-29 år)	Alla	1 820	17 594	2,0	1,9	2,2	2,1	2,0	2,2	2,1	2,0	2,2	1,7	1,6	1,8
Manifest karies( 0-17 år)	Ensam	401	34 052	3,6	3,2	4,1	3,5	3,1	4,0	3,5	3,1	4,0	2,0	1,8	2,3
	Ej ensam	3 701	34 052	3,9	3,7	4,1	3,9	3,7	4,0	3,9	3,7	4,0	2,3	2,2	2,4
Extraktioner ( 0-17 år)	Ensam	84	11 010	1,8	1,4	2,2	1,7	1,4	2,2	1,7	1,4	2,2	1,3	1,1	1,7
	Ej ensam	962	11 010	2,3	2,2	2,5	2,3	2,2	2,5	2,3	2,2	2,5	1,8	1,7	1,9

## Bilaga 3 – Utveckling över tid

### Vårdkonsumtion, diagnoser och tandvård - utveckling över tid

[Länk till bilaga 3](#)





VÄSTRA GÖTALANDSREGIONENS  
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNAMNDER  
UPPDELADE I KOMMUNER



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN