



Folkhälsomyndigheten

Nulägesbeskrivning- rapport om romers
rättigheter och förutsättningar för hälsa
i pilotkommuner.



Innehåll

Innehåll	3
Förord	5
Sammanfattning	6
Inledning	10
Syfte	11
Frågeställningar	11
Myndigheternas nationella uppdrag inom respektive sakområde	12
Folkhälsomyndighetens uppdrag	13
Pågående och avslutade uppdrag som berör romska frågor	14
Specifikation av Folkhälsomyndighetens process i nulägesbeskrivningen	15
Metod, källor och avgränsning	16
Rättighets- och diskrimineringsperspektiv	16
Frågeställningar om hälsa	16
Datainsamling	16
Avgränsning	18
Bakgrund	18
Romers hälsosituation	19
Referensramar för nulägesbeskrivningen	20
Urval av styrdokument med koppling till nulägesbeskrivningen	20
Mänskliga rättigheter, nationellt samt i FN och EU	21
Mänskliga rättigheter på den lokala nivån	22
De nationella minoriteternas lagstadgade rättigheter	24
Folkhälsa uttryckt i strategin för romsk inkludering	24
Propositioner och skrivelser på folkhälsoområdet	26
Hälso- och sjukvårdslagen	27
De elva folkhälsomålen och strategin för romsk inkludering	29
Resultat	35
Sammanställning av intervjuer med romer	35
Sammanställning av intervjuer med tjänstemän i kommuner och landsting	38
Diskussion	44
Inledning	44
Nuläget utifrån rättighetsperspektivet	45
Slutsatser och förslag utifrån rättighetsperspektivet	48
Nulägesbeskrivningen utifrån hälsoperspektivet	50
Slutsatser och förslag ur hälsoperspektivet	55
Referenslista	63

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

Förord

Folkhälsomyndigheten bildades den 1 januari 2014 när Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut samt delar av Socialstyrelsen som arbetat inom folkhälsoområdet slogs samman. Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor. Myndigheten ska verka för god folkhälsa, genom att utvärdera effekterna av metoder och strategier inom folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen samt faktorer som påverkar detta. Folkhälsomyndigheten ska genom kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa samt förebygga sjukdomar och skador. Särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa.

Myndigheten ska särskilt analysera utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer samt hur dessa fördelas efter kön, etnisk och/eller kulturell bakgrund, socioekonomisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsnedsättning samt ålder. Till myndighetens uppgifter hör att årligen lämna en rapport om folkhälsan och dess bestämningsfaktorer.

Länsstyrelsen i Stockholm har regeringens uppdrag att genomföra en nulägesbeskrivning i de fem pilotkommunerna Göteborg, Helsingborg, Linköping, Luleå samt Malmö, utifrån regeringens strategi för romsk inkludering.

Nulägesredovisningen ska överlämnas till regeringen senast den 1 december 2014. Den huvudsakliga målgruppen är regering, riksdag och tjänstemän på nationell nivå, men rapporten är också av intresse för politiker och tjänstemän på regional och lokal nivå samt andra som arbetar med folkhälsofrågor.

Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Boverket har haft uppgiften att för sina respektive områden bidra med beskrivningar av situationen. Myndigheterna ska även ge förslag på förbättringsåtgärder inklusive hur uppföljning av åtgärderna ska kunna genomföras framöver. Denna rapport är Folkhälsomyndighetens underlag till Länsstyrelsens slutrapport.

Arbetet har genomförts av Marlen Ljusberg (projektledare), och Karin Junehag Källman och Magnus Wimmercranz (utredare). Ansvariga chefer har varit enhetschef Saman Rashid och avdelningschef Anders Tegnell. I förarbetet medverkade även utredare Isis Marie Aimée Nyampame. En arbetsgrupp bestående av romska sakkunniga och berörda myndigheter har även bidragit till arbetet.

Folkhälsomyndigheten, september 2014

Sammanfattning

Länsstyrelsen i Stockholm har regeringens uppdrag att utifrån regeringens strategi för romsk inkludering genomföra en nulägesbeskrivning i de fem pilotkommunerna Göteborg, Helsingborg, Linköping, Luleå samt Malmö. Nulägesredovisningen ska överlämnas till regeringen senast den 1 december 2014. Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Boverket har haft uppgiften att för sina respektive områden bidra med beskrivningar av situationen. Myndigheterna ska också ge förslag på förbättringsåtgärder inklusive hur fortsatt uppföljning ska kunna genomföras.

I enlighet med regeringens direktiv har utgångspunkter för Folkhälsomyndigheten varit romernas rättighetsperspektiv samt det övergripande folkhälsomålet om samhälleliga förutsättningar för hälsa på lika villkor samt bestämningsfaktorerna för hälsa. Fokus har varit på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder i kommuner och landsting.

Den metod som har använts är kvalitativ insamling av data via intervjuer av romer samt tjänstemän från pilotkommunerna och motsvarande tjänstemän från landstingen. Antalet informanter är i absoluta termer förhållandevis få. En viss försiktighet bör därför råda när gäller att dra långtgående slutsatser utifrån resultatet. Samtidigt bedömer vi att de uppfattningar som de intervjuade förmedlat är så pass samstämmiga att resultatet ändå ger en god bild av nuläget.

Utgångspunkt för Folkhälsomyndigheten är hälsa (inte primärt sjukdom) och ett fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Inom ramen för uppdraget har vi inventerat hur frågor om romers hälsa och rättigheter berörs i olika styrdokument, dock utan anspråk på att resultatet är heltäckande.

Intervjusvaren visade att romer förknippade god hälsa och att må bra med faktorer som att ha arbete och inkomst medan fattigdom, utanförskap och bristande tillit ger stress och ohälsa. Att ha vänner ansågs vara viktigt liksom att känna sig inkluderad och kunna vara med och bidra i samhället. Att tro på att det ska bli bättre i framtiden betonades som betydelsefullt. Flera av romerna angav att en god hälsa även hör samman med att inte röka, dricka måttligt, äta bra, träna och att inte stressa.

Romerna samt tjänstemännen i kommuner och landsting gav en till stor del samstämmig bild av vilka åtgärder och insatser som behöver vidtas säkra romers tillgång till sina rättigheter samt skapa bättre förutsättningar för romer att uppnå bästa möjliga hälsa. Av intervjuresultaten framgår att det förekommer att romer upplever dåligt bemötande och diskriminering vid kontakter med hälso- och sjukvården. Dock förmedlade många av de intervjuade romerna att de kände sig relativt trygga med den vård man hade fått. Samtidigt förmedlade en del av de intervjuade romerna uppfattningen att romer generellt nog inte känner sig lika trygga med vården. Vad denna skillnad skulle kunna bero på behöver dock analyseras vidare.

De intervjuade romerna samt tjänstemännen ansåg att det är mycket angeläget med åtgärder som kan bidra till att romers tillit till myndigheter och civilsamhälle ökar.

Kunskaperna om vilka rättigheter som romer har, liksom de specifika behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande som de romska grupperna kan ha, behöver öka enligt såväl de intervjuade romerna som tjänstemännen. Intervjuerna pekade på att det finns behov av åtgärder för att exempelvis förbättra bemötandet inom hälso- och sjukvården, tillhandahålla riktad hälsoinformation samt för att erbjuda stöd till de som vill etablera och behålla mer hälsofrämjande levnadsvanor.

Resultaten visar på att få romer deltar i det allmänna föreningslivet och civilsamhället. Det som efterfrågades var sociala mötesplatser och möjligheter att delta i olika typer av aktiviteter, inte minst riktade till romska kvinnor. Det ansågs även vara betydelsefullt att insatserna utformas så att de ger förutsättningar för romer att behålla och utveckla sin kultur.

Andra myndigheter i denna nulägesbeskrivning har det primära ansvaret att beskriva områdena utbildning och arbete och vi frågade därför inte specifikt omkring dessa områden. Under våra intervjuer betonade dock såväl romer som tjänstemän att åtgärder inom utbildnings- och arbetsmarknadsområdena är mycket angelägna. Framförallt de kommunala tjänstemännen pekade på behovet av insatser inom de så kallade strukturella folkhälsopolitiska målområdena, dvs där samhället har en särskilt stor betydelse i att skapa förutsättningar för hälsa.

För att kunna utforma specifika insatser samt anpassa generella insatser behövs enligt tjänstemännen ökad kunskap om den romska kulturen och om de specifika behov som gruppen romer kan ha. Tjänstemännen menade att nationella myndigheter har en viktig roll att bidra med kunskaper men även att ge stöd när det gäller metodutveckling inom ovanstående fält.

Många av romerna hade erfarenheter av att bli utsatta för diskriminering och mobbning i skolan och menade att skol- och elevhälsan borde vara mer aktiva när gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser i skolan. Även tjänstemännen underströk att det behövs fler och mer kraftfulla insatser för att ge romska barn och ungdomar bättre förutsättningar att klara skolan. Skolverket har uppdrag kring att arbeta vidare med denna fråga.

Av våra resultat framgår att det i pilotkommunerna och landstingen, inte förekommer särskilda policies och handlingsplaner som behandlar romers rättigheter och förutsättningarna för hälsa.

Folkhälsomyndighetens övergripande bild av situationen är att det råder en stor överensstämmelse omkring uppfattningen att det behövs kraftfulla åtgärder för att förbättra romernas tillgång till rättigheter och olika hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det finns också en hel del tankar, både hos romer och tjänstemän i kommuner och i landsting, om vad som behöver göras. Det stora utvecklingsbehovet handlar om hur arbetet ska genomföras för att nå framgång.

Folkhälsomyndighetens bedömning är att det finns mycket att vinna på att utvecklingsarbetet sker i samspel mellan lokal, regional och nationell nivå och med romer representerade på alla nivåer. Berörda nationella myndigheter behöver, inom

sina områden, i högre utsträckning bli engagerade i kunskaps- och metodutveckling som stödjer kommunernas och landstingens arbete.

Folkhälsomyndigheten beskriver i denna underlagsrapport på ett antal åtgärder som skulle kunna vidtas för att förbättra romernas tillgång till sina rättigheter och förbättra förutsättningarna för deras hälsa. Vi anser att det behövs mer kunskap inom kommuner och landsting, om nationella minoriteters rättigheter och andra mångfaldsfrågor inklusive romsk kultur. Romers kunskap behöver öka om de rättigheter de har men även om hur hälso- och sjukvårdssystemen fungerar. Några möjliga åtgärder för dessa behov är att ge information och utbildning riktad till personal i landsting och kommuner respektive romer samt att använda funktioner som exempelvis brobyggare för att möjliggöra ömsesidigt lärande.

Myndighetens bedömning är att rätt utformad och distribuerad hälsoinformation till romer, tillsammans med hälsocoaching till de som så önskar, kan bidra till att etablera hälsofrämjande levnadsvanor. Vidare bedömer vi att behovet av tolktjänster inom hälso- och sjukvården behöver utredas. Samtidigt skulle möjligheten att organisera en nationell tolktjänst via telefon kunna undersökas. Vår bild av funktionen med brobyggare är att verksamheten fyller en viktig funktion. Inte minst för att bidra till att minska det ömsesidiga förtroendegapet mellan romer och kommunala och landstingens verksamhetspersonal och tjänstemän.

Folkhälsomyndigheten anser att det finns behov av nationellt kunskaps- och metodstöd. Det kan gälla befolkningsinriktat arbete, anpassning av generella åtgärder samt former för samråd och informationsutbyte mellan romer och andra myndigheter. En annan insats som skulle kunna övervägas är utformning av ett nationellt finansierat stöd till föreningar eller offentliga aktörer för att arrangera inkluderande och meningsfulla aktiviteter och sociala mötesplatser med syftet att öka förutsättningarna för romers deltagande i samhället.

Även om områden utbildning och arbete inte primärt har varit vår uppgift att beskriva så vill vi, utifrån sambandet mellan dessa områden och hälsoutfall, ändå betona betydelsen av åtgärder som syftar till att förbättra den rådande situationen för romer inom utbildning och arbete.

När gäller uppdraget att föreslå former för fortsatt uppföljning ser vi att det, i enlighet med regeringens önskemål, finns vissa möjligheter att utgå från det befintliga nationella uppföljningssystemet med bestämningsfaktorer. Dock med en begränsning när det gäller att kunna analysera data utifrån etnicitet. Av detta och andra skäl föreslår vi, i enlighet med regeringens direktiv, att fokus för uppföljningen även fortsättningsvis ska ligga på indikatorer som följer upp *samhälleliga* insatser och inte hälsoutfall.

Indikatorer för samhälleliga insatserna kan lämpligen vara processindikatorer eller strukturella indikatorer. Processindikatorer redovisar om det finns handlingsplaner eller åtgärder som syftar till att skapa bättre förutsättningar för romers hälsa och tillgång till rättigheter.

Åtgärder som vi har identifierat som betydelsefulla på hälsoområdet är exempelvis om det erbjuds mötesplatser och sociala aktiviteter riktade till och utformade

utifrån romska behov, om det finns hälsoinformation riktade till romer eller andra hälsofrämjande eller andra förebyggande åtgärder utifrån behov hos romer som grupp. Strukturella indikatorer visar på om det finns strukturer som stödjer processerna, exempelvis om det hos kommunen eller landstingets finns policys för arbetet med de romska frågorna eller om det finns former för samråd med romer.

Folkhälsomyndigheten pekar i rapporten på ovanstående och andra åtgärder som skulle kunna förbättra möjligheterna för romer att få sina rättigheter tillgodosedda samt öka romers förutsättningar att uppnå en god hälsa. Vi ser ett behov av att i en särskild process med berörda aktörer, diskutera och prioritera vilka uppföljningsområden som framtida uppföljning bör omfatta.

När det gäller metoder för att samla in data om förutsättningar för romers hälsa och tillgång till rättigheter ser Folkhälsomyndigheten att ett tänkbart sätt vore att samordna datainsamlingen med den enkät som Länsstyrelsen i Stockholm genomför riktad till kommuner och landsting. Den enkäten genomförs årligen som en del i uppföljningen av den nationella minoritetslagstiftningen i stort. Vi föreslår att det utreds om Länsstyrelsens enkät skulle kunna fylla en funktion även när det gäller att följa upp förutsättningarna för hälsa. I en sådan utredning behöver ingå att föreslå former för hur berörda myndigheter och företrädare för romer i en gemensam process ska kunna analysera och diskutera resultaten.

Inledning

Regeringen har formulerat behovet av samt syftet med kontinuerlig uppföljning av en samordnad och långsiktig strategi för romsk inkludering 2012-2032(2) ”För att få styrande effekt bör utvecklingen i förhållande till målen regelbundet följas upp och analyseras. Återkommande beskrivningar av romers tillgång till sina rättigheter inom olika verksamhetsområden kan ge en indikation om tillräckliga och rätt insatser genomförs. Dessutom kan sådan kontinuerlig uppföljning som pekar på såväl brister som förbättringar bidra till att driva på utvecklingen.” (s.18).

Länsstyrelsen i Stockholms län har i uppdrag att i samverkan med Boverket, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt tillsammans med romska sakkunniga, göra en nulägesbeskrivning av situationen för romer i de fem pilotkommunerna för romsk inkludering; Göteborg, Linköping, Luleå; Helsingborg samt Malmö.

Länsstyrelsen i Stockholms län ska leda och samordna arbetet samt till regeringen lämna förslag på hur likartade och jämförbara nulägesbeskrivningar regelbundet kan genomföras under den period som strategin sträcker sig. Länsstyrelsen ansvarar för att i december 2014 lämna en redovisning av uppdraget till Regeringskansliet.

I enlighet med uppdragets formulering ska Boverket, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten inom sina respektive ansvarsområden föreslå indikatorer samt frågeställningar i syfte att beskriva romska kvinnors och mäns situation i kommunerna i förhållande till de i strategin angivna verksamhetsspecifika målen avseende utbildning, bostad, hälsa, samt social omsorg och trygghet.

Nulägesbeskrivningen ska även ge regeringen, myndigheter, kommuner och allmänheten en samlad bild av de hinder och möjligheter som finns för att romer ska få tillgång till sina rättigheter i pilotkommunerna.

Nulägesbeskrivningens inriktning och syfte har diskuterats ingående i den arbetsgrupp som bildats med myndigheter samt romska sakkunniga. Den samordnande och långsiktiga strategin har sin utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna, med särskild betoning på icke-diskriminering vilket även är nulägesbeskrivningens inriktning. Arbetsgruppen har enats om att nulägesbeskrivningen ska belysa hur myndigheter samt andra relevanta aktörer i pilotkommunerna beaktar romers rättigheter och hur de arbetar för att romer ska få tillgång till dessa när det gäller arbete, utbildning, bostad, hälsa samt social omsorg och trygghet. I beskrivningen ingår vilka hinder och möjligheter som finns för att romer ska få tillgång till sina rättigheter. Frågor omkring bemötande, diskriminering, antiziganism, delaktighet och inflytande belyses särskilt. I regeringsuppdragets formulering framhålls att romska mäns och kvinnors situation ska redovisas.

Nulägesbeskrivningen ska enligt uppdraget genomföras med kvalitativ metod, såsom intervjuer. De medverkande myndigheterna ansvarar för att genomföra intervjuundersökningarna inom sina respektive områden, samt sammanställa dessa i en rapport till Länsstyrelsen. Beskrivningen ska belysa utvecklingsbehoven hos

olika myndigheter samt i andra verksamheter. Myndigheternas rapporter ska, i den mån det är möjligt, även innehålla slutsatser om behov av åtgärder inom respektive ansvarsområde. Åtgärdsförslagen avser att leda till förbättringar av romers förutsättningar när gäller arbete, utbildning, bostad, hälsa samt social omsorg och trygghet. Rapporterna ska också innehålla förslag på hur området kan belysas i upprepade beskrivningar. Myndigheterna ska bistå Länsstyrelsen vid redovisning av uppdraget i de delar som avser respektive verksamhetsområde.

Syfte

Syftet med nulägesbeskrivningen är att ge regeringen, myndigheter, kommuner samt allmänheten en samlad bild av de hinder och möjligheter som finns för att romer ska få tillgång till sina rättigheter i pilotkommunerna. Nulägesbeskrivningen ska ta fram kunskap om, analysera och belysa situationen utifrån både romernas och tjänstemännens uppfattningar samt erfarenheter.

Arbetsgruppens ambition är att nulägesbeskrivningen ska ges en större betydelse och funktion än att endast vara en uppföljning för regeringen och myndigheterna. Genom att romer på olika nivåer är delaktiga i processen kan nulägesbeskrivningen ses som ett redskap för den romska gruppen, att själva driva sina egna frågor.

Frågeställningar

Länsstyrelsen i Stockholms län har formulerat de övergripande frågeställningarna i nulägesbeskrivningarna. Frågeställningarna är riktade till romer och myndigheter:

- Hur uppfattar romer och tjänstemän i pilotkommunerna i nuläget situationen för romer när det gäller att få tillgång till rättigheterna avseende ”utbildning, arbete, boende, hälsa, social omsorg och trygghet”? (Vilka specifika behov uppfattar romer och tjänstemän att romer har när det gäller möjligheten att tillgodogöra sig sina rättigheter?)
- Vilka hinder och möjligheter uppfattar romer och tjänstemän i pilotkommunerna att det finns för att romer ska få tillgång till sina rättigheter?
- Vilka insatser genomför myndigheterna i dag för att säkerställa att romer får tillgång till sina rättigheter (till exempel vilka resurser, former för dialog finns)? Vilka erfarenheter har man av dessa insatser, och vilket utvecklingsbehov uppfattar myndigheterna när det gäller dessa insatser?
- Vilka åtgärder/insatser uppfattar romer och tjänstemän skulle främja romers tillgång till sina rättigheter?
- Hur uppfattar romer och tjänstemän myndigheternas bemötande av romer?

