

# Sytuacja zdrowotna i charakterystyka imigrantów w Norwegii i Szwecji

## Health situation and characteristics of migrants in Norway and Sweden

ANNA LEWCZUK-WESOŁOWSKA <sup>1/</sup>, DOROTA CIANCIARA <sup>1,2/</sup>, KATARZYNA DUDZIK <sup>1/</sup>, ELŻBIETA ZALEWSKA <sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>2/</sup> Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Międzynarodowa Organizacja na rzecz Migracji (IOM) oszacowała, że na świecie żyje obecnie około 214 mln migrantów. W Europie liczba migrantów wynosiła 73 mln, co stanowiło jedną trzecią globalnej sumy. Kraje takie, jak: Rosja, Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Hiszpania oraz kraje skandynawskie, wciąż należą do popularnych kierunków migracji. W 2010 r. liczba imigrantów w Norwegii wynosiła 508 tys., co stanowiło 10,6% ogółu populacji. Imigranci pochodzili z 214 krajów świata, w tym z ponad 60 państw spoza Europy. Największą grupę imigrantów stanowiły osoby pochodzenia: polskiego, pakistańskiego, szwedzkiego, irańskiego oraz przybyłe z Somalii.

W Szwecji, począwszy od lat 30. XX w., obserwuje się przewagę imigracji nad emigracją. W styczniu 2010 r. populacja szwedzka liczyła ponad 9,3 mln osób. W 2008 r. osoby urodzone poza Szwecją tworzyły grupę 524-tysięczną, co stanowiło około 5,6% populacji wg stanu na 2010 r. Głównymi krajami pochodzenia imigrantów były: Finlandia (80 400 osób), Irak (40 000) oraz Dania (38 400).

Badania nad sytuacją zdrowotną wśród migrantów przebywających w Norwegii donosiły o wzroście ryzyka otyłości, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych oraz niedoborze witaminy D. Badania przeprowadzone zaś w Szwecji w latach 2000-2005 przez organizację ULF (Surveys of Living Condition, ULF) dowiodły, że osoby niebędące obywatelami Szwecji są w gorszej sytuacji zdrowotnej, niż rodowici Szwedzi.

Rosnąca liczba imigrantów w Norwegii i Szwecji jest wielkim wyzwaniem dla krajowych systemów opieki zdrowotnej. Głównym powodem jest odmiennosc i różnicowanie chorób występujących wśród migrantów oraz odmiennosc zachowań, kultury oraz świadomości migrantów, zarówno związanej z utrzymaniem zdrowia jak i korzystaniem z opieki zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** *migrant, zdrowie migrantów, migranci nieudokumentowani, sytuacja zdrowotna*

International Organization for Migration (IOM) has estimated the number of migrants as almost 214 million worldwide. In Europe, the number of migrants has been estimated at 73 million, which represents one third of the global number. Countries such as Russia, Germany, France, Great Britain, Spain and the Scandinavian countries still are the most popular among migrants. One report (NAKMI) of 2010, gave information that the number of immigrants in Norway amounted to 508 thousand, which accounted for 10.6% of the total population. Immigrants came from 214 countries worldwide, including more than 60 countries outside of Europe. The largest groups of immigrants were people from Poland, Pakistan, Sweden, Iraq, and Somalia.

In Sweden, since the thirties, immigration still has been more popular than emigration. In January 2010 the Swedish population consisted of 9 347 899 people. In 2008, the Swedish population born outside Sweden formed a group of 524 thousand. The main countries of origin were: Finland (80 400), Iraq (40 000) and Denmark (38 400).

The research on the health situation among migrants living in Norway reported an increase in the risk of obesity, diabetes, cardiovascular diseases and deficiency of vitamin D. Studies conducted in Sweden in 2000-2005 by the ULF organization (Living Condition Surveys of ULF) showed that people who were not citizens of Sweden manifested worse health status than native Swedes.

A growing number of immigrants in Norway and Sweden is a great challenge for the health care system. The main reason is the diversity and variety of diseases occurring among migrants and the diversity of behaviors, culture and awareness of migrants, both associated with the maintenance of health and health care.