- Vilken kunskap finns hos myndigheternas personal om romer och romers livssituation?

Utifrån dessa frågeställningar har Folkhälsomyndigheten formulerat de frågor som har använts vid de intervjuer vi genomfört med romer och tjänstemän vid pilotkommuner och landsting.

Myndigheternas nationella uppdrag inom respektive sakområde

De i nulägesbeskrivningen medverkande myndigheternas uppdrag är att inom respektive sakområde vidareutveckla de beskrivna frågeställningarna samt koppla dem till målen som regeringen föreskriver i den långsiktiga strategin. Målen bygger på redan existerande, av riksdagen fastställda mål för olika verksamhetsområden. Den övergripande målsättningen för strategin är att den rom som år 2032 fyller 20, ska ha likvärdiga möjligheter i livet som den som är icke-rom. Regeringens uttalade ambition är att strategin med innehållande mål ska integreras i de ordinarie verksamhetsstrukturerna.

Hälsa - Folkhälsomyndigheten

Regeringen anger i strategin för romsk inkludering, att inom folkhälsoområdet ska det av riksdagen fastställda målet ”att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” för folkhälsoarbetet gälla. Det gäller befolkningen i stort och innefattar därigenom också romer”(2).

Folkhälsomyndighetens delrapport ska belysa hur myndigheter (pilotkommuner och landsting) beaktar romers rättigheter och hur de arbetar för att romer ska få tillgång till sina rättigheter när det gäller hälsa. Nulägesbeskrivningen ska utgå från bestämningsfaktorerna för hälsan, dvs. de faktorer i människors levnadsvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor som har störst betydelse för folkhälsan.

Beskrivningen bör också ligga till grund för myndighetens tankar om hur en regelbunden uppföljning av utvecklingen på nationell nivå fram till 2032 kan se ut(2).

Enligt regeringen ska delrapporten, vid behov, belysa hur de övriga områdena; arbete, utbildning, bostad samt social omsorg och trygghet har betydelse för hälsa. Av uppdraget följer att fokus ska ligga på faktorer som är samhällseliga förutsättningar för hälsa.

En genomgång ska göras av de elva målområdena, inom vilka bestämningsfaktorerna är sorterade, för att undersöka de beröringspunkter som finns till bestämningsfaktorerna som Folkhälsomyndigheten följer upp i sitt ordinarie arbete(3). En genomgång ska göras omkring det sätt styrdokumenten på rättighetsområdet tar upp hälsoaspekter.

Delrapporten ska bidra till att Länsstyrelsen i slutrapporten kan lämna förslag till framåtsyftande åtgärder, däribland former för fortsatt uppföljning.

Övriga uppföljningsområden och ansvariga myndigheter i korthet:

Arbete - Länsstyrelsen i Stockholm

”Regeringens viktigaste mål är full sysselsättning. Detta gäller för befolkningen i stort och innefattar därigenom också romer”(2).

Boende - Boverket

”Målet bör vara att romer ska ha likvärdig tillgång till bostad som övriga befolkningen”(2)

Social omsorg och trygghet - Socialstyrelsen

”Det av riksdagen fastställda målet för individ- och familjeomsorgen är att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, samt att stärka skyddet för utsatta barn. Detta gäller befolkningen i stort och innefattar därigenom också romer”(2).

Utbildning - Skolverket

För utbildningsområdet skriver regeringen i strategin att ”Det av riksdagen fastställda målet för svensk barn- och ungdomsutbildning är att den ska vara av hög och likvärdig kvalitet. Alla barn och elever ska ges förutsättningar att uppnå de nationella målen och utveckla sina kunskaper, färdigheter och kompetenser så långt som möjligt. Detta gäller befolkningen i stort och innefattar därigenom också romer”(2).

Redan innan uppdraget om nulägesbeskrivningen fördelades arbetade Skolverket med utredningar och utvecklingsarbeten inom området. Det arbetet fortsätter och pågår parallellt.

Folkhälsomyndighetens uppdrag

Folkhälsorapportering

Riksdagen har beslutat att den sektorsövergripande folkhälsopolitiken ska följas upp(3, 4). För att kunna använda rätt strategier och åtgärder för att förbättra folkhälsan krävs tydlig information om hälsoläget och vad som påverkar det. I 2010 års folkhälsopolitiska rapport beskrevs och analyserades bestämningsfaktorer och utfall samt vidtagna åtgärder (1).

Folkhälsomyndigheten ställer samman och redovisar data, ett exempel är *Folkhälsodata* som innehåller statistik om hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfall(5). Statistiken organiseras utifrån folkhälsopolitikens elva målområden.

Vidare presenterar Folkhälsomyndigheten statistik över smittsamma sjukdomar, statistik över antibiotikaförsäljningen i Sverige och övriga länder i Europa samt vaccinationsstatistik från skolorna och barnavårdscentraler.

Folkhälsomyndigheten ger även ut tematiska rapporter som i en del fall även innehåller uppgifter om vidtagna åtgärder. Sådan uppföljning görs exempelvis för satsningar som föräldrastöd och strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Folkhälsomyndigheten har gjort ett antal utredningar som berört hälsa och förutsättningar för hälsa bland romska grupper. Myndigheten har, liksom regeringen beskriver i det nu aktuella uppdraget, kunnat konstatera att det finns metodologiska svårigheter när gäller att samla in och rapportera kvantitativa data utifrån etnicitet.

I regleringsbrevet för 2014 har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att göra en översyn och analys av den rapportering som tidigare har utförts av Statens folkhälsoinstitut, Smittskyddsinstitutet och de delar av Socialstyrelsens verksamhet som övergått till den nya myndigheten. Uppdraget ska redovisas den 31 oktober 2014.

Pågående och avslutade uppdrag som berör romska frågor

Folkhälsoinstitutet fick år 2008 ett uppdrag från regeringen att kartlägga de nationella minoriteternas hälsosituation samt lämna förslag på hur det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet för de nationella minoriteterna ska kunna bedrivas. Uppdraget genomfördes i samråd med företrädare för de nationella minoriteterna, Socialstyrelsen samt Delegationen för romska frågor, och slutredovisades till regeringen i april 2010(6).

Folkhälsoinstitutet hade också under åren 2008 – 2010 regeringens uppdrag att undersöka hur våldsutsatta kvinnor som tillhör de nationella minoriteterna bemöts och stöds av offentliga myndigheter och hur man kan förbättra bemötandet(7).

Under 2013 genomförde Statens folkhälsoinstitut på uppdrag av regeringen samråd med företrädare för de fem nationella minoriteterna. Syftet var att undersöka vilka behov och förutsättningar som finns för att hämta in data om hälsosituationen samt vilka metoder som i så fall är lämpliga att använda för respektive grupp. I mars 2014 lämnade Folkhälsomyndigheten till regeringen tretton förslag till åtgärder som tar sikte på vad som kan och bör göras samt hur arbetet kan gå vidare(8).

Folkhälsomyndigheten har för närvarande ett uppdrag att genomföra en fördjupad studie om romska flickors och kvinnors hälsa och livssituation(9). I studien ingår att identifiera det stöd romska flickor och kvinnor får idag och vilken kännedom de har om befintligt stöd i samhället. Studien ska rapporteras till regeringen 31 oktober 2015.

Specifikation av Folkhälsomyndighetens process i nulägesbeskrivningen

Utifrån det som i ovanstående stycke anges ska Folkhälsomyndighetens delrapport bidra till att ge regeringen, myndigheter, kommuner och allmänheten en samlad bild av de hinder och möjligheter som på folkhälsoområdet finns för att romer ska få tillgång till sina rättigheter. Det görs genom att Folkhälsomyndigheten sammanfattningsvis:

- bearbetar länsstyrelsen frågeställningar
- går igenom på vilket sätt folkhälsoaspekter tas upp och beskrivs inom rättighetslagstiftning
- går igenom på vilket sätt politiska satsningar, utifrån ett folkhälsoperspektiv, adresserar nationella minoriteter generellt och romer specifikt
- intervjuar romer samt tjänstemän som representerar de fem pilotkommunerna samt motsvarande landsting
- diskuterar de resultat som framkommer och drar slutsatser samt, om det finns grund för det, även lämnar förslag till fortsatt utvecklingsarbete

Metod, källor och avgränsning

Rättighets- och diskrimineringsperspektiv

De frågeställningar som har formulerats inom området hälsa har utgått dels från rättighets- och diskrimineringsperspektivet, dels från det övergripande nationella målet för folkhälsoarbetet i Sverige. Det övergripande nationella folkhälsomålet betonar de samhälleliga faktorernas betydelse för hälsa och följs upp med hjälp av bestämningsfaktorerna. Ett antal styrdokument inom området har kartlagts. Arbetet gör inte anspråk på att vara heltäckande. Syftet har varit att erhålla en uppfattning om beröringspunkter för de två perspektiven samt om dessa kan ge underlag till beslut för fortsatt utrednings- och uppföljningsarbete. Därigenom förtydligas rättighets- och diskrimineringsperspektivet och resultatet kan preciseras som förutsättningar för romers hälsa.

Frågeställningar om hälsa

Länsstyrelsen i Stockholm har tillsammans med arbetsgruppen som består av sakkunniga romer och relevanta myndigheter, formulerat de övergripande frågeställningarna. Folkhälsomyndighetens frågor omkring hälsa har sedan utgått från dessa. Frågeställningarna har i enlighet med regeringsuppdraget haft utgångspunkterna: rättighetsperspektiv, icke-diskriminering samt - den nationella politikens övergripande och verksamhetspecifika mål. Då specifika mål för folkhälsopolitiken saknas har enligt vad som framgår i regeringens skrivelse om romsk inkludering, ett urval av bestämningsfaktorer för folkhälsoområdet använts som uppföljningsverktyg. Frågeställningarna har kontinuerligt stämts av med sakkunniga romer samt företrädare för Länsstyrelsen i Stockholm.

Datainsamling

Länsstyrelsen i Stockholms län anger att ansvariga myndigheters nuvarande uppföljningssystem inte är tillräckliga för att kunna användas till uppdragets nulägesbeskrivning(2). Länsstyrelsen i Stockholms län angav att datainsamling ska ske med kvalitativa metoder där både romer och kommunrepresentanter är informanter.

Lagstiftningen reglerar hur uppgifter kan registreras. Möjligheterna att arbeta med kvantitativ data är begränsad bland annat utifrån personuppgiftslagen vilken syftar till att skydda människors personliga integritet när enskildas uppgifter behandlas. Nuvarande uppföljningssystem är i stor utsträckning baserade på kvantitativ insamling av data på individnivå. Det är en omöjlig och kanske inte heller önskvärd väg för att beskriva förutsättningarna för romers hälsosituation.

Metoden för genomförandet av nulägesbeskrivningen utgår ifrån dialog med gruppen sakkunniga romer och tjänstemän under processen samt intervjuer med informanterna. Metoden som har använts för att göra nulägesbeskrivningen beskrivs utförligare i Länsstyrelsens kommande slutrapport.

Urval av informanter

Rekrytering av informanter från de romska grupperna har skett med hjälp av en romsk organisation (Romer i Europa) via en upphandling som Länsstyrelsen i Stockholm genomförde. Via organisationens försorg anlätades i några fall tolkhjälp som översatte frågor och svar. I ett par fall var en bekant till informanten med för att, som vi uppfattade det i första hand vara ett språkligt stöd, men också i någon mån som socialt stöd. Antalet romska informanter var 24 stycken, 14 män i åldrarna från 20 till över 60 år. Kvinnorna var 10 till antalet varav några var i åldern 20 -29 år och resterande i medelåldern.

Vid intervjuer med representanter från de fem pilotkommunerna har Folkhälsomyndigheten kontaktat och bokat intervjutider med tjänstemannaföreträdare för respektive kommun och landsting. Intervjuerna har skett på plats i den aktuella kommunen eller per telefon. Antalet informanter blev totalt tretton stycken, sju chefer för vårdcentraler samt sex tjänstemän från kommunerna med befattningar som folkhälsostateger, utvecklingsledare etc.

Intervjuprocess

Intervjuerna genomfördes i samtalsform utifrån ett fastställt frågeformulär (bilaga 1,4). Informanterna har kunnat styra in samtalen på andra frågeställningar än de fastställda. Det har, i vissa fall, medfört att inte alla frågor blivit tydligt besvarade. Vår uppfattning är att informanten velat lyfta för denne mer betydelsefulla frågeställningar. Intervjuerna skedde i huvudsak under mars-april 2014 och det insamlade resultatet bearbetades under maj-juli. Parallellt i processen förankrades resultaten med sakkunniga i länsstyrelsens arbetsgrupp samt internt på myndigheten under juni-augusti.

Intervjuerna har skett på av tjänstemännen utvald plats utom vid två tillfällen (telefonintervjuer). Intervjuerna har spelats in och därefter har en i stort sett ordagrann utskrift skett. Intervjuresultatet har sammanställts under respektive intervjufråga (bil. 2, 3 och 5). Intervjuresultatet har därefter tolkats och sedan delats in i gemensamma teman. Vid intervjuerna med romer var överenskommelsen att endast anteckningar skulle föras. I övrigt har resultatet bearbetats på samma sätt, dvs svaren har tolkats och delats in i olika teman.

I juni sammanställdes resultaten i ett preliminärt underlag (bil 6) som skickades till arbetsgruppen. Vid det gemensamma arbetsgruppsmötet som därefter genomfördes gav de sakkunniga romerna och representanter från de ingående myndigheterna synpunkter på underlaget. Vid mötet deltog även två representanter från Diskrimineringsombudsmannen.

Avgränsning

Nulägesbeskrivningen omfattar frågeställningar kopplade till rättighetsperspektivet, icke-diskriminering samt folkhälsopolitikens övergripande mål med ett fokus på de faktorer (bestämningsfaktorer) som betonar samhälleliga förutsättningar.

Uppföljningen är avgränsad till informationsinhämtning genom intervjuer med romer och tjänstemän i fem pilotkommuner samt motsvarande landsting.

Folkhälsomyndigheten vill betona att det inte är helt oproblematiskt att i samtalen med romer använda begrepp som integrering, majoritetssamhället etc samt diskutera resultaten utifrån utgångspunkten att det finns en självklar ”romsk identitet”. I detta finns flera fallgropar som medför risk att förstärka en situation utifrån ”vi och dom”. Vi känner stor ödmjukhet inför att, utifrån det underlag som intervjuerna har gett oss, fullfölja uppdraget att försöka beskriva situationen för gruppen romer när det gäller rättigheter och förutsättningar för hälsa samt att utifrån resultatet ge förslag till åtgärder.

Bakgrund

Regeringen anger i skrivelsen att genomförandet av strategin ska ske med utgångspunkt i Sveriges internationella åtaganden inom mänskliga rättigheter och med särskilt fokus på principen om icke-diskriminering, jämställdhet samt barnets rättigheter(10). Pilotkommunerna ska, bland annat i samverkan med relevanta myndigheter, identifiera romers problem och behov genom nulägesanalyser, bedriva metodutveckling i centrala verksamheter såsom utbildning, arbete, hälsa, socialtjänst, bostad och civilsamhällets organisering samt säkerställa romsk delaktighet och romskt inflytande i utvecklingsarbetet.

En övergripande målsättning avseende strategin för romsk inkludering är att den rom som fyller 20 år 2032 ska ha likvärdiga möjligheter i livet som den som är icke-rom(2). Regeringen menar att detta övergripande mål bör preciseras och brytas ned till verksamhetsspecifika mål inom ett antal områden som är väsentliga för att uppnå det övergripande målet. Regeringens ambition har varit att så långt som möjligt använda av riksdagen redan fastställda mål för olika verksamhetsområden och integrera strategin i de ordinarie strukturerna.

För folkhälsoområdet anger regeringen i skrivelsen för romsk inkludering det av riksdagen fastställda målet för folkhälsoarbetet, dvs *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*(3, 4, 10). Detta gäller hela befolkningen och innefattar därmed också romer.

Uppföljningen ska utgå från bestämningsfaktorerna för hälsan, det vill säga de faktorer i människors levnadsvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor som har störst betydelse för folkhälsan. Nulägesbeskrivningen bör också innefatta förslag på hur

en regelbunden uppföljning av utvecklingen på nationell nivå samt utveckling en av förutsättningarna för hälsa fram till 2032.

Regeringens bedömning är att det krävs ett långsiktigt arbete inom många områden för att romer ska uppnå en bättre hälsa samt att den sociala delaktigheten ska öka. Ett särskilt fokus, vad avser romers hälsa, bör vara hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Regeringen har bedömt att det inte är möjligt att ge en komplett bild som är representativ för den romska befolkningen inom de olika verksamhetsområdena. Det beror på att det av integritetsskäl inte finns statistik baserad på etnicitet, vilket medför ett metodologiskt problem att beskriva hälsosituationen utifrån etnicitet. Regeringens ambition med nulägesbeskrivningen är att ”att ge en bättre bild än den som finns idag” och data ska samlas in genom kvalitativa metoder såsom intervjuer.

Romers hälsosituation

Det finns få studier i Sverige om romers hälsosituation. Detta kan bero på att forskningsrönen fortfarande är i sin linda. Det finns dock en mängd statliga utredningar som har kartlagt romers livssituation. Dessa utredningar belyser ofta de problem som har präglat den romska gruppen i det svenska samhället och har sällan fokus på åtgärder hur romer i Sverige ska kunna bli en del av det svenska samhället(11, 12).

På uppdrag av regeringen genomförde Statens folkhälsoinstitut i nära samarbete med företrädare för romer en studie om romernas hälsosituation under perioden 2009–2010. Resultatet från denna studie ” Hur mår Sveriges nationella minoriteter?” finns i en slutrapport som lämnades till regeringen i april 2010(6). Syftet med studien var att belysa hälsosituationen bland romer och lämna förslag till förebyggande och hälsofrämjande åtgärder. Intervju och fokusgruppdiskussioner användes som metoder för att inhämta kunskap om romernas hälsosituation i Sverige. Cirka 350 personer deltog i studien från de städer där de flesta romer är bosatta (Stockholm, Malmö, Göteborg, Trollhättan). Resultatet visade att romernas hälsosituation starkt påverkas av deras livssituation vilken kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering. Dessa faktorer bidrar till ett levnadssätt som exponerar dem för ökade risker för ohälsa. Undersökningen visade också att romer upplever bristande kunskap om den romska kulturen bland hälso- och sjukvårdspersonal vilket bidrar till misstro bland romerna och leder till att romer avvaktar innan de söker hjälp(6).

Folkhälsomyndigheten för närvarande i uppdrag att genomföra en förstudie om hälsosituationen bland romska flickor och kvinnor. Uppdraget ska redovisas till regeringen våren 2015.

Referensramar för nulägesbeskrivningen

Urval av styrdokument med koppling till nulägesbeskrivningen

Någon allmängiltig hälsodefinition finns inte i Sverige utan hälsa är ett relativt begrepp bland annat beroende av ekonomiska resurser, ett lands vetenskapliga nivå och utveckling samt olika miljöfaktorer(13). Det flesta politik- och sakområden påverkar människors hälsa, och samma gäller även för romer. Det skulle därmed vara ett mycket omfattande arbete att redovisa alla styrdokument på folkhälsoområdet. I denna inventering har vi gjort ett urval av styrdokument, utifrån Folkhälsomyndighetens övergripande uppdrag i sammanhanget och det som regeringen, rörande hälsoområdet, tar upp i sin skrivelse för romsk inkludering.

Nedan följer en lista av styrdokument med koppling till rättighets- och folkhälsoperspektiven. Därefter redovisas i korthet innehållet med bäring på vad de tar upp om romer och förutsättningar för hälsa.

- Om rätten till hälsa, skrivelser från WHO och FN(14).
- Sveriges Kommuner och Landsting och Diskrimineringsombudsmannens arbete om med mänskliga rättigheter med en modell för systematiskt arbete på kommunal nivå(15)
- Nationella minoriteters rättigheter. Lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk m.m.(16)
- Folkhälsa uttryckt i strategin för romsk inkludering(10)
- Propositioner och skrivelser med bäring på folkhälsoområdet
 - Mål för folkhälsan(3).
 - En förnyad folkhälsopolitik(4).
- En folkhälsopolitik med människan i centrum(17).
- Hälso- och sjukvårdslagen(18) i relation till minoriteter och romer
 - Jämlikvård i relation till minoriteter och romer
- Kopplingarna mellan de elva målområdena och strategin för romsk inkludering.

Mänskliga rättigheter, nationellt samt i FN och EU

Rätten till hälsa

WHO definierar *hälsa* som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Följaktligen förespråkar WHO hälsa som mänsklig rättighet oberoende av religion, kultur eller politiska åsikter. Andra faktorer såsom boende, arbetsliv, ekonomisk möjlighet, socialt nätverk med mera kallas hälsans bestämningssfaktor och är grundläggande förutsättningar för en god och jämlik hälsa(19).

Begreppet hälsa utifrån aspekten mänsklig rättighet innebär att länder bör skapa grundläggande förutsättningar som möjliggör god hälsa för hela befolkningen. Rätten till hälsa beskrivs i artikel 25 FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna som följande:

1. *”Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll.”*

2. *”Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn skall åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet.”*

De konventioner som Sverige har ratificerat och som berör hälsa som en mänsklig rättighet omfattar:

- FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna.
- Konventionen om ekonomiska, sociala, kulturella rättigheter.
- Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna.
- Europeiska ramkonventionen om skydd för nationella minoriteter.
- Europeiska sociala stadgan.

De åtgärder som ska vidtas av länderna för att säkerställa att rätten till hälsa uppfylls omfattar fundamentala insatser för att minska spädbarnsdödligheten, främja barns hälsa och mödravård, förbättra samhällets hälsovård, förebygga epidemier och andra hälsohot mot medborgare. Länderna ska också skapa förutsättningar som garanterar tillgång till hälso- och sjukvård för alla på lika villkor. Länderna har en skyldighet att bedriva en politik som kan förebygga sjukdomar och därmed leda till bästa uppnåeliga hälsa för alla människor(20).

WHO har utvecklat fyra indikatorer: Tillgång, Upplevd tillgänglighet, Acceptans och Kvalitet (Availability, Accessibility, Acceptability, Quality AAAQ) för att garantera att rätten till hälsa uppfylls i sjukvård och folkhälsoarbetet(21). WHO menar att hälsans bestämningssfaktor, hälso- och sjukvården är ett lands eget ansvar

och avgörande för en god hälsa på lika villkor. Tillgänglighet till vård har fyra dimensioner:

1. Icke-diskriminering
2. Fysisk tillgänglighet
3. Ekonomisk tillgänglighet
4. Tillgänglighet av information

Av rättigheterna framgår att ett land ska skapa grundläggande förutsättningar som möjliggör god hälsa för hela befolkningen. Kartläggningen av styrdokument är ett försök att visa vad det betyder för befolkningen i stort. Liksom på folkhälsoområdet talas om bestämningsfaktorer för hälsa, exempelvis boende, arbetsliv, ekonomiska möjligheter och sociala nätverk. Dessa har förstärkts genom ratificering av ramkonventioner framtagna av Europarådet och FN samt nationell lag om nationella minoriteters och romers rättigheter på kultur-, språk och diskrimineringsområdena.

Men för att det ska gå att följa upp om rättigheterna och komma fram till om de på hälsoområdet är uppfyllda, för befolkningen i stort och för romernas del, behövs en precisering av vad detta i praktiken betyder. Det närmaste en sådan tolkning som vi funnit är SKL och DO arbete som redovisas nedan(15).

Man kan säga att nedanstående är ett stöd till kommuner och landsting för hur man ska tolka sitt uppdrag när gäller mänskliga rättigheter. De sex områden som omfattas av modellen är:

- }} Rätten till politiskt deltagande.
- }} Rätten till bästa möjliga uppnåeliga hälsa.
- }} Rätten till arbete.
- }} Rätten till utbildning.
- }} Rätten till bostad.
- }} Rätten till kultur och fritid.

Mänskliga rättigheter på den lokala nivån

Vad mänskliga rättigheter i praktiken betyder för lokala myndigheter har tolkats i en rapport som år 2010(15) gavs ut i samverkan mellan DO, SKL (Sveriges kommuner och landsting) och det Nationella nätverket för mångfald och mänskliga rättigheter. Detta nätverk består av tjänstemän som i sitt arbete har uppdraget att på olika sätt bidra till ökad mångfald och/eller arbeta mot diskriminering. Deltagarna är bl a representanter från kommuner men är även från landsting, Sveriges Kommuner och Landsting, länsstyrelser och fackföreningar. I rapporten har en modell tagits fram för systematiskt arbete på kommunal nivå. Sammanfattningsvis betyder ett rättighetsperspektiv på kommunal verksamhet;

1. Att människor som använder kommunala verksamheter ska kunna åtnjuta rättigheter på lika villkor (icke-diskriminering och likabehandling).

Förbud mot diskriminering är den övergripande principen för mänskliga rättigheter och återfinns i den allmänna förklaringen och i de internationella konventionerna om mänskliga rättigheter. Den finns också i Regeringsformen (RF) och annan nationell lagstiftning. Alla människor ska kunna åtnjuta sina rättigheter på lika villkor. För detta krävs inte bara en lagstiftning utan även en policy där rättigheter specificeras och resurser avsätts för att förverkliga den. Människor ska ha information om sina rättigheter och ha möjligheter att få eventuella klagomål prövade.

Diskrimineringsförbudet omfattar bland annat kommunernas uppdrag inom arbetsmarknad, hälso- och sjukvård, utbildning och bostäder. Förbudet omfattar även offentligt anställda som ger upplysningar, råd, vägledning eller annan hjälp till allmänheten. Den nuvarande lagstiftningen omfattar sju diskrimineringsgrunder; kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning och ålder.

2. Att människor har rätt att delta i beslutsfattande och planering av olika åtgärder som berör dem och deras rättigheter.

Människors deltagande och delaktighet i samhället är ett viktigt perspektiv. Vid sidan av deltagande i val kan det handla om att på andra sätt påverka politiska beslut, exempelvis genom samråd, brukarmedverkan och medborgarförslag. Det är väsentligt att de som har rättigheter – rättighetsinnehavarna – har möjlighet att delta i processer där beslut fattas. Möjligheter till deltagande är också väsentligt för att människor ska kunna få en bättre kunskap om sina rättigheter och kunna kräva att de respekteras, skyddas och tillgodoses. I alla dessa hänseenden handlar det om att stärka människors möjligheter att påverka sitt eget liv, om deras egenmakt. Det är viktigt att betona att rätten till deltagande inte bara gäller vuxna utan också barn. Rätten att göra sin röst hörd i frågor som berör barn är en av barnkonventionens grundprinciper.

3. Att kommunernas analyser av lokala samhällsförhållanden beaktar människors rättigheter på lika villkor.

Det är viktigt att dessa villkor utvärderas i förhållande till de uppdrag som kommunen har. Ytterligare en dimension av rättighetsperspektivet är att kommunen uppmärksammar strukturella förhållanden och underliggande orsaker till att förverkligandet av rättigheter brister. Det kan exempelvis handla om svårigheter för människor att tillgodogöra sig arbetsmöjligheter på grund av diskriminering, segregation eller bristande utbildning. Det kan också handla om att kommunala verksamheter inte håller en tillräckligt god kvalitet för att garantera att rättigheterna åtnjuts på lika villkor. Åtgärder, planer och processer bör utvärderas utifrån de uppdrag som kommunerna har och bör inramas i ett ordinarie

sammanhang (det ordinarie styr- och ledningssystemet). Indikatorer för mänskliga rättigheter är därför av stor relevans för att tillgodose detta perspektiv på ett bra sätt.

De nationella minoriteternas lagstadgade rättigheter

Den 1 januari 2010 infördes lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk(16). Lagen anger minoriteternas rättigheter, och fastslår rätten till inflytande i samhället och stöd för de historiska minoritetskulturerna samt till minoritetsspråken i dess olika varianter. I denna lag regleras vilka förvaltningsområden som finns för minoritetsspråken finska, meänkieli samt samiska. Lagen anger vilka skyldigheter förvaltningsområdena har när det gäller information och användning av minoritetsspråken vid kontakt med olika myndigheter inklusive domstolar, samt användning av språken i bland annat förskola och äldreomsorg. Där anges också att förvaltningsmyndigheterna ska ge de nationella minoriteterna möjlighet till inflytande i frågor som berör dem och att samråd ska ske med representanter för minoriteterna så långt det är möjligt.

Målen för regeringens politik avseende nationella minoriteter är att ge skydd för de nationella minoriteterna och stärka deras möjligheter till inflytande samt stödja de historiska minoritetsspråken så att de hålls levande.

Målet ska följas upp inom följande delområden:

- diskriminering och utsatthet
- inflytande och delaktighet
- språk och kulturell identitet

Samråd och inflytande är centrala i minoritetslagen. Minoriteterna ska ha ett reellt inflytande över frågor som berör dem. Kommuner, landsting och regioner ska samråda med representanter från alla nationella minoriteter som finns representerade i området, däribland romer. Romer har funnits i Sverige i 500 år. Romer är en prioriterad grupp utifrån att de är en av de grupper i samhället som möter diskriminering i mycket stor utsträckning. Det är också en anledning till att regeringen år 2012 beslutade om strategin för att stärka de romska mänskliga rättigheterna.

Folkhälsa uttryckt i strategin för romsk inkludering

I regeringens skrivelse ”En samordnad och långsiktig strategi för romsk inkludering 2012-2032” beskrivs att romernas livsvillkor präglas av problematiska förhållanden(2). Hög arbetslöshet, bristande läskunnighet, fattigdom, svåra socioekonomiska förhållanden samt en utbredd diskriminering mot romer är

exempel på problem. I skrivelsen anges att Delegationen för romska frågor i sitt tidigare arbete formulerat att målet avseende romers hälsa bör vara att *”ohälsotalen bland romer inte ska vara högre än genomsnittet, romers medellivslängd ska öka och motsvara genomsnittet i riket, romers tillit till offentlig sjukvård ska öka och bemötandet av romer inom sjukvården ska vara klanderfritt”* (s.55). Regeringen angav att det av riksdagen fastställda målet för folkhälsoarbetet, dvs. *att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen*, gäller för befolkningen i stort och innefattar där igenom också romer. I samma skrivelse betonar regeringen att rätten till bästa möjliga hälsa omfattar skyldighet även för civilsamhället att aktivt underlätta samt stödja både enskilda och delar av befolkningen att kunna nyttja sina rättigheter.

I skrivelsen refereras till satsningar inom hälso- och sjukvården, bland annat jämlik vård, samt bemötande. Regeringen har de senaste åren genomfört ett antal reformer inom vård och omsorg för att förbättra kvaliteten på insatserna. Några har varit inriktade på att utveckla en mer kunskapsbaserad vård och omsorg. Det pågår även ett kontinuerligt förbättringsarbete när det gäller bemötande i vården. Regeringen hänvisar i skrivelsen till att det är kommuner och landsting som har ansvar att kommuninvånarna erbjuds den hälso- och sjukvård och sociala omsorg som hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen föreskriver, samt att *”av det följer att kommuner och landsting fortsatt bör försöka finna lokala lösningar på de oklarheter eller problem som kan uppstå i mötet mellan de romer som söker stöd och vård- och omsorgsgivaren”*(s.64).

Icke-diskrimineringsprincipen, som bl.a. kommer till uttryck i diskrimineringslagens förbud mot diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, har utgjort en utgångspunkt i detta arbete. Inom det generella arbetet som riktar sig till alla, handlar det framför allt framöver om att säkerställa att också romers problem och behov beaktas på samma sätt som alla andras(22).

I regeringens skrivelse betonas att ett särskilt fokus vad avser romers hälsa bör läggas på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser(10). I skrivelsen hänvisas till en FN rapport från 2007 där de problem, som flera marginaliserade grupper har, när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård bland annat som en följd av diskriminering, höga kostnader eller på grund av att de tjänster som erbjuds inte beaktar kulturella hänsyn i tillräcklig grad. Regeringen har genomfört ett antal reformer med syftet att förbättra kvaliteten på de hälsofrämjande och förebyggande insatserna för romer samt möjliggöra utveckling av en mer kunskapsbaserad vård och omsorg avseende romer och menar det pågår ett kontinuerligt förbättringsarbete i kommuner och landsting när det gäller bemötande av romer.

Propositioner och skrivelser på folkhälsoområdet

I regeringens proposition Mål för folkhälsan, beskrivs bland annat att det är viktigt att barn med ett minoritetsspråk får undervisning på sitt modersmål(3).

Inriktningen mot barns och ungdomars uppväxtvillkor ställer särskilda krav på att kompensera de barn och unga som bor i en socialt utsatt miljö. Förskolan och skolbarnsomsorgen skall bidra till att utjämna skillnader i uppväxtvillkor för flickor och pojkar med olika bakgrund och skapa mötesplatser för barn med olika etnisk, kulturell och social tillhörighet.

I skrivelsen på folkhälsoområdet 2007 togs upp under målområde 1, delaktighet och inflytande, att kunskapen om hälsotillståndet hos de cirka 500 000 människor som tillhör de nationella minoriteterna är bristfällig(4). I skrivelsen anförde regeringen att brist på inflytande och möjligheter att påverka har ett starkt samband med hälsa. Vidare att grunden i ett demokratiskt samhälle är människors lika värde med jämlika möjligheter att vara delaktiga och ha inflytande. Rätten till delaktighet och inflytande gäller oavsett kön, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Om individer eller grupper upplever att de inte kan påverka de egna livsvillkoren och utvecklingen av samhället uppstår utanförskap och maktlöshet. Regeringen ansåg det som angeläget att de nationella minoriteterna tydligare beaktas i folkhälsosammanhang. Detta ledde till det uppdrag som regeringen år 2008 gav Statens folkhälsoinstitut, det vill säga att kartlägga hälsosituationen bland de nationella minoriteterna samt lämna förslag på hur folkhälsoarbetet kan bedrivas för att främja hälsan och förebygga ohälsa bland minoriteterna(6). Uppdraget redovisades år 2010 och då med förslag som sedan legat till grund för nya åtgärder.

I regeringens proposition ”En folkhälsopolitik med människan i centrum”(17) beskrivs att politik kan påverka hälsan i befolkningen på många olika sätt till exempel genom ett minskat utanförskap på arbetsmarknaden, en god arbetsmiljö med möjlighet till stimulans och utveckling, en väl fungerande skola som skapar kapabla och ansvarstagande unga människor, en god och trygg social omsorg, insatser mot diskriminering, en samhällsplanering som främjar förutsättningarna för en god hälsa, en hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande hälso- och sjukvård samt insatser inom miljöområdet, speciellt inom luftvårds- och kemikalieområdet, är alla exempel på samhällseliga förutsättningar som har stor betydelse för folkhälsans utveckling.

I skrivelsen hänvisas till Folkhälsoinstitutet rapport från år 2010 som redovisar läget när gäller hälsosituationen bland de nationella minoriteterna i Sverige: judar, romer, samer – som också är urfolk i Sverige – sverigefinnar och tornedalingar(6). I rapporten konstaterades att det finns en rad utmaningar när det gäller hälsosituationen bland nationella minoriteter och sambandet mellan diskriminering och hälsa lyfts liksom brist på kunskap om nationella minoriteters hälsosituation och kultur.

I denna skrivelse lyftes också sambandet mellan diskriminering och hälsa med referens till det vid tidpunkten nyligen genomförda uppdraget som Folkhälsoinstitutet hade haft med att kartlägga hälsosituationen bland de nationella minoriteterna i Sverige. I rapporten framkom att det finns en rad utmaningar när det gäller hälsosituationen bland nationella minoriteter, samt brist på kunskap om nationella minoriteters hälsosituation och kultur. I rapporten identifierades ett antal möjliga hälsoförbättrande insatser på olika nivåer i samhället.

I samma skrivelse som ovan betonade regeringen att rätten till bästa möjliga hälsa omfattar skyldighet för civilsamhället att aktivt underlätta samt stödja både enskilda och delar av befolkningen att kunna nyttja sina rättigheter och samspele med enskilda människors egna initiativ att förbättra sin hälsa. I skrivelsen togs upp att en analys hade gjorts år 2012, omkring vilken omfattning idrottens organisation och verksamhet på alla nivåer medverkar till att uppfylla syftet med statsbidraget att människor med annan kulturell och etnisk bakgrund ska bli mer delaktiga i idrotten(23).

Hälso- och sjukvårdslagen

I Hälso- och sjukvårdslagens 2 § beskrivs det övergripande målet för hälso- och sjukvården *”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”* vilket innebär att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet att vid behov och på lika villkor kunna nyttja hälso- och sjukvårdens tjänster(18). All vård ska ges med respekt för alla människors lika värde samt med värdighet för den enskilda människan. Företräde till vården ska den individ ha som har störst behov. Möjligheterna att erhålla vård får inte påverkas av ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet och/eller etnicitet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. I lagen anges även att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas personal, lokaler och utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål. Hälso- och sjukvårdspersonal bör ha kunskap om nationella minoriteters kultur för att underlätta bemötandet och kunna undanröja missförstånd mellan vården och personer ur de nationella minoriteterna. Kultur har stor betydelse för individens syn på hälsa (10).

Hälso- och sjukvårdslagen är formulerad på ett sådant sätt att den täcker alla patientgrupper. Genom lagstiftningens tydliga utformning garanteras att alla grupper i befolkningen kan erhålla samma goda vård utan risk för att någon särskild grupp behöver utpekats eller glömmas bort. I Hälso- och sjukvårdslagen betonas att vården bör verka för att det vid behov finns tillgång till personal med kunskaper i samiska, finska eller meänkiel. Det poängteras även att patientanpassad information ska finnas inom nyss nämnda språk, dock har inte romani ett förstärkt skydd inom dessa områden. Regeringen konstaterar dock i skrivelsen om romsk inkludering att ett sådant ansvar kan anses följa av hälso- och sjukvårdslagen i

bestämmelserna om patientanpassad information och organisering av vården och ser därför inte anledning att i nuläget ändra i hälso- och sjukvårdslagen(10).

Regeringen betonar att kommuner och landsting har ett ansvar för att erbjuda kommuninvånarna den hälso- och sjukvård och sociala omsorg som Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen föreskriver. Kommuner och landsting bör kontinuerligt försöka att finna lokala lösningar på oklarheter och/eller problem som kan uppstå i mötet mellan vård- och omsorgsgivaren och till exempel romer som söker stöd där. Ett problem inom hälso- och sjukvården är dock bristande kunskaper om nationella minoriteters rättigheter, kultur och situation liksom brister i bemötandet(10).