**Keywords:** *migrant, the health of migrants, undocumented migrants, health situation*

© Hygeia Public Health 2013, 48(1): 95-101

www.h-ph.pl

Nadesłano: 01.01.2013

Zakwalifikowano do druku: 23.02.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Lek. stom. Anna Lewczuk-Wesołowska  
Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia, Szkoła Zdrowia  
Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa  
tel. 22 56 01 150, e-mail: Lewczuk.anna@wp.pl

## Wstęp

Międzynarodowa Organizacja na rzecz Migracji (IOM) podała, że obecnie na świecie żyje ok. 214 mln migrantów, co stanowi 3,1% światowej populacji. Sza-

kuje się, że 20-30 mln, to migranci nielegalni, 26 mln to przesiedleńcy wewnętrzni żyjący w 52 państwach, a ok. 16 mln stanowią uchodźcy. Około 75 proc. wszystkich migrantów zamieszkuje 12% państw [1].

Średnia roczna stopa wzrostu liczby migrantów szacowana była na 2,9%. IOM w 2011 r. podała informację, że w Europie liczba migrantów wynosiła 73 mln, co stanowiło jedną trzecią globalnej sumy. Około 60% migrantów w Europie przebywało w pięciu krajach, takich jak: Rosja, Niemcy, Francja, Wielka Brytania i Hiszpania.

Dane te pokazują, że migracje stały się jednym z głównych i nieuniknionych elementów życia gospodarczego oraz społecznego niemal każdego państwa na świecie. Złożona problematyka migracji obejmuje nie tylko zmianę miejsca zamieszkania, ale również możliwości znalezienia legalnego zatrudnienia, łączenie rodzin, ochronę praw migrantów, zapewnienie bezpieczeństwa czy integrację społeczną.

Kraje skandynawskie, takie jak Szwecja i Norwegia, począwszy od okresu powojennego są atrakcyjnym kierunkiem imigracji. Ze względu na sytuację ekonomiczną oraz socjalną sprzyjającą cudzoziemcom, skala migracji jest tam wciąż duża.

Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (*The United Nations Development Programme* – UNDP), uznał Norwegię za kraj o najwyższym poziomie życia (przez cztery kolejne lata) stwarzając tym samym wyraźną zachętę dla imigrantów. W każdym z omawianych krajów, migracje stanowią dość powszechny trend. Różnice w politycznych strategiach radzenia sobie z kwestią imigracji, uzależnione są przede wszystkim od zasobności danego państwa, zróżnicowania etnicznego, kultury politycznej, tradycji, wartości oraz od potrzeb ekonomicznych.

Dane dotyczące skali migracji, trendów w kierunkach najbardziej powszechnych wśród migrantów, różnią się w zależności od źródeł, z których pochodzą. Jakkolwiek w skali światowej dostępnych jest coraz więcej informacji na ten temat, to jednak trudno uznać, że wiedza jest kompletna. Również wiedza odnośnie do sposobów zarządzania migracjami i zdrowiem imigrantów jest niezadawalająca. W polskim piśmiennictwie pojawia się coraz więcej informacji na temat integracji społecznej cudzoziemców, ale ciągle brakuje danych o sytuacji zdrowotnej imigrantów i ochronie ich zdrowia.

Poniższy artykuł ma na celu przedstawienie sytuacji zdrowotnej imigrantów przybyłych do krajów skandynawskich (Norwegii oraz Szwecji) oraz zwrócenie uwagi na związki zdrowia z migracją. Informacje te, mogą być wskazówką do poszukiwań badawczych w Polsce. Przy zbieraniu materiału do artykułu zaobserwowano, że dostępne informacje dotyczące migrantów w poszczególnych krajach, w tym dane na temat charakterystyki imigrantów, ich pochodzenia, a także sytuacji zdrowotnej są często nieporównywalne ze względu na odmienność opisu tej problematyki w omawianych krajach.

## Liczba i charakterystyka imigrantów

**Norwegia.** Liczba imigrantów znacznie wzrosła z końcem lat 60. W raporcie *Norwegian Center for Minority Health Research* (NAKMI) z 2010 r. podano, iż liczba imigrantów w Norwegii wynosiła 508 tys., co stanowiło 10,6% ogółu populacji [2]. Szacowano, że imigranci pochodzili z 214 krajów świata, w tym z ponad 60 państw spoza Europy. Ponad 186 tys. osób było pochodzenia azjatyckiego, 61 tys. afrykańskiego, 17 tys. pochodziło z Ameryki Łacińskiej, a kolejnych 16 tys. z Ameryki Północnej i Oceanii. Największą grupę imigrantów stanowiły osoby pochodzenia: polskiego, pakistańskiego, szwedzkiego, irańskiego oraz przybyłe z Somalii [3].