Jämlik hälso- och sjukvård

Regeringen har formulerat en samlad strategi för en för en god och mer jämlik vård 2012-2016 och har därefter har vidtagit en särskild satsning på en jämlik vård 2012(24). Intentionen för vården är att den ska ges efter behov och vara jämlik för kvinnor och män, utrikes och inrikes födda oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska i även möjligaste mån utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål. Personal inom hälso- och sjukvården ska ha kunskap för att känna igen och svara mot de särskilda behov som marginaliserade grupper kan ha.

I strategin beskrivs att insatser för att öka jämlikheten i vården är en angelägen investering som ska bidra till att befolkningens hälsa och därmed också samhällsekonomin förbättras. I hälso- och sjukvården finns enligt regeringen åtgärder i fem fokusområden, som har stor betydelse för hälsoutvecklingen och för en jämlik vård:

- Synliggörande och analys av skillnader i vård, behandling och Bemötande samt resultat.
- System, stödstrukturer och tjänster till vården och till enskilda
- Strategier och åtgärder inom särskilda områden.
- Stöd och stimulans till utveckling i vården.
- Samverkan och dialog med hälso- och sjukvårdens aktörer, invånare och patienter

Vården ska ges efter behov och den ska vara jämlik för kvinnor och män, utrikes och inrikes födda oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Regeringen menar att det är av central betydelse att kunskap om verksamheter som riktar sig till alla medborgare i Sverige där fokus är på råd och stöd om hälsa och social omsorg. Det kan vara kunskap om den ungdomsmottagning som finns på nätet för unga mellan 13 och 25 år (UMO) eller sjukvårdsrådgivningen på 1177.se. Det är betydelsefullt att säkerställa att kännedom om dessa verksamhetsdelar också når ut till romer. Romer ska ha ett sådant förtroende för verksamheterna att de känner en tillit som främjar kontakter dem i mellan. Regeringen betonar att uppföljning samt utvärdering av

verksamheternas insatser även ska inkludera det förtroende som romerna har för hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Ett antal nationella aktörer kraftsamlar i en plattform för att på olika sätt bidra till en jämlik hälsa och vård(24). Plattformens syfte är en vård på lika villkor som ska minska skillnader mellan grupper som frekventerar hälso- och sjukvården. Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, könsidentitet eller könsidentitet, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk, religiös tillhörighet eller könsidentitet.

Diskrimineringslagen innehåller förbud mot diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet(25).

”13 § Diskriminering är förbjuden i fråga om

- 1. hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet,*
 - 2. verksamhet inom socialtjänsten, och*
 - 3. stöd i form av färdtjänst och riksfärdtjänst och bostadsanpassningsbidrag.*
- Lag (2012:673).”*

De elva folkhälsomålen och strategin för romsk inkludering

Det övergripande målet i Strategin för romsk inkludering 2012-2032 är att den rom som fyller 20 år 2032 ska ha likvärdiga möjligheter i livet som den som är icke-rom(2).

Den svenska folkhälsopolitiken har ett övergripande nationellt mål, nämligen att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsopolitiken innehåller elva målområden med tillhörande bestämningsfaktorer som pekar på områden och faktorer som har betydelse för hälsa(3). Detta innebär att folkhälsoarbetet skall omfatta även minoriteterna och därmed även romer.

Här följer exempel på vilka kopplingar som finns mellan (några av) de elva målområdena och regeringens strategi för romsk inkludering samt mänskliga rättigheter.

Delaktighet och inflytande i samhället

Delaktighet är det första målområdet i folkhälsopolitiken. Brister i delaktighet respektive jämlikhet är viktiga bestämningsfaktorer för ohälsa. Det kan också sägas vara viktiga begrepp i Strategin för romsk inkludering där regeringen har valt att inkludera delaktighet och inflytande som en central del av styrningen av den tjugoåriga strategin – vid planering, genomförande och uppföljning. I Strategin skriver regeringen: *”Hela genomförandet av strategin bör präglas av romsk*

delaktighet och romskt inflytande med inriktning på förstärkt genomförande och kontinuerlig uppföljning av romers tillgång till de mänskliga rättigheterna på lokal, regional och nationell nivå” s.10 (2).

Man menar att romers delaktighet är en förutsättning dels för att åstadkomma den förändring som eftersträvas i Strategin men också för att säkra romers inflytande på längre sikt. Från den 1 januari 2010 finns också i lagen om nationella minoriteter och minoritetsspråk krav på att förvaltningsmyndigheter ska ge de nationella minoriteterna möjlighet till inflytande i frågor som berör dem och så långt möjligt samråda med representanter för minoriteterna i sådana frågor(16).

Ekonomiska och sociala förutsättningar

Ekonomiska och sociala förutsättningar har stor betydelse för hälsa. Inkomsten bestämmer inte bara den materiella standarden utan påverkar också social position och status. Enligt EU- kommissionen är en stor andel av romerna i Europa marginaliserade och lever under synnerligen dåliga socioekonomiska förhållanden (2). Även i Sverige är romer en marginaliserad och utsatt grupp. I enlighet med Sveriges internationella åtaganden om att skydda och främja de mänskliga rättigheterna har Sverige åtagit sig att vidta lämpliga åtgärder för att inom alla områden av det ekonomiska, sociala, politiska och kulturella livet främja fullständig och effektiv jämlikhet mellan personer som tillhör en nationell minoritet och personer som tillhör den övriga befolkningen (2).

EU-kommissionen menar att ansvaret för detta arbete ligger hos de offentliga myndigheterna men påpekar att den sociala och ekonomiska integreringen av romer är en ömsesidig process. *”Den förutsätter en attitydförändring både hos majoritetsbefolkningen och medlemmar av den romska befolkningsgruppen” s.13 (2).* Regeringen menar att Strategin för romsk inkludering är en långsiktig och samordnad strategi för att göra detta möjligt (2).

Barns och ungas uppväxtvillkor

Förhållandena under barndomen har stor betydelse för hälsan under hela livet. Genom tidiga åtgärder som inverkar positivt på barns uppväxtförhållanden kan barns och ungdomars hälsa främjas och skillnader i uppväxtvillkor minskas. Barn som tillhör en minoritetsgrupp är särskilt utsatta för marginalisering och diskriminering i relation till vuxna (2).

Den övergripande målsättningen i Strategin för romsk inkludering är att de romska barn som föds i dag ska ha samma förutsättningar för ett gott vuxenliv som sina jämnåriga icke-romska kamrater vid 20 års ålder. Kvinnor och barn pekas ut som särskilt prioriterade grupper. *”I många romska familjer har kvinnorna ett stort ansvar för hem och barn. Insatser som underlättar de romska kvinnornas förutsättningar till utbildning och etablering i arbetslivet kan stärka tilltron till, och förväntningarna på, samhället, i synnerhet avseende barnens uppväxtvillkor och skolgång” s.25 (2).*

Regeringen anger i Strategin att man anser att romska barns situation särskilt ska beaktas med utgångspunkt i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) inom alla frågor som berör barn (2).

Hälsa i arbetslivet

Rätten till arbete är fastlagd i FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (artikel 6) (14). Det handlar bland annat om att ha tillgång till utbildning och om stöd till grupper som har svårt att komma in på den ordinarie arbetsmarknaden. Rätten till arbete innebär inte att man kan kräva att staten ska ordna ett arbete men det åligger offentliga organ att skapa förutsättningar för att alla ska kunna ha ett arbete(12).

Betydligt fler bland romerna är arbetslösa och saknar sysselsättning jämfört med övriga befolkningen. I Strategin för romsk inkludering har regeringen särskilt valt att prioritera områdena utbildning och arbete(2). Åtgärder för att underlätta romers tillträde till arbetsmarknaden bedöms av regeringen vara en av de åtgärder som mest effektivt kan förbättra romers livsvillkor långsiktigt. Regeringens delegation för romska frågor har också poängterat betydelsen av detta område för romsk inkludering.

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården är en viktig bestämningsfaktor för folkhälsan. Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete ska systematiskt integreras i hälso- och sjukvården och vara en del i all vård och behandling(17). Regeringens delegation för romska frågor konstaterar att det finns problem inom hälso- och sjukvården med bristande kunskaper om nationella minoriteters rättigheter, kultur och situation liksom i bemötande(2).

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter betonar ”att statens åtaganden avseende rätten till bästa möjliga hälsa omfattar skyldigheten att aktivt underlätta och stödja både enskilda och delar av befolkningen att komma i åtnjutande av sin rättighet(26). Det innebär bland annat att personal inom hälso- och sjukvården ska vara utbildad för att känna igen och svara mot de särskilda behov som marginaliserade grupper kan ha(2).

I EU-kommissionens meddelande om en EU-ram för nationella strategier anges att det nationella målet för hälso- och sjukvård för romer åtminstone bör omfatta att minska skillnaden i fråga om hälsa mellan romerna och den övriga befolkningen (2).

Regeringen avser att ta fram en samlad strategi för en jämlik vård. Icke-diskrimineringsprincipen, som bland annat kommer till uttryck i diskrimineringslagens(22) förbud mot diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, utgör en utgångspunkt i detta arbete. Inom det generella arbetet som riktar sig till alla, handlar det framför allt om att

framöver säkerställa att också romers problem och behov beaktas på samma sätt som alla andras (2).

Skydd mot smittspridning

Samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (27). Alla medborgare ska ha samma möjligheter till sådant skydd. Det kan handla om att information om smittor och hur man skyddar sig måste utformas så att alla kan få del av den.

Enligt Delegationen för romska frågor finns det fortfarande ett stort antal romer som har svårigheter att tillgodogöra sig skriftlig information och Folkhälsomyndigheten visar i sin rapport *Hur mår de nationella minoriteterna?* att de nationella minoriteterna inte nås av den hälsouppllysning som finns i dag (6).

Regeringen föreslog bland annat därför i Strategin att hälsokommunikatörer med romskt språk – och kulturkompetens prövas inom pilotverksamheten i kommuner och landsting. Kommunikatörernas uppgift har bland annat varit att tillhandahålla utbildning och hälsouppllysning i sina respektive grupper och haft till uppgift att fungera som brobyggare mellan majoritetssamhället och den nationella minoriteten (2).

Sexualitet och reproduktiv hälsa

Ett målområde för den nationella folkhälsan är en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa. Liksom vad gäller skydd mot smittspridning handlar det här till en del om att information måste utformas så att alla kan få del av den. En annan dimension av målområdet handlar om familjebildning. Enligt FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna har män och kvinnor rätt att utan någon inskränkning med avseende på ras, nationalitet eller religion ingå äktenskap och bilda familj. Män och kvinnor skall ha samma rättigheter i fråga om äktenskaps ingående, under äktenskapet och vid dess upplösning. Äktenskap får endast ingås med de blivande makarnas fria och fulla samtycke (Artikel 16) (28).

Regeringen föreslår i Strategin att en fördjupad studie bör göras om frågor som är relevanta för jämställdheten mellan romska kvinnor och män, flickor och pojkar, som till exempel frågor som könsroller, homosexualitet, prostitution och människohandel. Uppdraget bör genomföras i samråd med romer (2). För att få en bättre bild av romska kvinnors livssituation och hälsa bör en fördjupad studie göras. Uppdraget bör genomföras i samråd med romer. I studien bör ingå att identifiera vilket stöd kvinnorna får i dag och vilken kännedom de har om befintligt stöd från samhället. Därutöver bör möjligheten att ge telefonrådgivning till romska flickor och kvinnor i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa undersökas (2).

Fysisk aktivitet

Att vara fysiskt aktiv har betydelse för hälsan. Hälsorisker förenade med stillasittande och fysisk inaktivitet har uppmärksammats alltmer. Samhället har ett ansvar för att informationen om vikten av fysisk aktivitet utformas så att alla kan ta del av den. Det framgår av Folkhälsomyndighetens rapport Hur mår de nationella minoriteterna att de nationella minoriteterna inte alltid nås av den hälsoupplýsning som kommer andra medborgare till del (2). En särskild problematik som beskrivs i Strategin för romsk inkludering är bristen på förtroende hos många romer för myndigheter och hälso- och sjukvården.

Av den anledningen prövas användningen av hälsokommunikatörer med romsk språk- och kulturkompetens i kommuner inom pilotverksamheten i samarbete med flera landsting. Hälsokommunikatörernas uppgift bör bland annat vara att tillhandahålla utbildning och hälsoupplýsning och att de bör fungera som brobyggare mellan majoritetssamhället och romer (2).

Det finns europeiska erfarenheter av romska hälsokommunikatörer, framför allt kvinnliga, som varit positiva. De har uppmuntrat intresset för förebyggande hälsovård och underlättat tillgången till den vanliga sjukvården. I Europarådets satsning på att utbilda medlare (brobyggare) ingår att utbilda medlare avseende hälsa (2).

Matvanor och livsmedel

Samhällets olika instanser inom livsmedelsområdet måste utforma informationen om hur våra matvanor påverkar vår hälsa så att alla kan ta del av den. Det gäller också informationen om innehållet i livsmedel. Syftet är att alla ska kunna göra hälsosamma val.

Folkhälsomyndigheten redovisar i rapporten Hur mår Sveriges nationella minoriteter att man bedömer efter en intervjustudie från 2010, att hjärt- och kärlsjukdomar, fysisk inaktivitet och en kosthållning med hög andel fett är mer vanligt förekommande bland romer än bland befolkningen i stort (2).

Även inom detta område ser regeringen, i Strategin för romsk inkludering, en uppgift för hälsokommunikatörer att medverka till att kostupplýsning når romska grupper. Särskilt betonar man vikten av att sådan upplýsning når unga, både flickor och pojkar (2).

Även här har kommentaren från FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter giltighet (se under Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, s. 33). I kommentaren betonar kommittén att statens åtaganden avseende rätten till bästa möjliga hälsa omfattar skyldigheten att aktivt underlätta och stödja både enskilda och delar av befolkningen att komma i åtnjutande av sin rättighet. (26).

Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

Målområdet handlar om samhällets åtgärder för att minska bruket av alkohol och tobak, ge ett narkotikafritt samhälle och minska skadeverkningarna av överdrivet spelande.

Av Folkhälsoinstitutets intervjustudie från 2010(6) framgår att de intervjuade upplever att det bland romer förekommer en hög alkoholkonsumtion bland framför allt män och ungdomar. De intervjuade ser också att spelberoende och tablett- och drogmissbruk är ett ökande problem (2).

Här framhåller man i Strategin möjligheten av att hälsokommunikatörer kan ha en roll att spela även inom detta område. Det kan handla om att säkerställa att arbetet med att förebygga alkohol- och drogmissbruk bland unga också når romska flickor och pojkar (2).

Resultat

Sammanställning av intervjuer med romer

Romers kännedom om sina rättigheter

Utifrån de intervjuer som gjorts är bedömningen att kännedom bland romer om vilka rättigheter romer som grupp har är liten och framförallt vad de i praktiken betyder. Informanterna tror att andra romer i ännu mindre utsträckning känner till sina rättigheter. Flera av de som svarar att de känner till dem är eller har varit aktiva i romska organisationer eller annat utvecklingsarbete kring romska frågor.

Kontakter med vården

Alla de intervjuade har haft kontakt med vården, oftast utifrån egna behov men även som anhörig. Man ger uttryck för att det är svårt att veta hur vården fungerar.

Det finns bland de intervjuade en hel del negativa upplevelser när det gäller bemötande och långa väntetider. Det är också orsaker till att en del av de intervjuade ibland har avstått från att söka vårdkontakt. När gäller bemötande så refereras till att man i sina kontakter med vården har upplevt både fördomar och språksvårigheter. Men flera menar att det också handlar om på vilket sätt den enskilda vårdcentralen fungerar. Några har bytt vårdcentral och har därefter inte upplevt dessa problem.

När det gäller tandvård avstår flertalet med hänvisning till att det är alldeles för dyrt och att man bara går till tandläkaren om det är akut.

Många av de yngre hjälper sina föräldrar vid kontakterna med vården. Det handlar både om hjälp med att kontakta vården och att förstå innehållet i det den medicinska personalen säger men också för att minska känslan av osäkerhet. Att ha en anhörig med sig känns tryggare eftersom att man har egna eller andra romers erfarenheter av att kontakter med myndigheter har varit kränkande och även innehållit övergrepp. Dock uppger flertalet av de intervjuade att de själva känner sig trygga med den vård de får men gör bedömningen att andra romer nog är mindre trygga.

För de äldre är det viktigt att ha personlig kontakt med vårdpersonalen. Blir det för krångligt med telefonbokningar etcetera går man därför hellre till vårdcentralen direkt, även om det innebär att de får sitta länge och vänta. Det är vanligare att yngre använder internet för att ta reda på mer om symtom etcetera.

Tillgång till tolk

Det är svårt att utifrån dessa intervjuer säga hur det ser ut med behovet av och tillgången på tolk. Ganska få av dem som intervjuades har behov av tolk och dessa hade blandade erfarenheter när gäller tillgången och kvaliteten. Någon sa att ibland finns inte den beställda tolken på plats eller så kan hen inte den aktuella versionen av romani. Andra berättade att sjukhuset brukar lösa behovet genom att kalla på någon finsktalande kollega (gäller finska romer).

I dessa fall har det handlat om behov av översättning men i ännu oftare pekar de intervjuade på att det för många, särskilt äldre, kan vara svårt att förstå den muntliga och skriftliga information som ges av vårdgivaren och inte minst då medicinska innebörden.

Ofta hjälper anhöriga och företrädesvis unga vuxna och vuxna barn sina föräldrar med vårdkontakter och översättning vid besök i vården. Det kan kännas tryggt, men vid exempelvis så kallade kvinnosjukdomar är det inte accepterat att barn och föräldrar delar information. Då kan det vara problematiskt för vuxna barn att hjälpa sina föräldrar och då särskilt mödrarna. Det kan också vara problem för den anhörige att behöva ta ledigt från jobb och utbildning för att hjälpa föräldrarna.

Kunskap om romsk kultur respektive hälso- och sjukvårdens funktion och arbetssätt

De intervjuade anser att personalen inom hälso- och sjukvården skulle behöva få veta mer om romers behov och kultur. Många av informanterna menar att även romer behöver få mer kunskap om sina rättigheter samt kunskap om och vägledning i hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar.

Personligt och respektfullt bemötande

Den personliga kontakten med vårdgivarna är för många väldigt viktig, framförallt för de äldre som tycker det är problematiskt att använda telefon eller dator i kommunikationen. Många av de intervjuade kopplar de hinder de stött på i kontakterna med vården till att de är romer. Några tar upp att det, på grund av tidigare erfarenheter, finns en känslighet hos många romer för dåligt eller slarvigt bemötande, något som det är viktigt att personalen är medveten om för att kunna bygga förtroende och tillit.

Hälsa är förknippat med att ha arbete, vänner och framtidstro

De intervjuade förknippar god hälsa och att må bra med att ha arbete och inkomst medan fattigdom ger stress och ohälsa. Att ha vänner är viktigt liksom att känna sig inkluderad och att kunna vara med och bidra i samhället. Att kunna tro på att det ska bli bättre i framtiden är viktigt, om inte för sin egen del så åtminstone för barnens räkning.

Äldre personer menar att för deras del hade de resignerat och att fokus ska ligga på att hjälpa de unga in i samhället. Men även några av de yngre har för sin del en pessimistisk syn på framtiden. De menar att det inte spelar någon roll vad de själva gör. Även om de kämpar sig igenom en skola, trots mobbning och brist på utbildningstradition och stöd hemifrån, så får de ändå inga jobb. Några tar upp att samhällssystemen inte är anpassade för romska traditioner att bilda familj tidigt, eftersom det kan vara svårt att både ha barn och satsa på ett arbete eller läsa vidare. Ett annat exempel som någon tar upp i samband med att bilda familj i yngre ålder är behovet av att kunna få göra fertilitetsutredningar tidigare än vad som är norm i vården, det vill säga i trettioårsåldern.

Många tar också upp att en god hälsa även hänger samman med att inte röka, dricka måttligt, äta bra, träna och att inte stressa.

De viktigaste hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna

De allra viktigaste hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna är, enligt de flesta av de intervjuade; arbete, utbildning och integrering i samhället. En del av de intervjuade menar att det också krävs motivationshöjande insatser som bryter negativa mönster.

Behovet av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder är stort hos kvinnorna som i många fall lever mer isolerade och har stor arbetsbörda. Många vittnar om att de känner sig ensamma med sina krämpor och funderingar, vilket de ser som orsak till depression och att det blir en ond cirkel. Aktiviteter som de intervjuade ansåg kunna vara hälsofrämjande var organiserade, gemensamma promenader, att laga nyttig mat tillsammans över generationsgränser etcetera. Flera av de intervjuade menar att många romer skulle behöva konkret kunskap om och hjälp med att etablera hälsofrämjande levnadsvanor.

Flertalet romer berättar om en brist på förtroende för myndighetsvärlden och att hälso- och sjukvården hör dit. Många romer ”lyssnar inte på vem som helst” utan vem som är budgivaren har stor betydelse. Flera pekar på möjligheterna att detta stöd skulle kunna ordnas i form av sociala mötesplatser och aktiviteter.

Hälsofrämjande faktorer inom den egna kulturen

Social gemenskap och aktivt deltagande i samhället är viktiga hälsofrämjande faktorer. Det är också det som de intervjuade lyfter när frågan ställs om vilka hälsofrämjande faktorer det finns inom den romska kulturen. Många beskriver också som positivt att man hjälper varandra, praktiskt och ekonomiskt. Musik, dans, respekt för varandra och då särskilt äldre samt familjefester nämns också som betydelsefulla ”friskfaktorer” samt att man är kärleksfulla gentemot sina barn.

När det gäller negativa faktorer tar många av de intervjuade upp bristen på tillit till myndigheter och myndigheters misstro mot romer samt förtroendeklyftor mellan romer och samhället i övrigt. Vissa attityder och sedvanor inom den romska kulturen nämner en del av de intervjuade som mindre hälsofrämjande, exempelvis förhållandet till alkohol, psykisk ohälsa och homosexualitet. Flertalet tar även upp att det hos romer finns levnadsvanor som inte är så hälsosamma. Matvanor och fysisk aktivitet menar många skulle kunna bli bättre om man erbjöds kunskap och praktisk vägledning.

Insatser som olika aktörer kan bidra med

Samtal fördes om olika aktörers roller och vad de kan bidra med. Som exempel på vad samhället kan bidra med tar de intervjuade upp kunskap om hur samhället fungerar, hur man skaffar sig en gångbar utbildning och blir självförsörjande samt att ordnar bostad. Att öka romska patienters trygghet med vårdtjänster och stöd till att leva hälsosamt är andra viktiga uppgifter för samhället. Skolhälsovården kan utveckla sitt arbetssätt för att bättre fånga upp barns behov av stöd och på så sätt förebygga ohälsa. Samhället kan också ta ett ansvar för att informera såväl allmänheten som politiker och sjukvårdspersonal om romsk kultur, tradition och vad som historiskt har skett.

Samhället kan vidare utforma och ge ett bättre stöd till romska föreningar så att de i sin tur kan fylla sina funktioner. Romska organisationer kan ordna sociala mötesplatser, särskilt för ungdomar och romska kvinnor som har stora behov av att

träffa varandra och andra kvinnor, både romska och andra grupper, utanför hemmet. Vid mötesplatserna kan information och stöd ges och träffar med politiker och tjänstemän ordnas.

Frivilligsektorn och ideella organisationer har ett ansvar för att söka upp och bjuda in fler romer och göra det möjligt och attraktivt för romska barn att delta i olika aktiviteter, exempelvis inom idrottsrörelsen.

Individen själv har ett ansvar att leva mer hälsosamt, att kämpa och tänka utanför det traditionella för att kunna ta till sig det som är bra från "majoritetssamhället".

Sammanställning av intervjuer med tjänstemän i kommuner och landsting

Hälsofrämjande och förebyggande insatser som inkluderar romer i kommuner och landsting

Tjänstemännen, i både kommunerna och landstingen, poängterade att hälsofrämjande och förebyggande insatser är generella och styrs av de patienträttigheter som finns formulerade i Hälso- och sjukvårdslagen. De menade att romer som befolkningsgrupp inkluderas i alla hälsofrämjande och förebyggande insatser då dessa enligt lagen ska omfatta hela befolkningen. Tjänstemännen beskrev att de inte visste exakt hur många romer som bodde i kommunerna eller hur många som tillhörde specifika vårdcentraler. Den enskilda samhällsmedborgaren kan lista sig på den vårdcentral som han/hon själv väljer. Det förs ingen särskild statistik på etnicitet i patientjournalen. Någon menade att det fanns en känsla av att romerna som besökte vårdcentralen hade låg utbildningsnivå, social ohälsa och levde i ganska stor fattigdom. Den etiska dimensionen och jämlikhetsaspekten poängterades av tjänstemännen utifrån att alla i befolkningen som söker vård erbjuds samma insatser oavsett tillhörighet till befolkningsgrupp. De specifika insatser för romer som beskrevs i både landsting och kommuner, fanns inom ramen för pilotverksamheten av romsk inkludering samt i vissa fall inom barnvårdscentralens (BVC) verksamhet. Utvecklingsprojekt som omfattade romer i pilotkommunerna och där dessa aktivt medverkade var inom "hälsokommunikatörer", "brobyggare" samt "hälsoguider i Hälsotek". Förtroendeskapande insatser med syftet att öka romernas tillit till civilsamhället ansågs vara mest angeläget av tjänstemännen.

Romer uppfattades ibland ha bristande kunskaper om basfakta i hälso- och sjukvården. Exempel var att vissa romska kvinnor inte vet varför de ska göra mammografi eller cellprovskontroller. Romerna uppgavs även ibland ha bristande kunskap i kostfrågor. Tjänstemännen i landstingen beskrev att det finns tillgång till tolk i finska däremot finns inte skriftlig information eller tolkmöjligheter avseende det romska språket romani chib. Vårdcentralerna nyttjade ibland brobyggarfunktionen vid behov av tolkning till romani. Det fanns ingen kännedom om det fanns någon medarbetare som kunde romani chib. Skriftligt informations- eller hälsoupplysningsmaterial fanns inte tillgängligt på ovanliga språk där romani

beskrevs vara ett. Tjänstemännen inom landstingen antog att Sjukvårdsrådgivningen på 1177 hade hälsouppllysning på romani chib.

Tjänstemännen i kommunerna beskrev ett grundläggande behov av att öka kunskaperna om romernas livssituation för att på ett bättre sätt kunna inkludera dessa i kommunernas ordinarie hälsofrämjande samt förebyggande insatser. Om kunskapen ökar om hälsosituationen i de romska befolkningsgrupperna kan det leda till att insatserna utformas så att de bättre stämmer överens med romernas behov. Utvecklingsbehovet för romer avseende hälsofrämjande och förebyggande insatser/åtgärder beskrevs vara stort utifrån det övergripande folkhälsomålet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa ”*Vi behöver skapa kunskap om att hälsan är ojämlikt fördelad och hur vi behöver tänka för att det vi gör ska komma dessa grupper till del*”.

En framgångsfaktor för att utveckla hälsofrämjande insatser för romer beskrevs vara krav på ökad samverkan mellan olika aktörer i det civila samhället. De organisatoriska strukturer som finns i kommunerna ansågs ibland minska möjligheten till samverkan. I utveckling av insatser för romer poängterades behovet av att detta skedde i delaktighet och inflytande av de romska organisationerna.

Insatser för att främja romers livs- och hälsosituation

Tjänstemännen i kommunerna poängterade behovet av en tydlig hälsofrämjande utbildningsarena som skulle kunna bidra till att medvetandegöra och öka samhällets kunskap om romers kultur och livssituation. Till denna hälsofrämjande arena påtalades dock behovet av en ökad samverkan mellan olika samhällssektorer t.ex. arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården samt skolan. En framgångsfaktor som betonades var att öka romernas förtroende för samhällssektorn och romers delaktighet i utvecklingen av de hälsofrämjande arenorna. Goda exempel på insatser som främjat romers hälso- och livssituation beskrevs vara romska hälsokommunikatörer (särskilt utbildade), brobyggarfunktionen samt den stora romska utställningen på Göteborgs stadsmuseum. Tjänstemännen i landstingen uppgav att förtroendeskapande aktiviteter för romer hade hög prioritet. Det fanns olika uppfattningar om romer hade förtroende för hälso- och sjukvården. Några av tjänstemännen uppgav att polisens registrering av romer i Skåne hade påverkat romernas förtroende för hela samhällssektorn på ett mycket negativt sätt. Romska hälsokommunikatörer och/eller brobyggarfunktioner angavs vara en möjlig väg att öka kunna förtroendet mellan civilsamhället och romerna. De intervjuade beskrev ett grundläggande behov för vårdpersonal av att kontinuerligt fokusera på och utbilda i bemötandefrågor för att undanröja de missförstånd som ibland uppkommer mellan vårdpersonal och romer. Tjänstemännen menade att medarbetare i kommuner och landsting inte ofta reflekterar över sitt eget bemötande i möten med exempelvis romer. De angav att det fortfarande finns mycket fördomar om romer. Romerna ansågs behöva kunskap om de rättigheter som finns enligt lagstiftning när vården kontaktas.

Uppföljning av insatser

Kommunerna och landstingen saknade uppföljning på övergripande nivå av genomförda hälsofrämjande insatser för romer, dock påpekades att det ingick i ordinarie verksamhetsuppföljning. Uppföljning avseende speciella projekt riktade till romer, skedde då öronmärkta medel tilldelats. Nationell och regional uppföljning skedde via statistik omkring kön och socioekonomiska faktorer, inga insatser följdes upp utifrån etnicitet. Tjänstemännen betonade behovet av nationell uppföljning av hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till romer samt övriga minoritetsgrupper.

Insatser riktade till romer i pilotkommunerna

Enligt tjänstemännen i landstingen hade inte verksamheterna några specifika utbildningar/kurser omkring romsk kultur etc. för personalen. Några hänvisade till förekommande utbildningsdagar i mångfald. Andra beskrev planer på att bjuda in brobyggare till personalmöten för att öka kunskapen om romer hos vårdpersonal. Flera av tjänstemännen angav att olika utvecklingsprojekt hade lett till viss kunskap om den romska kulturen. Tjänstemännen menade att en utbildning om romsk kultur och historia måste ha en romsk talesperson om den skulle anses vara trovärdig.

Tjänstemännen i kommunerna hade olika uppfattningar i frågan om det hade förekommit utbildningsinsatser omkring romers livssituation för kommunens personal. Någon trodde sig veta att det funnits utbildningsinsatser medan andra beskrev att de inte hade någon kännedom om utbildning förekommit. Några av de intervjuade visste att det förekommit utbildning men inget om innehåll eller omfattning. En tjänsteman beskrev att inom ramen för Stadsmuseets utställning i Göteborg hade det funnits föreläsningar och seminarier. Ingen hade kännedom om romer var en prioriterad målgrupp utöver den ordinarie verksamheten, mer än i brobyggarfunktionen. I en kommun hade det funnits ett projekt med romska hälsokommunikatörer som hade bekostats med statliga medel under ett år men de extra resurserna hade upphört och då även projektet.

Betydelsefulla insatser för att förbättra hälsosituationen för romer

Förtroende- och trovärdighetsskapande insatser mellan det civila samhället och romerna ansågs ha stor betydelse för att kunna förbättra hälsosituationen för romer. Alla tjänstemän betonade vikten av att ha ett arbete som den faktor som har störst betydelse i att förbättra hälsosituationen för romer. Ett arbete ansågs ge livet en mening och få individen att känna sig värdefull. Andra livsvillkor som betonades av tjänstemännen var bra bostäder, att kunna försörja sig själv, att gå i skolan och avsluta med godkända betyg. Några av tjänstemännen påtalade att i skolans verksamhet behöver det hälsofrämjande och förebyggande förhållningssättet öka på alla nivåer. Stödjande föräldraprogram på rätt språk ansågs vara en framgångsfaktor för att föräldrar ska bli trygga i att sätta adekvata gränser för sina barn. Tjänstemännen menade också att om hälsosituationen för romer ska kunna förbättras krävs hälsofrämjande och förebyggande insatser redan tidigt i skolan

I arbetet med sundare levnadsvanor ansågs hälso- och sjukvården vara en arena med stor betydelse avseende de förebyggande insatserna, då i stort sett alla människor någon gång besöker vården. Optimal och rätt information om den egna hälsan till den enskilde romen, gör att denne kan känna sig välinformerad, vilket kan leda till att han/hon själv förändrar samt påverkar sin egen hälsa. Någon beskrev att det ibland kan vara svårt för romer att tala med vårdpersonal om sin egen hälsosituation. Det medför att vårdpersonal kontinuerligt bör arbeta med sitt eget bemötande för att på rätt sätt i samtal och handlingar kunna stödja den vårdsökande. Någon tjänsteman menade att om man upplevt diskriminering, blivit illa behandlad eller negligerad, illa och fördömsfullt bemött då finns en stor risk att förtroendet för vården skadats och att romerna inte vänder sig till vården trots att de har behov. Det kan i sin tur leda till en ökad risk för fel eller försenad vård.

Några av tjänstemännen uttryckte tveksamhet över om romer inkluderades i sociala sammanhang på ett naturligt sätt. Acceptans och tillhörighet i sociala sammanhang ansågs leda till inkludering i samhället på sikt och därmed möjliggöra en förbättrad hälsosituation för romer. En tjänsteman ansåg dock att det finns en grundplattform där alla människor är lika värda och därför kan inte fokus vara endast på en speciell folkgrupp. Diskriminering och minoriteter ska kunna uppmärksammas för att visa att alla människor är lika värda.

Samverkan med romska organisationer

Tjänstemännen beskrev att uttalad samverkan saknades med de romska organisationerna. Någon menade dock att om en särskild kampanj eller aktivitet skulle förankras i de romska grupperna så ökade trovärdigheten i budskapet om de romska organisationerna var delaktiga i genomförandet. Särskilda resurser avsatta till samverkan med romska organisationer fanns inte utan ingick i den ordinarie verksamheten. Några av tjänstemännen i kommunerna menade att intresset fanns för att öka samverkan med de romska organisationerna däremot fanns inte resurser för detta. En tjänsteman visste att det fanns en samrådsgrupp för alla nationella minoriteter i kommunen. I en annan kommun fanns ett fristående s.k. Romaråd. Några av de intervjuade beskrev att det fanns möjlighet att stödja föreningar ekonomiskt men inte riktat till särskilda befolkningsgrupper utan t.ex. barn- och ungdomsverksamhet inom stadsdelen. Det kunde vara genom vissa personalinsatser eller olika samarrangemang. Det hade även förekommit ekonomiskt stöd till en romsk förening.

Behov av åtgärder för att förbättra romers hälso- och livsvillkor

I frågan om vilka åtgärder som behövs för att förbättra romernas hälso- och livsvillkor var svaren i stort sett enhetliga i kommuner och landsting. Högsta prioritet var arbetsmarknadsåtgärder (att ha ett arbete) som gör att individen klarar sin egen försörjning, får kontroll över sin egen ekonomi och känner sig behövd. Tjänstemännen ansåg att fokusera på nämnda åtgärder skulle kunna leda till att hälsoskillnader på sikt utjämnades.

Flera av tjänstemännen betonade även förebyggande åtgärder i skolans verksamhet så att barnen genomför grundskolan med närvaro. För att genomföra detta ställs krav på att det finns möjlighet att stödja föräldrarna samt identifiera de barn som behöver stöd mer än att identifiera vilka som är romer. Tjänstemännen menade att stödet ska omfatta alla som har föräldrar som inte sätter barnen i centrum och inte endast rikta sig till romer. Synpunkten var att de barn som behöver stöd i skolan är de som inte får det hemma. Barnavårdscentralen (BVC) och skolhälsovården ansågs ha en stor uppgift i att vara mer proaktiva, uppsökande och uppmärksamma elever (eller blivande elever) som skulle kunna ha behov av särskilda stödinsatser. Flera av tjänstemännen påtalade även vikten av förebyggande åtgärder inom området tandhälsa även för de vuxna romerna.

I hälso- och sjukvården menade någon att det finns ett intresse i verksamheterna av att utveckla den kulturella kompetensen om romer men det saknas kunskap om hur det ska göras. Flera av tjänstemännen uttryckte svårigheten att veta om vårdsökande är rom eller inte. En av tjänstemännen föreslog en certifieringsutbildning för personal om de egna inneboende värderingarna som har betydelse i bemötandet av vårdsökande. Det uttrycktes även en viss oro över dilemmat om vi har förförståelse för en grupp så kan det riskera att inte den unika individen med sina problem blir synlig.

Styrdokument som inkluderar romska frågor i kommuner och landsting

Tjänstemännen hade inte någon kännedom om det fanns styrdokument där romska frågor specifikt inkluderades men menade att de styrdokument som finns omfattar alla medborgare och är generella för hela befolkningen. Dock fanns kommunövergripande projektplaner t.ex. ”pilotkommuner för romsk inkludering” vilka inkluderade romer specifikt.

Övriga synpunkter

Tjänstemännen frågade sig hur man ska arbeta för att minimera majoritetssamhällets fördomar där romer ansågs vara särskilt belastade. De betonade att för romer ansågs utbildningsfrågan ha högsta prioritet ”*Det är ju nyckeln in i samhället att gå i skola och att du får vänner och så där*”. Romerna uppfattades ha starka familjeband och regler vilket många gånger var positivt men ibland även med kunde hindra möjlighet till delaktighet i det svenska civila samhället. Det ansågs också vara betydelsefullt med romska förebilder som behållit sin identitet men var aktiva och delaktiga i civilsamhället. Tjänstemännen menade att civilsamhället måste ta hjälp av t.ex hälsokommunikatörer från den romska gruppen om olika budskap ska nå fram till romerna. Synpunkter fanns även omkring arbetet med romsk inkludering, om det ska bli framgångsrikt måste det finnas resurser och långsiktighet.

En tjänsteman ville lyfta fram det övergripande folkhälsomålet och ställa specifika frågor utifrån det t.ex.: Är det samhället som ökar skillnaderna i hälsa? Vilka

grupper är det egentligen man vänder till i folkhälsoarbetet? Man menade att den nationella nivån borde kunna identifiera de grupper som bör ägnas mest uppmärksamhet. Det framhölls att civilsamhället måste bli bättre på att se ojämlikheten i hälsa, hur man åtgärdar eller inte och vad samhället kan bidra till.

Diskussion

Inledning

Regeringen har givit Länsstyrelsen i Stockholm uppdraget att tillsammans med representanter för romerna och för ett antal myndigheter däribland Folkhälsomyndigheten göra en nulägesbeskrivning av romers situation. Nulägesbeskrivningen ska göras dels utifrån rättighetsperspektivet dels utifrån respektive ingående myndigheters ansvarsområde.

I uppdraget angav regeringen att nulägesbeskrivningen, för Folkhälsomyndighetens del, ska kopplas till det övergripande folkhälsomålet, dvs samhälleliga förutsättningar för hälsa på lika villkor. Regeringen preciserade vidare att nulägesbeskrivningen bör utgå från de s k bestämningsfaktorerna för folkhälsa, vara framåtsyftande samt att ett särskilt fokus ska ligga på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Arbetsprocessen har präglats av kontinuerlig dialog mellan dessa parter. Utifrån de övergripande frågeställningar som tagits fram av Länsstyrelsen i Stockholm har Folkhälsomyndigheten, tidigare Folkhälsoinstitutet, för folkhälsoområdet arbetat fram intervjufrågor. Genom de sakkunniga romerna och övriga i arbetsgruppen har intervjufrågor och upplägg löpande kunnat stämmas av, vilket har varit en trygghets- och kvalitetsfråga.

Information har samlats in genom intervjuer av romer och tjänstemän i pilotkommuner och landsting. I några av de undersökta pilotkommunerna har det varit svårt att få fatt i personal med överblick och ansvar för romska frågor, möjligen också för att vi efterfrågade att de även skulle kunna relatera till folkhälsoaspekter. Romerna som är intervjuade har rekryterats av en romsk organisation via en av länsstyrelsen upphandlad tjänst. På grund utav att det finns stora förtroendeklyftor mellan romer och samhället och att registerdata inte finns att tillgå hade andra sätt att samla in uppgifter om romernas situation varit olämpliga eller rent av omöjliga. Detta är bland annat en metodfråga som vi återkommer till längre fram i rapporten (diskussionen). Vid läsning ska hållas i minnet att antalet informanter är litet och inte slumpmässigt utvalda. Det går alltså inte att dra generella slutsatser utifrån den information vi fått fram, utan det är bilder som ett antal romer och tjänstemän i pilotkommunerna har förmedlat.

Det finns anledning att reflektera över hur den icke slumpmässiga rekryteringen av de romska informanterna kan ha påverkat svaren. Vissa av svaren tyder på att de romer som varit villiga att medverka vid intervjuerna i större utsträckning än romer generellt, känner till och kan orientera sig i samhällssystemet. Dock är intervjuerna i mångt och mycket samstämmiga varför resultatet som presenteras i denna delrapport ändå bör kunna ses som ett steg på vägen att beskriva situationen för romer utifrån såväl ett rättighets- som ett folkhälsoperspektiv. Det finns antagligen aspekter som, ifall vi hade undersökt det, skulle ha besvarats olika beroende på vilken romsk grupp vi hade frågat. Vi har också uppfattat att det finns stora skillnader mellan olika individers erfarenheter. Inledningsvis vill vi också

poängtera att de intervjuade romerna har förmedlat en stor mängd viktig värdefull information, men allt inte har varit möjligt att bära fram till diskussion. Vi har ansett oss behöva göra urval i resultatet utifrån Folkhälsomyndighetens grunduppdrag. Den diskussion som vi i det följande för är framåtriktad, i linje med det regeringen i uppdraget önskat.

Rättighets- respektive hälsoperspektivet har som tidigare beskrivits varit utgångspunkter för genomförandet av nulägesbeskrivning. De förutsättningarna som behöver finnas på plats för att människor ska erhålla bästa möjliga hälsa är i princip desamma för befolkningen i stort som för romer. I lagstiftning och i strategin för romsk inkludering har regeringen understrukit att när det gäller romers förutsättningar så behövs kraftfulla åtgärder på många områden, inte minst på folkhälsoområdet. Exakt vilka förutsättningar för hälsa som ska redovisas och vilka faktorer på rättighetsområdet ska åskådliggöras är inte självklara utan behöver undersökas vidare.

Inledningsvis diskuteras resultaten mot bakgrund av rättighetsperspektivet för att därefter gå över till sakområdet folkhälsa. Den struktur som den följande diskussionen har utgår från de teman som intervjuresultat gett. Frågorna som Folkhälsomyndigheten ställde till romer och tjänstemän var en bearbetning av de övergripande frågeställningar som inledningsvis hade formulerats. De övergripande frågor var:

- Hur uppfattar myndigheten situationen när det gäller att få tillgång till rättigheterna avseende ”hälsa”?
- Vilka hinder och möjligheter uppfattar myndigheten finns för romer ska få tillgång till eller ta tillvara sina rättigheter?
- På vilket sätt kan myndigheten främja att romer får tillgång till sina rättigheter inom myndighetens område? Vilka utvecklingsbehov uppfattar myndigheten inom sitt område och i den egna verksamheten i detta avseende?
- Vilka insatser genomför myndigheten idag för att säkerställa romers rättigheter och främja att romer tar tillvara sina rättigheter? Exempelvis vilka resurser och former för dialog finns?
- Hur uppfattar myndighetsrepresentanten myndighetens bemötande av romer?
- Vilken kunskap finns hos myndighetens personal om romer och romers livssituation?

Nuläget utifrån rättighetsperspektivet

I uppdraget att genomföra nulägesbeskrivningen angav regeringen att denna ska utgå ifrån rättighetsperspektivet samt respektive myndighets sakområde. Tillgång till lika rättigheter samt diskriminering påverkar vardagen för många romer och deras hälsa. Dåligt bemötande och brist på kunskap om romsk kultur respektive romers specifika hälsorelaterade behov påverkar hälsan hos romer som grupp.

I kapitlet ”Referensramar för nulägesbeskrivningen” återges några av de styrdokument som är relaterade till nulägesbeskrivningens olika delar och

innehållet i dessa beskrivs kortfattat. Innehållsmässigt överlappar olika styrdokument varandra och vi vill understryka att förteckningen inte är fullständig. Enligt WHO och FN innebär begreppet *hälsa*, att länderna bör skapa grundläggande förutsättningar som möjliggör god hälsa i hela befolkningen utifrån aspekten mänsklig rättighet.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) m fl har i ett arbete från 2010 försökt konkretisera vad mänskliga rättigheter (MR), såsom de är angivna av Världshälsoorganisationen, i praktiken betyder(29). Ett av de sex områden som omfattas av denna MR-modell är ”rätten till bästa möjliga uppnåeliga hälsa”. DO’s arbete beskriver vad den lokala nivån förväntas uppfylla. För oss har materialet varit inspirerande för att bearbeta resultaten i nulägesbeskrivningen. Det kan också, utifrån ett rättighetsperspektiv, vara användbart för det fortsatta arbetet.

Bemötande och upplevelser i vården

De intervjuade, såväl romer som tjänstemän, menade att brist på kunskap om romers kultur och specifika behov samt fördomar negativt påverkar situationen för såväl enskilda romer som romer som grupp. Ett exempel på hur det ibland kan uppstå kollision är mellan romers vilja att vara hos vänner och släkt som är inlagda för vård och personalens uppfattning om vad som är möjligt.. Vårdpersonalen hänvisar ofta till begränsningar omkring hur verksamheten är utformad och till lokalernas beskaffenhet. Ett annat exempel som romerna framhöll var det problem som upplevdes utifrån att infertilitetsutredningar inte görs förrän i trettioårsåldern. Då många romer vill bilda familj tidigt i livet kan det betyda att de får vänta i tio år eller mer innan en utredning påbörjas.

De romer som vi intervjuade angav att de är relativt nöjda med den vård de erhållit och att de även känner sig trygg med den. Däremot trodde de att andra romer inte är lika nöjda. Flera av de intervjuade romerna beskrev också att kvinnors behov, särskilt de äldre romska kvinnornas, inte tillgodoses i samma utsträckning inom hälso- och sjukvården. De tankar som de intervjuade romerna hade om vad det kunde bero på till exempel att en del kvinnor har större språksvårigheter, att det finns kulturella aspekter som inte uppmärksammas i vården eller att personal inte lyssnar lika aktivt på kvinnor som på män (generellt) samt att män (generellt) är bättre på att hävda sin rätt.

Några romer med negativa erfarenheter av bemötande och tillgänglighet, beskriver att efter byte av vårdcentral upplever de mycket färre eller inga problem med bemötandet eller brist på tillgänglighet till vårdtjänster. Det finns alltså olika upplevelser av bemötande och några romer menar att det beror på hur den enskilda vårdcentralen är organiserad samt på personalens egna värderingar och arbetssätt. En del romer pekar också på vårdens generellt bristande resurser som ett stort hinder för att de ska kunna få den behandling som de anser att de behöver.

Tolk och kommunikationsstöd

När det gäller tolkning till romani inkl. dialekter inom hälso- och sjukvården uppfattar vi att tillgången är låg. Utifrån våra intervjuer är det svårt att bedöma hur omfattande behovet av tolk är. Finsktalande romer berättar att tolkning ibland

ordnas via den finsktalande sjukvårdspersonal som är tillgänglig. I lagsstiftningen kring nationella minoriteter är det reglerat att hälso- och sjukvården m fl verksamheter ska tillhandahålla tjänster på samiska, finska och meliänkäli, dvs romani omfattas inte av detta förstärkta lagstöd. Å andra sidan finns det i Hälso- och sjukvårdslagen uttryckt ett ansvar för att information och organisering av vården ska vara patientanpassad. I sammanhanget ska också sekretesslagen beaktas så att det inte uppgifter läggs på brobyggare eller anhöriga som inte har undertecknat förbindelsen om tystnadsplikt eller som riskerar att vara alltför ”tung” att bära.

De intervjuade romerna gav tydligt uttryck för att vad många romer behöver är stöd att förstå muntlig och skriftlig information som ges inom hälso- och sjukvården. Det innebär att kunna komma till tals med professionen samt förstå sitt medicinska tillstånd för att aktivt kunna vara med och ta ställning till olika vårdalternativ. I många fall är det de mer eller mindre vuxna barnen som får hjälpa sina föräldrar i kontakter med vården, vilket kan innebära både praktiska problem och vara olämpligt rent integritetsmässigt.

Utbildningsinsatser behövs, såväl riktade till tjänstemän som till romer

Intervjuresultaten visade att det inte förekommer särskilda utbildningsinsatser i romska frågor för personal. I Göteborg beskrev tjänstemännen att den stora romska utställningen betraktades som en utbildningsinsats. Alla anställda inom Göteborgs kommun hade erbjudits att delta i guidning inom utställningen, på arbetstid och utan kostnad. För att förbättra bemötandet av t.ex. romer föreslog en av tjänstemännen att det skulle anordnas en kortare certifieringsutbildning för personal om deras egna värderingans betydelse i bemötande av vårdsökande.

Såväl de intervjuade romerna som tjänstemännen menade att kunskapen hos romer generellt är låg omkring de rättigheter som romer har. Mot bakgrund av det finns erfarenheter av dåligt bemötande menade någon av tjänstemännen att det därmed finns en risk att romer inte söker upp vården eller inte gör det i tid. Romer och tjänstemän betonade också att romer i allmänhet skulle behöva mer kunskap om och vägledning i hur hälso- och sjukvårdssystemen fungerar. Brobyggare och i något fall även hälsokommunikatörer som finns i pilotkommunerna verkar i sammanhanget fylla en funktion, trots att det är en ny verksamhet. Många romer vittnade om det positiva med brobyggare (och hälsokommunikatörer som under en tid fanns i någon pilotkommun). Förutom den specifika funktion verkar brobyggare också vara förebilder när gäller att visa att romer kan erhålla den sortens arbeten inom stat och kommun. Samtliga intervjuade underströk att detta måste vara långsiktiga satsningar, det tar tid att etablera och kvalitetssäkra nya funktioner.

Ekonomisk tillgänglighet påverkar framförallt tandhälsa

När gäller ekonomiska resurser tycks det framförallt påverka tillgänglighet till tandvård. Få avstår från att söka vård av ekonomiska skäl, även om någon hade avstått från att ta ut läkemedel av det skälet. Däremot menade flertalet av de intervjuade romerna att tandvård är alldeles för dyrt och något som kommer på

fråga endast vid akuta situationer. Även från landstingshåll lyfts behovet av förebyggande insatser när gäller vuxna romers tandhälsa.

Styrdokument saknas

Enligt vad de intervjuade tjänstemännen hade kunskap om saknas övergripande policys omkring romsk inkludering, förutom pilotverksamheternas projektbeskrivningar. Några av tjänstemännen hänvisade i sammanhanget till generella kommunala styrdokument för mångfaldsfrågor.

Slutsatser och förslag utifrån rättighetsperspektivet

Utifrån genomförda intervjuer uppfattar vi att kunskapen i landsting och kommuner om romers särskilda ställning och rättigheter är relativt låg. Vår bedömning är att romers tillgång och tillgänglighet till välfärdstjänster skulle påverkas positivt om kommunernas och landstingens kunskaper om romernas rättigheter och kulturella bakgrund ökade. Ett sätt att stärka rättighetsperspektivet vore om vårdpersonal med utgångspunkt i rättighetslagstiftningar gavs möjlighet att öka sin kunskap om romsk historia, romska traditioner och levnadssätt. Vid genomförande av sådana kunskapshöjande insatser är det helt nödvändigt med medverkan av romer, till exempel i form av romska brobyggare.

Vidare är vår bedömning att det inom hälso- och sjukvården finns behov av att prioritera och kontinuerligt arbeta med bemötandefrågor när gäller romer och andra minoritetsgrupper. Det kan ex vis ske genom att personal får utbildning i och stöd i arbetet med värderingar och bemötandefrågor. Utbildningsinsatserna bör erbjudas de enheter där utvecklingsbehovet är störst. I sammanhanget kan nämnas att Folkhälsomyndigheten (tidigare Folkhälsoinstitutet) har haft uppdrag omkring myndigheters bemötande av våldsutsatta kvinnor som tillhör de nationella minoriteterna. År 2010 togs foldrar fram som stöd till myndigheter att arbeta med frågan.

Vid intervjuerna med hälso- och sjukvårdens representanter betonade dessa mycket starkt, principen att alla medborgare ska behandlas lika. Motivet som framhölls var att man vill undvika särbehandling och stigmatisering. Lagstiftningen ger dock kommuner och landsting möjlighet och rätt till särlösningar för att kunna möta behoven hos nationella minoritet, däribland romer. Men eftersom som kunskapen om rättighetslagstiftningen är överlag låg finns en risk att romer inte fullt ut får tillgång till sina rättigheter. Vår bedömning är att en process behöver komma tillstånd där innebörden av begreppet rättighet tolkas och förstås utifrån vad respektive verksamhet faktiskt kan göra för att tillgodose romers rättigheter och specifika behov.

Det finns i sammanhanget skäl att fundera över på vilket sätt normer påverkar den vård som ges samt hur vården organiseras och om det möjligen kan kollidera med romska synsätt och traditioner. Exempel på det är när hälso- och sjukvården inte alltid tar emot ett större antal släktingar och vänner som kommer för att stödja romska familjemedlemmar som är inlagda på sjukhus.

Såväl de intervjuade romerna som tjänstemännen menade att kunskapen hos romerna om vilka rättigheter de har, är relativt sett låg. Någon av tjänstemännen menade att det kan medföra att romer, särskilt när det finns erfarenheter av dåligt bemötande, inte söker vård i tid. Vår bedömning är att romers tillgång till sina rättigheter skulle kunna öka, om deras kännedom om rättigheterna ökade. Särskilt verkar romska kvinnor behöva mer information om sina rättigheter samt också få stöd för att kunna hävda dessa rättigheter när gäller den egna hälsan. Det kan finnas mer kunskap att hämta i denna fråga, från Folkhälsomyndighetens pågående uppdrag att genomföra en förstudie om hälsosituationen bland romska flickor och kvinnor.

Vi delar uppfattningen som såväl tjänstemän som romer underströk, att de mest väsentliga insatserna handlar om att öka romers tillit till myndigheter och samhället i stort samt även överbrygga de ömsesidiga förtroendeklyftorna och motverka fördomar och misstro mot romer. En del i detta är att använda arbetssätt och arbetsformer som möjliggör ökad medverkan och ökat inflytande från romernas sida, generellt i samhället. Ett exempel är att formerna för dialog och samverkan mellan det offentliga och de romska grupperna behöver utvecklas. Inte minst behöver unga romers möjligheter och vana att organisera sig kraftfullt öka. I sammanhanget bör civilsamhället och ideella föreningars roll nogta prövas. Folkhälsomyndigheten menar att ett offentligt finansierat ekonomiskt stöd för att stimulera sådana initiativ kan vara åtgärder i rätt riktning. Erfarenheter bör kunna hämtas från de uppdrag som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (tidigare Ungdomsstyrelsen) har haft på området.

I intervjuerna med tjänstemännen beskrivs att det saknas policys och/eller handlingsplaner för arbetet med romer hälsa och rättigheter. För att tillgodose romers rättigheter och skapa förutsättningar för hälsa är det vår bedömning att policys behöver tas fram, inte minst för att vägleda verksamheterna i kommuner och landsting i arbetet. Förutom policys finns även behov av mer operativa handlingsplaner samt rutiner för uppföljning av dessa i verksamheterna. Materialet som DO och SKL har arbetat fram kring implementering av mänskliga rättigheter skulle kunna användas för att fortsätta utveckla arbetet med romsk inkludering på lokal och regional nivå.

När det gäller tolk så har vi inte riktigt kunnat bedöma hur stort behovet av tolk är. Det står inte helt klart för oss om det är en direkt rättighet att vid vårdkontakter kunna få använda romani med dess olika dialekter. Inom ramen för vårt arbete med nulägesbeskrivningen kan vi konstatera att frågan om behoven av och rättighet till tolk behöver utredas vidare.

En idé som framfördes vid en intervju med en romsk företrädare var att inrätta en nationell tolktjänst per telefon. Vi anser att idén är intressant att diskutera vidare för att eventuellt utreda om det vore ett sätt att öka möjligheten för romer att vid vårdcentraler och sjukhus kunna få tillgång tolk med rätt dialekt av romani. Tolkar vid läkarbesök kan vara av betydelse både för att skapa trygghet och för att undvika missuppfattningar, som i sin tur kan påverka de beslut som kan fattas av olika förvaltningsmyndigheter.

Även när det inte finns ett direkt behov av tolk och med referens till hälso- och sjukvårdslagens skrivningar om individuellt anpassad information så är det vår bedömning att det finns ett behov inom hälso- och sjukvården att utveckla former och arbetssätt för att förbättra kommunikationen med vårdsökande romer. Inte

minst för att öka tilliten och förtroendet för vårdgivaren, särskilt i förhållande till de behov som framförts av kvinnor och äldre. I sammanhanget ser vi att det finns ett behov av att tydliggöra gränserna mellan en tolks uppdrag och den funktion en brobyggare kan fylla.

En annan insats som också har efterfrågats av intervjuade romerna är hälsorelaterad information på rätt språk. Tillgången till begriplig hälsoinformation är inte bara en rättighetsfråga utan har även betydelse för hälsa varför frågan återkommer under den rubriken hälsoperspektiv.

Brobyggare och hälsokommunikatörer skulle enligt vår bedömning kunna fylla några av de funktioner som efterfrågades samt även vara kanaler för flera av de utvecklingsområden vi ovan beskriver. Socialstyrelsen fick på försommaren i uppdrag att samråda med bl a Folkhälsomyndigheten ta fram en utbildning för brobyggare, vilket skulle kunna vara ett steg i riktning att erbjuda den utbildning för brobyggarfunktionen som tjänstemännen efterfrågade. Som ovan nämnts så har Folkhälsomyndigheten undersökt samt tagit fram vägledning för hur våldsutsatta kvinnor från de nationella minoriteterna (judar, romer, samer, sverigefinnar och tornedalingar) kan bemötas och stödjas av socialtjänsten, hälso- och sjukvården och polisen.

Nulägesbeskrivningen utifrån hälsoperspektivet

Folkhälsomyndigheten har i arbetet med denna nulägesbeskrivning tagit avstamp i dels rättighetsperspektivet, som ovan har redovisats. Den andra utgångspunkten har varit hälsoperspektivet. Det har sin grund i det övergripande folkhälsomålet med samhällsliga förutsättningar för hälsa på lika villkor och folkhälsoområdets målområden och bestämningsfaktorer. I de följande kapitlen förs resonemang om specifika områden som utifrån dessa hälsoaspekter och resultaten behöver uppmärksammas. Slutsatser och förslag är inriktad på hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, i linje med det som regeringen för uppdraget angav. Vi har använt rubriker för ge överblick över de olika avsnitten.

Hälsofrämjande faktorer inom den egna kulturen

Vid de intervjuer som genomfördes tillfrågades romerna om vad de själva ansåg vara hälsofrämjande och förebyggande faktorer. Social gemenskap och aktivt deltagande i samhället är hälsofrämjande faktorer inom den romska kulturen som de intervjuade lyfte fram. Många beskrev också som positivt att man hjälpte varandra, praktiskt och ekonomiskt. Musik, dans och familjefester nämndes också som betydelsefulla ”friskfaktorer” liksom att man är kärleksfull gentemot sina barn. Från romskt håll har de intervjuade understrukit att de vill ha tillgång till sina rättigheter och bli en del av samhället utan att för den skull tappa den romska kulturen.

Brist på tillit och ömsesidigt förtroende

Romerna menade att bristen på tillit till och förtroende för samhället har påverkat deras hälsa på ett negativt sätt, en uppfattning som även tjänstemän delade. Både de intervjuade tjänstemännen och romerna själva framhöll att det för att förbättra romernas livs- och hälsosituation framförallt behövs insatser för att öka romers tillit till och förtroende för samhället. Det var också stor enighet bland de olika aktörerna att det, med tanke på den förtroendeklyfta som finns mellan romer och samhället i övrigt, är det av största vikt att alla slags åtgärder utformas och genomförs med full delaktighet från romerna själva.

Dialog och samverkan

Utifrån intervjuerna med kommuner och landsting så verkar strukturer för dialog och samverkan mellan kommuner och landsting samt romer eller deras representanter i stort sett saknas. I någon kommun finns ett s k Romaråd och i ytterligare några andra kommuner finns gemensamma samrådsforum med övriga nationella minoriteter. Vad vi har kunnat få fram av de romer som vi har intervjuat så är det inte så vanligt att romer är med i organisationer, varken egna eller andras.

Arbete och utbildning

Tillgång till arbete och utbildningsnivå är viktiga förutsättningar och bestämningsfaktorer för människors hälsa. Andra medverkande myndigheter undersöker situationen när gäller arbets- och utbildningsområdena för romer i pilotkommunerna. Folkhälsomyndigheten inte särskilt frågat efter vad de intervjuade anser borde göras på dessa områden. Men det framkom ändå en del information och intressanta synpunkter.

Såväl de intervjuade romerna som tjänstemännen betonade att arbete och utbildning är mycket viktiga folkhälsofaktorer. Tjänstemännen betonade behovet av att hitta de system och strukturer som utjämnar hälsoskillnaderna generellt sett. *”Vi behöver utifrån vår kunskap om de grupper som är mest utsatta öka kunskapsnivån på alla nivåer”*. Tjänstemännen menade att tillhörighet till en arbetsplats kan ge acceptans och samhörighet på arbetsplatsen samt medför ofta också detsamma i sociala sammanhang utanför arbetet.

I intervjuerna framkom också en mycket stor samsyn mellan romer och tjänstemän om att det behövs mycket kraftfulla åtgärder på samhällsnivå för att kunna ge de förutsättningar som behövs för att romska barn och ungdomar ska gå igenom grund- och gymnasieskolan. Många romer lyfte att skolan behöver göra mycket kraftfullare insatser för att hjälpa romska barn att komma igenom skolan med godkända betyg och stärkta inför framtiden. Några tog specifikt upp skolhälsovårdens (elevhälsans) roll och menade att de kan och bör göra mer för de romska barnens hälsa. Även tjänstemännen lyfte utbildningsfrågan och menade att skolans verksamhet behöver se över och öka de hälsofrämjande och förebyggande insatserna och förbättra förhållningssättet gentemot romer men även till andra grupper med utanförskap.

Några av romerna gav uttryck för en pessimistisk syn på framtiden, åtminstone för egen del men uttalade att förhoppningar om att det ska bli bättre åtminstone för barnen. Under intervjuerna har vi fått ta del av romers erfarenheter av både strukturell och individuell diskriminering. En yngre man berättade om hur han har kämpat mot mobbning och tagit sig igenom både gymnasieskola samt haft praktik och ändå inte kunnat få ett jobb.

Social gemenskap och föreningsliv

Bristen på sociala mötesplatser och hälsofrämjande aktiviteter tas upp av många av de intervjuade romerna. De intervjuade beskriver att den isolering i hemmet, som många särskilt äldre kvinnor känner, kan tillsammans med en stor arbetsbörda vara orsak till de olika fysiska besvär och depressioner som förekommer bland romska kvinnor. Även romska ungdomars behov av aktiviteter och sociala mötesplatser beskrivs också som stort. Från tjänstemannahåll var man tveksam om romer på ett naturligt sätt blir inkluderade i sociala sammanhang och menade att ett ökat socialt deltagande på olika sätt skulle kunna förbättra ungdomarnas hälsa. De intervjuade önskar stöd och bättre möjligheter att träffas inom den romska gruppen men också att möta människor utanför de romska grupperna.

Efter vad som framgår av intervjuerna med romer så är inte många romer aktiva i eller deltar i föreningsaktiviteter. Några av romerna kommenterade frågan med att det vore bra om åtminstone barnen och ungdomarna i större utsträckning skulle kunna involveras i verksamheter som exempelvis idrottsföreningar bedriver. Av intervjuerna med tjänstemännen framkom att bidragen till föreningar och liknande organisationer inte prioriterade verksamheter som riktar sig särskilt till romer. Bidragen är oftast generella i den meningen att de syftar till att exempelvis stödja verksamheter som riktar sig till barn- och unga i allmänhet.

I den antologi om idrott och etnisk mångfald som Centrum för idrottsforskning (2012) (23) gjorde på regeringens uppdrag diskuteras i vilken omfattning idrottens organisation och verksamhet på alla nivåer medverkar till att uppfylla syftet med statsbidraget, dvs att människor med annan kulturell och etnisk bakgrund ska bli mer delaktiga i idrotten. Inom ramen för denna nulägesbeskrivning har vi inte kunnat finna att den ännu har föranlett några åtgärder(23).

Levnadsvanor

Förutom åtgärder riktade mot de strukturella riskfaktorerna för ohälsa såsom bristen på delaktighet, arbetslöshet, fattigdom och låg social status efterfrågades åtgärder som ger kunskap och stöd till romer som önskar etablera mer hälsofrämjande levnadsvanor.

Romerna lyfte vikten av att ha familj och vänner omkring sig samt att det även har betydelse att inte röka, dricka måttligt, äta bra och träna. Flertalet av de intervjuade beskriver att det (även) hos romer finns levnadsvanor som inte är så hälsosamma.

Några av de intervjuade romerna ansåg att det inom de romska grupperna finns vissa attityder och sedvanor som uppfattades som mindre hälsofrämjande.

Många romer uttryckte att de skulle behöva konkret kunskap om och hjälp med att etablera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande levnadsvanor. Såväl romer som tjänstemän menade att sociala aktiviteter också kan vara ett sätt att komma igång med mer hälsofrämjande levnadsvanor, såsom fysisk aktivitet. Aktiviteter som de intervjuade ansåg skulle kunna vara hälsofrämjande, var organiserade aktiviteter såsom gemensamma promenader, att laga nyttig mat tillsammans över generationsgränser etc. Verksamheter som tjänstemännen såg som önskvärda för romer var också etablering av Ungdomsmottagning på nätet respektive rådgivningstelefon för romska ungdomar. Det kan noteras att den frågan har utretts av Länsstyrelsen i Stockholm. Uppdraget fortgår nu genom samtal med nationella telefonrådgivningar och företrädare för de romska organisationerna. Förhoppningen är att inom kort landa i en organisatorisk och ekonomisk långsiktig lösning för telefonrådgivningen om sexuell och reproduktiv hälsa till romska flickor och kvinnor.

Tjänstemännen menade, liksom de romska informanterna, att alla åtgärder behöver planeras och genomföras i dialog och samverkan med romer. Uppfattningen var att romer, inte accepterar och lyssnar på ”vem som helst”. Det måste vara en person som har stor trovärdighet inom den romska gruppen eller rättare sagt i de romska grupperna. I de flesta fall betyder det att personen ska ha ett romskt ursprung och också ha ett gott renommé i de egna leden.

Hälso- och sjukvårdens roll

Landstingets tjänstemän menade att hälso- och sjukvården har stor betydelse för att kunna förbättra hälsosituationen bland romer genom hälsofrämjande och förebyggande insatser. Vårdpersonalen behöver dock ha mer kunskap, till exempel om den romska kulturen för att på rätt sätt kunna möta romernas behov.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) finns skrivningar om allas rätt till vård på lika villkor(18). Den folkgrupp man tillhör ska inte ha någon betydelse utan alla ska erbjudas samma insats. Hälso- och sjukvårdens tjänstemän gav uttryck för att den främsta uppgiften för vården är att möta varje individ utifrån dennes unika behov. Tjänstemännen menade att alltför stor uppmärksamhet på romer som grupp kan leda till en förförståelse som i sin tur riskerar att den enskilda individen och dennes behov inte hamnar i fokus. Samtidigt finns det, som tidigare konstaterats, en efterfrågan från tjänstemännens sida på ökad kunskap om romsk kultur och romers livssituation för att bättre kunna anpassa generella insatser till romers specifika behov. Det svarar också mot hälso- och sjukvårdslagen som betonar att personal inom hälso- och sjukvården ska ha kunskaper för att känna igen och svara mot de särskilda behov som särskilda grupper som till exempel romer kan ha.

Landstingens tjänstemän pekade på att det är ett problem med att erhålla ökad kunskap om romska behov då etnicitet inte registreras vid besök hos hälsovårdscentraler och andra vårdgivare.

Generella respektive specifika åtgärder

Som tidigare nämnts menade tjänstemännen i kommunerna att för att generella åtgärder ska kunna anpassas och utformas utifrån romers behov och preferenser behövs mer kunskap. Några ansåg att den nationella nivån det är den nationella nivåns roll att bidra till ökad kunskap och metodutveckling. Några exempel på aktuella nationella satsningar inom folkhälsoområden som skulle kunna vara aktuella är; Jämlig hälsofrämjande hälso- och sjukvård och PRIO (på området psykisk ohälsa), program på ANDT-området samt Föräldrastöd, ”Stöd till barn i familjer med missbruk m.m.(2011-2014)(4), ekonomiskt bidrag till kunskapsutveckling m.m(30).

Någon fullständig kartläggning av de åtgärder som är vidtagna i kommunerna och landstingen för att öka romers förutsättningar till god hälsa, har inte Folkhälsomyndigheten genomfört inom ramen för detta uppdrag. Enligt vad vi känner till finns inte någon annan aktuell sammanställning av de insatser som görs i kommuner och landsting för att förbättra romers förutsättningar till bästa möjliga hälsa. Utifrån intervjuerna kan vi dock anta att det inte finns särskilda insatser i någon större utsträckning, utanför den direkta pilotverksamheten. De insatser som vi har uppmärksammat är exempelvis förebyggande verksamheter av typen ”Hälsotek” samt utställningen om romsk historia i Göteborg och vid RIC i Malmö. Dessa har i viss utsträckning fungerat som utbildnings- eller informationsinsatser om romers historia och situation, särskilt i Göteborg där personal fått närvara på arbetstid. Förutom åtgärder som är direkt kopplade till pilotverksamheterna kan det också finnas arbetsmarknads- och sociala projekt riktade till romer och med hälsofrämjande inslag. Hälso- och sjukvården hänvisar till att den ordinarie verksamheten även vänder sig till romer. I vilken utsträckning dessa verksamheter svarar upp mot de faktiska behoven hos romer går inte att säga eftersom detta, vad vi kunna höra, inte följs upp. Vad vi har funnit är det endast projektverksamhet med egna medel följs upp och redovisas utifrån den romska frågan.

Att följa utvecklingen med hjälp av bestämningsfaktorer

Folkhälsomyndigheten ansvarar för ett nationellt uppföljningssystem som utgår från bestämningsfaktorerna för hälsa. Utveckling av dessa följs upp med hjälp av indikatorer som framförallt bygger på uppgifter på individnivå. På liknande sätt samlar hälso- och sjukvården in en mängd data som visar hur människor upplever verksamheternas kvaliteteter. Vid Folkhälsomyndigheten ställs dessa data samman och visar utvecklingen vad gäller olika faktorer som påverkar människors hälsa. Dessa data kan brytas ned i ett antal olika parametrar såsom socioekonomi m m.

Dock är det enligt svensk lag inte tillåtet att registrera etnicitet, vilket påverkar möjligheterna när gäller att på samma sätt kunna redovisa situationen när gäller romer (och andra etniska grupper).

För att ändå utgå från de bestämningsfaktorer som används inom det nationella uppföljningssystemet har innehållet i folkhälsopolitikens elva målområden (se bilaga) jämförts med de hälsorelaterade delarna i strategin för romsk inkludering. En översiktlig bild av kopplingarna refereras i kapitlet ” Referensramar för nulägesbeskrivningen”, under rubriken De elva folkhälsomålen och strategin för

romsk inkludering. I kapitlet refereras även till en del andra övergripande styrdokument med relevans för nulägesbeskrivningen.

Slutsatser och förslag ur hälsoperspektivet

Tillit och dialog

Den romska gruppens brist på tillit till samhället och myndigheter är som tidigare har lyfts i olika utredningar allvarlig, därför att bristen på tillit är en faktor som kan påverka den romska gruppens hälsa på ett mycket negativt sätt.

Folkhälsomyndigheten delar uppfattningen att det behövs kraftfulla åtgärder för att förbättra situationen samt specifika insatser för att överbrygga det ömsesidiga förtroendegap som råder mellan romer och tjänstemän.

Olika insatser riktade till romska grupper behöver föregås av en omsorgsfull dialog och förankring mellan parterna. Vi bedömer att det finns ett generellt behov av att utveckla arbetssätt och arbetsformer för dialog och samverkan mellan, å ena sidan, kommuner och landsting och å andra sidan romer. Mer utvecklade samverkansformer och systematiskt informationsutbyte skulle kunna bidra till att kommunen och landstinget får mer kunskap om romers kultur och specifika behov men även bidra till att skapa ömsesidigt förtroende och tillit. Erfarenheter bör hämtas från andra arenor som prövat olika metoder för samverkan, exempelvis medborgardialog. Ytterligare en väg att få tillstånd en dialog är att gå via brobyggare och hälsokommunikatörer.

Arbete och utbildning

Flertalet intervjuade romer och tjänstemän framhöll att strukturella faktorer som arbete och utbildning är mycket betydelsefulla för hälsan och att insatser på dessa områden skulle kunna påverka hälsan hos romerna i positiv riktning. Vår bild är att det behövs mycket kraftfulla åtgärder för att skapa ingångar i arbetslivet och lika möjligheter för romer som för andra medborgare att få ett jobb. Vi delar den uppfattning som framfördes av såväl romer som tjänstemän, för att bryta en negativ situation behöver insatser på utbildnings- och arbetsområdena innehålla motivationshöjande delar. Lång tid i arbetslöshet och isolering påverkar hälsan och medför inte sällan att hälsosamma levnadsvanor nedprioriteras. Arbetsmarknads- och utbildningsåtgärder kan i sig ge även hälsofrämjande och förebyggande effekter. Men vi ser också att åtgärder på arbetsmarknads- och utbildningsområdet gärna kan innehålla förebyggande inslag, exempelvis information om och även erbjudanden om stöd till deltagarna att etablera mer hälsofrämjande levnadsvanor.

Skolhälsovårdens roll togs upp av såväl romer som kommunernas och landstingens tjänstemän. Skolhälsovården (numera Elevhälsan) har på senare år fått ett förstärkt hälsofrämjande och förebyggande uppdrag. Folkhälsomyndigheten uppfattar detta som en angelägen folkhälsofråga för barn och unga och menar att Elevhälsan på detta område därför undersöks närmare. Vi uppfattar att det skulle behövas mer

kunskap om behoven samt metodstöd för att Elevhälsan ska kunna ta en större roll när det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbete riktad till romska grupper.

Sociala mötesplatser och aktiviteter

Kulturellt betingade hälsofrämjande faktorer som romerna själva lyfte var exempelvis god sammanhållning inom gruppen och rikt kulturutövande. Sådana hälsofrämjande faktorer kan samhället förstärka genom att på olika sätt öka tillgången till mötesplatser och därmed möjliggöra romers deltagande i olika aktiviteter, såväl inom det romska samhället som tillsammans med andra grupper i befolkningen. Vi vill här betona vikten av, att vid utformning av sådana åtgärder, vara medveten om och genom dialog med romer ta hänsyn till kulturellt betingade frisk- respektive riskfaktorer.

Många romer och framförallt kvinnor betonade behovet av fler mötesplatser och sociala aktiviteter. Sådana arenor skulle även kunna användas för att ge vägledning och stöd till personer som önskar komma igång med hälsofrämjande levnadsvanor, något som de intervjuade romerna såg behov av. Folkhälsomyndigheten ser gärna att försök i den riktningen kunde komma igång i någon eller några kommuner för att därefter kunna utvärderas. Erfarenheter bör kunna dras av det uppdrag som Folkhälsomyndigheten har haft att ta fram en samverkansmodell i syfte att skapa samverkansformer för att öka förutsättningarna för äldre personer att förbättra hälsan(31). Delar av modellen handlar om hälsocoachning och ett brett aktivitetsutbud av meningsfulla aktiviteter. I de fall det redan finns erfarenheter från liknande projekt, exempelvis vid Hälsotek så bör de förstås också tas tillvara

Deltagande i föreningsliv

Inte bara myndigheter utan även civilsamhället har en betydelsefull roll när gäller genomförande av regeringens strategi för romsk inkludering. Vi har på olika sätt berört frågor om föreningarnas roll i relation till romers behov och preferenser. Utifrån våra intervjuer med romer har vi fått intrycket att få romer är engagerade i det allmänna föreningslivet. Inte heller har de romer vi intervjuat varit särskilt aktiva i romska organisationer. Det finns anledning att reflektera kring den låga graden av föreningsaktiva romer.

I intervjuerna med tjänstemännen på kommunal nivå framkom att bidragsreglerna till föreningar och organisationer inte prioriterar verksamheter som särskilt riktar sig till romer. Ofta är villkoren för att få bidrag generella i den meningen att syftet med dem är att stödja olika verksamheter som riktar sig till exempelvis barn- och unga i allmänhet. Om föreningsaktiviteter ska nå fram till de romska grupperna är det vår bedömning att utbudet behöver utformas i samverkan med romska grupper för att bli mer attraktivt. För stimulera romers deltagande i föreningslivet och få erfarenheter skulle en försöksverksamhet med ett riktat bidrag kunna prövas. Det kan i sammanhanget vara intressant att utveckla kriterier för bidrag till föreningar i

syfte att öka deras incitament och möjlighet att skapa verksamheter som möter romers intresse och behov.

Tolk

Tillgången till tolkning vid olika dialekter av romani och möjligheterna att kommunicera sin hälsosituation med personal inom hälso- och sjukvården samt anpassad och begriplig hälsoinformation är inte bara en rättighetsfråga som belystes i förra avsnittet. Det kan även ha en mer direkt betydelse för hälsan. Folkhälsomyndigheten bedömer att behovet av tolk och tillgången till hälsoinformation är frågor som behöver utredas vidare. I sammanhanget bör även det förslag som kommit från romskt håll inkluderas, om att inrätta en nationell tolktjänst som per telefon kan erbjuda bokningsbara tjänster till sjukhus och vårdcentraler.

Hälso- och sjukvårdens roll

Vi delar uppfattningen som landstingens tjänstemän framförde, att hälso- och sjukvården kan ha stor betydelse i att kunna förbättra hälsosituationen bland romer genom hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hälso- och sjukvården har uppgiften att känna igen och svara mot de särskilda behov som särskilda grupper, som till exempel romer, kan ha.

Landstingens tjänstemän betonade att det är ett problem att erhålla ökad kunskap om gruppen romers behov då etnicitet inte registreras vid besök hos vårdcentraler och andra vårdgivare. Vi, liksom de intervjuade tjänstemännen efterfrågade, anser att här har den nationella nivån en roll att fylla i att bistå hälso- och sjukvården med kunskap om de specifika hälsorelaterade behov som romer kan tänkas ha. Vi menar också att den nationella nivån kan fylla ett behov när gäller att utveckla metoder för hur den kommunala nivån ska kunna hämta in information, direkt från romer om deras behov och erfarenheter av de vårdtjänster som givits.

Några av tjänstemännen vid vårdcentralerna menade att det kan finnas en motsättning mellan hälso- och sjukvårdslagen med skrivningar om allas rätt till vård på lika villkor, och att arbeta utifrån de specifika behov som gruppen romer kan ha. Det berör delar som att möta individen utifrån sitt individuella behov kontra att arbeta med de behov som gruppen romer kan ha. Vår bedömning är att ett sätt vore att i en process tolka och förstå begreppet ”allas rätt till vård på lika villkor” i skenet av olika gruppers specifika behov och särskilda rättigheter. Även här anser vi att den nationella nivån skulle kunna bidra med stöd och metodutveckling, exempelvis genom att detta inkluderas i satsningarna på jämlik vård.

På ett övergripande plan kan det vara värdefullt att reflektera över vilka normer som styr de vårdtjänster som erbjuds och hur de organiseras. Ett exempel som beskrivs i rapportens resultatdel är att romer vill vara hos familjemedlemmar som är inlagda på sjukhus.

Generella insatser och metodutveckling

De intervjuade tjänstemännen menade att generella åtgärder behöver anpassas för att kunna möta romska mottagares preferenser och specifika behov, även Folkhälsomyndigheten delar den synpunkten. Tjänstemännen i kommunerna och landstingen efterfrågade den nationella nivåns stöd i att bidra med kunskap och metodutveckling. Även vi anser att den nationella nivån i högre grad skulle kunna bidra med kunskapsstöd och metodutveckling för att kunna anpassa generella insatser till de specifika behoven.

Inom folkhälsoområdet finns det olika insatser som skulle kunna vara aktuella att utgå ifrån, exempelvis: Jämlik hälsofrämjande hälso- och sjukvård, PRIO (på området psykisk ohälsa), ANDT-området samt Föräldrastöd och Barn i riskmiljöer (Stöd till barn i familjer med missbruk m.m). På dessa områden har den nationella nivån gjort satsningar utifrån kunskapsutveckling.

Folkhälsomyndigheten anser att det skulle vara möjligt att göra motsvarande satsningar som anpassa dessa till de specifika behov som kan finnas hos romer. Vi menar att i dialog med romska företrädare skulle ett eller ett par av de mest angelägna insatsområden kunna väljas ut och ett pilotprojekt utformas. Ett möjligt område för vidareutveckling och anpassning skulle kunna vara föräldrastödsprogram. På det området har Folkhälsomyndigheten tidigare haft uppdrag inom vilka flera projekt har bedrivits och utvärderats.

För framtiden ser vi att det som betydelsefullt att tillvarata och vidareutveckla erfarenheter från verksamheterna i de nu aktuella pilotkommunerna eller andra insatser som har gjorts inom olika verksamheter. Enligt vad Folkhälsomyndigheten känner till finns ingen aktuell sammanställning av de insatser som görs i kommuner och landsting för att förbättra romers förutsättningar till bästa möjliga hälsa. En kartläggning av hälsofrämjande insatser kan övervägas, bland annat för att kunna användas som underlag i ett mer aktivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte som vi menar behövs i kommuner och landsting. Det befintliga nationella nätverket med kommuner som arbetar med romska frågor är en viktig aktör i det sammanhanget.

Policys och handlingsplaner

På samma sätt som när det gällde rättighetsperspektivet verkar det inte i pilotkommuner och landsting finnas några specifika styrdokument som beaktar romska hälsofrågor. Vår erfarenhet är att det är svårt att utan styrdokument få genomslag i praktiken för tvärspektoriella frågor. Vår bedömning är att arbetet med romsk inkludering skulle stärkas om kommunerna och landstingen arbetade fram policys och handlingsplaner som beaktar dessa frågor. Policys och handlingsplaner skulle också kunna utgöra en grund för uppföljning av insatser och möjliggöra en bedömning om dessa tillgodoser behoven.

Resultaten betonar att det inte finns någon tydlig organisation för kommunens och landstingets arbete med de romska frågorna. Vår bild är att pilotverksamheten i

huvudsak bedrivs inom en projektorganisation, framöver behöver kraft och möda läggas på att införliva den i de ordinarie verksamheterna.

System för uppföljning; bestämningsfaktorer, indikatorer och data

I direktiven till uppdraget att genomföra denna nulägesbeskrivning pekade regeringen på att uppföljningen bör utgå från de bestämningsfaktorer som används i det nationella uppföljningssystemet. Inom ramen för denna beskrivning har det inte varit möjligt att göra någon systematisk genomgång. Men vi funnit att det finns en viss överensstämmelse mellan de bestämningsfaktorer som används för uppföljning av de elva målområdena (dvs. det nationella folkhälsopolitiska uppföljningssystemet) samt politiken för romsk inkludering respektive de faktorer som romerna själva anser vara viktiga för hälsan. Vår slutsats är att befintliga bestämningsfaktorer bör vara användbara när det gäller att följa upp utvecklingen av samhälleliga förutsättningar med betydelse för romers hälsa.

Däremot är det inte självklart att de *indikatorer* som för närvarande används för att följa upp olika bestämningsfaktorer kan nyttjas. Det gäller specifikt det stora flertalet av indikatorer som följer utvecklingen genom data på individnivå. Även inom hälso- och sjukvården följs på olika sätt verksamheternas kvalitet upp via uppgifter som samlas in på individnivå. Som tidigare konstaterats är det inte tillåtet enligt svensk lag att registrera etnicitet vilket gör sådan redovisning omöjlig. Regeringen har i uppdraget till nulägesbeskrivningen om romsk inkludering, angett att den ska utgå från det övergripande målet för folkhälsopolitiken. Av båda dessa skäl ser vi att det handlar om att komma fram till och redovisa indikatorer för *samhälleliga* insatser. Av detta följer att fokus kommer att ligga på strukturella indikatorer, dvs sådana som fokuserar på förutsättningar för hälsa, exempelvis *politics* och på processindikatorer som exempelvis visar på vidtagna handlingsplaner, avsatta resurser och åtgärder som syftar till att skapa förutsättningar för hälsa.

Att på detta sätt kunna utveckla ett kunskapsbaserat uppföljningssystem för uppföljning av politiken på området är ett omfattande arbete som behöver genomföras i dialog med sakkunniga romer, berörda pilotkommuner och landsting samt vetenskaplig expertis. Med politiken på området menas här rättighetslagstiftningen, folkhälsopolitiken samt strategin för romsk inkludering.

Folkhälsomyndigheten anser att det finns behov av att i en särskild process diskutera och prioritera vilka bestämningsfaktorer som ett kommande utvecklingsarbete bör starta med. Därefter behövs ett arbete för att komma fram till vilka indikatorer som skulle kunna belysa utvecklingen av de valda bestämningsfaktorerna samt hur data för dessa ska skulle kunna inhämtas.

För att beskriva och följa upp ”hälsosituationen” för minoriteter och urfolk kan begreppet ”hälsosituation” behöva definieras för den specifika gruppen. I Folkhälsomyndighetens rapport till regeringen om uppdraget att samråda med Sveriges fem nationella minoriteter och urfolk om folkhälsorapportering har detta och andra förutsättningar för rapportering av nationella minoriteter och urfolks hälsosituation utretts(8). En del av de faktorer som påverkar hälsan skilja sig åt mellan olika befolkningsgrupper beroende på kulturella och historiska

förutsättningar. Att ha varit tvingad att förneka sin identitet kan i sig betraktas som en ohälsfaktor. Det finns också en risk att undersökningar av nationella minoriteters och urfolks hälsosituation fokuserar på sjukdomar, riskfaktorer och andra liknande hälsoproblem, och att det ytterligare kan stigmatisera och späda på tidigare trauman och känsla av utanförskap (8).

Som tidigare har beskrivits är registrering utifrån etnicitet inte är tillåten enligt svensk lag. Det finns möjligheter till undantag om uppgiftslämnare själv ger sitt medgivande, förutsatt att hen är fullt ut informerad om såväl att det är frivilligt som med enkätens syfte. I en framtid skulle alltså, om förtroende och tillit finns, enkätfrågor om hälsosituationen kunna ställas också till nationella minoriteter. En jämförelse kan göras med befolkningsenkät i Norge, som till sitt innehåll liknar den som Folkhälsomyndigheten använder. Till skillnad från den svenska är den försedd med ett antal frågor som, utifrån principen om självidentifikation, den svarande väljer att svara på dem. Svaren indikerar om personen själv anser sig tillhöra en nationell minoritet. När gäller uppföljning av hur förutsättningarna för romers hälsa och rättigheter ser ut finns flera skäl att inte vidare utreda detta sätt att samla information. Ett mycket starkt skäl är romers brist på tillit och tilltro till myndigheter riskerar att förstärkas vid den typen av registrering, oavsett om sekretess kan garanteras. Det andra skälet är att förändringar som kan uppkomma och mätas som en effekt av folkhälsorelaterade insatser är svåra att mäta, även på befolkningsnivå. Vid så små värden som det skulle bli fråga om när gäller en så pass liten grupp som den romska så skulle sannolikt uppstå såväl metod- som analysproblem.

Exemplen nedan visar några områden som skulle kunna vara aktuella att följa upp utifrån att de representerar viktiga faktorer och förutsättningarna för romers hälsa, och för vilka arbetet med att ta fram indikatorer och data skulle kunna påbörjas.

Folkhälsomyndigheten vill åter lyfta förslaget som fanns i FHPR 2010 (1), dvs. behovet av att utveckla indikatorer för att:

- Stärka det lokala och regionala arbetet mot diskriminering genom satsningar på att få mer kunskap om diskrimineringens negativa påverkan på hälsan bland utsatta grupper i samhället samt
- Utveckla metoder för att kunna mäta olika former av diskriminering.

Utifrån nulägesbeskrivningens resultat är följande ytterligare *exempel* på områden för vilka uppföljning skulle kunna diskuteras.

- Samråd och samverkan mellan respektive myndighet och romska företrädare (organisationer) inklusive förekomsten av policys på området.
- Utbildning om romsk kultur och mångfaldsfrågor, riktad till vårdpersonal
- Sociala aktiviteter och mötesplatser, riktade till och utformade utifrån romska behov (generellt och barn och kvinnor i synnerhet)
- Riktade bidrag till föreningsaktiviteter, till romska föreningar och föreningar som arbetar inkluderande och verkar för att möta romska målgruppers intressen

- Hälsöfrämjande och förebyggande åtgärder utifrån romska behov (inom skolan etc)
- Tolktjänster gällande romani inom hälso- och sjukvården (behovet behöver utredas)
- Hälsoinformation riktade till romer, ex vis på romani chib
- Hälsöfrämjande och förebyggande inslag inom andra typer av åtgärder, ex vis arbetsmarknadsåtgärder etc.

Avseende metoder för att samla in data och få information av nuläget har i denna nulägesbeskrivning metoden med intervjuer använts. Vi anser att den metoden har ett stort värde när det gäller att bättre sätt förstå sammanhang och få kunskap om olika förhållanden. Även framöver kan intervjuundersökningar behöva göras för att få fram djupare kunskap om vilka behov som romer har, bl a för att kunna möta dessa med olika insatser. Men när gäller att följa upp olika samhällsliga insatser så ser vi att det finns andra sätt som är bättre än intervjuer för att samla den här typen av information. När frågan om vilka områden som bör prioriteras när gäller uppföljning har avgjorts bör utformande av frågor till en enkät övervägas.

Folkhälsomyndigheten menar att det bör övervägas om insamlingen av data skulle kunna samordnas med den enkät som Länsstyrelsen i Stockholm årligen genomför som ett led i uppföljningen av den nationella minoritetslagstiftningen. Vi föreslår att det bör undersökas om länsstyrelsens enkät, till aktuella pilotkommuner och landsting, i tillägg även skulle kunna innehålla ett antal frågor för att följa upp förutsättningar för hälsa. Redan nu skulle en del av de frågor som samlas in kunna vara intressanta, särskilt vad avser rättigheter.

Sammanfattning av identifierade områden för vilka åtgärder bör övervägas.

- Utbilda och genom funktioner som brobyggare vägleda hälso- och sjukvårdens personal om nationella minoriteters rättigheter, mångfaldsfrågor och romsk historia, romska traditioner, tankesätt och levnadssätt.
- Utbilda och genom funktioner som brobyggare vägleda romer om rättigheter samt hur hälso- och sjukvården fungerar.
- Utredda behovet av tolk inom hälso- och sjukvården och samtidigt undersöka möjligheten organisera en nationell tolktjänst via telefon.
- Erbjuder nationellt metodstöd till kommuner och landsting när gäller befolkningsinriktat arbete, anpassning av generella åtgärder, modeller för hälsocoachning och meningsfulla aktiviteter till romer som önskar stöd i att etablera hälsöfrämjande levnadsvanor samt att utforma hälsoinformation utformad på ett kommunikativt sätt.

- Erbjudna nationellt metodstöd när gäller att utveckla former och arbetssätt för samråd (informationsutbyte och samverkan) mellan lokala myndigheter och romska företrädare samt för att ta fram policyer och handlingsplaner
- Utredda ett nationellt finansierat ekonomiskt stöd till föreningar eller offentliga aktörer för att arbeta inkluderande och exempelvis ordna mötesplatser med möjligheter till socialt deltagande.
- Kartlägga de åtgärder som görs i kommuner och landsting för att ha som underlag till erfarenhetsutbyte och utvärdering
- Utredda vilka bestämningsfaktorer som bör prioriteras när gäller att utveckla indikatorer och i vilken mån den enkät som länsstyrelsen i Stockholm årligen genomför skulle kunna svara för datainhämtning och ligga till grund för gemensam analys.
- Skolans roll i sammanhanget är sedan tidigare uppmärksammat. Utifrån de resultat vi fått vill vi lyfta elevhälsans hälsofrämjande uppdrag och viktiga roll när det gäller att skapa förutsättningarna för romska barn och ungdomar att klara sin skolgång

Avslutningsvis

Folkhälsomyndigheten bedömer det som mycket angeläget att arbetet med att förbättra romers villkor och livssituation utvecklas. Vår bild av situationen är att det råder en stor överensstämmelse omkring uppfattningen att det behövs kraftfulla åtgärder för att förbättra romers tillgång till sina rättigheter och olika hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det finns också en hel del tankar om vad som behöver göras, både hos romerna och tjänstemännen i kommuner och i landsting. Det stora utvecklingsbehovet handlar om hur arbetet ska ske, dvs arbetssätt och arbetsformer för att kunna nå framgång. Det finns mycket att vinna på att det sker i samspel mellan romer och myndigheter (samt företrädare för ideella sektorn) på såväl lokal, regional som nationell nivå. Behovet av kontinuerligt erfarenhetsutbyte ser vi som mycket viktigt och forum för det behövs. Berörda nationella myndigheter behöver, inom sina områden, i högre utsträckning bli engagerade i kunskaps- och metodutveckling som stöd till kommuner och landsting. Det är samtidigt viktigt att notera att arbetsfältet är tvärsektorielt och måste, på varje nivå, hållas samman.

Referenslista

Preliminär. Referenssystemet (Endnote), ska uppdateras och kopplas till dokumentet.

1. Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens hälsa – allas ansvar. Östersund: Folkhälsoinstitutet, 2010.
2. En samordnad och långsiktig strategi för romsk inkludering 2012-2032. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet, Regeringskansliet; 2012.
3. Mål för folkhälsan, (prop. 2002/03:35).
4. En förnyad folkhälsopolitik, (prop. 2007/08:110).
5. Folkhälsomyndigheten [2014 May 9]. Available from: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/>.
6. Hur mår Sveriges nationella minoriteter? Östersund: Statens Folkhälsoinstitut, 2010.
7. Bemötande av våldsutsatta kvinnor som tillhör de nationella minoriteterna. Statens Folkhälsoinstitut, 2010.
8. Samråd med Sveriges nationella minoriteter. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2014.
9. Romska flickors och kvinnors hälso- och livssituation. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, 2014.
10. Regeringens skrivelse, (Skr. 2011/12:56).
11. Från erkännande till egenmakt - regeringens strategi för de nationella minoriteter, (prop. 2008/09:158).
12. Romers rätt - en strategi för romer i Sverige, (SOU 2010:55).
13. om hälso- och sjukvårdslag, m.m., (prop. 1981/82:97).
14. Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, (SÖ 1971:41).
15. Indikatorer för mänskliga rättigheter: En modell för systematiskt arbete på kommunal nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
16. Lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.
17. Regeringens skrivelse, (Skr. 2011/12:166).
18. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
19. Quigley R, L. den Broeder, P. Furu, A. Bond, B. Cave and R. Bos. Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment, 2006.
20. Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter [2014-05-21]. Available from: <http://www.manskligarattigheter.se>.
21. The right to health. Fact sheet WHO/OHCHR/323: World Health Organization; 2007.
22. Diskrimineringslag (2008:567).
23. Vem platsar i laget? : en antologi om idrott och etnisk mångfald Stockholm: Centrum för idrottsforskning, 2012.
24. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012-2016. Stockholm: Regeringskansliet, 2012.
25. Lag om ändring i diskrimineringslagen (2008:567 2012:673).
26. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 2000 August 11

27. Smittskyddslagen (2004:168).
28. United Nations. Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. 1948.
29. Indikatorer för mänskliga rättigheter Modell för systematiskt arbete på kommunal nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.
30. Stöd för barn i familjer med missbruk m.m. Socialstyrelsen. Folkhälsomyndigheten, 2011.
31. folkhalsomyndigheten.se [Internet] Stockholm
Folkhälsomyndigheten Available from:
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/> [updated 2014
September 12; cited 2014 May 9].