Prawie połowa imigrantów oraz urodzonych w Norwegii osób innego pochodzenia niż norweskie była w wieku 20-44 lat [3]. Całkowita liczba imigrantów płci żeńskiej i męskiej była zbliżona. Jednakże, wśród największych grup migracyjnych większość stanowili młodzi mężczyźni. Czas pobytu w Norwegii był zróżnicowany – największa grupa przebywała tam krócej niż 5 lat (40%), pozostali przez okres od 5 do 14 lat (28%) oraz 15 lat i więcej (30%). Z analizy wynika, że większość imigrantów mieszkała w dużych miastach, takich jak: Oslo (30%), Bergen (17%), Stavanger (12%) lub w ich pobliżu.

W latach 2005-2007 poziom zatrudnienia wśród cudzoziemców wzrósł z 57% do 63%. Najniższy wskaźnik zatrudnienia odnotowano wśród imigrantów z Afryki (49%) oraz z Azji (56%). Zatrudnienie wśród kobiet było znacząco niższe niż wśród mężczyzn. Imigranci pochodzący z krajów nordyckich, zachodnioeuropejskich oraz Ameryki Północnej żyli na poziomie finansowym podobnym do osób pochodzenia norweskiego. Grupa ta odróżniała się wyraźnie od imigrantów pochodzących z Europy Wschodniej, Azji, Afryki i Ameryki Łacińskiej, wśród których poziom życia oraz zarobków był znacznie niższy [3].

**Szwecja.** W kraju tym od lat 30. XX w. obserwuje się przewagę imigracji nad emigracją. W latach 40. poziom imigracji wzrósł jeszcze bardziej na skutek powrotu uchodźców z Bałtyckiego i państw nordyckich. Wyróżnia się kilka okresów migracyjnych: 1. lata 1938-1948, to okres migracji z państw sąsiednich; 2. 1949-1971 – migracje z Finlandii i południowej Europy; 3. 1972-1989 – łączenie rodzin (family reunification) z rozwijających się państw; 4. od 1990 r. do obecnych lat – migracje osób z południowo-wschodniej i wschodniej Europy poszukujących azylu oraz osób pochodzących z państw należących do Unii Europejskiej. Jak pisał EUROSTAT [4] w styczniu 2010 r. populacja szwedzka liczyła 9 347 899 osób. Szwecja nie prowadziła nigdy rejestru dotyczącego religii oraz rasy jako kategorii w spisie ludności, natomiast można uzyskać informacje dotyczące państwa

urodzenia, obywatelstwa oraz obywatelstwa rodziców. W 2008 r. osoby urodzone poza Szwecją tworzyły grupę 524-tysięczną. Głównymi krajami pochodzenia były: Finlandia (80 400 osób), Irak (40 000) oraz Dania (38 400). W 2009 r. szacowano, że liczba nieudokumentowanych migrantów obejmowała od 15 000 do 80 000, co stanowiło 0,5% populacji [5].

### Sytuacja zdrowotna imigrantów

**Norwegia.** Zjawisko migracji jest często związane ze zmianami w środowisku i zachowaniach, zmianami w zwyczajach żywieniowych oraz w aktywności fizycznej [6, 7]. Szczególnie narażone na utratę zdrowia są nowe mniejszości, osoby i grupy niedawno przesiedlone i przystosowujące się do nowych warunków [8]. Niektóre z badań z ostatnich czterech dekad donosiły o wzroście ryzyka otyłości, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych oraz niedoborze witaminy D wśród społeczności imigrantów w Norwegii. Większość tych problemów wynikała z przyzwyczajenia do diety wysokokalorycznej, spożycia większej ilości tłuszczów nasyconych, cukrów prostych oraz zmniejszonego przyjmowania produktów bogatych w błonnik.

Według badań z 2009 r., w Norwegii liczba osób cierpiących na cukrzycę wynosiła 130 tys. Zgodnie z informacjami z większości publikowanych raportów [9, 10], cukrzyca była bardziej rozpowszechniona wśród imigrantów, niż wśród społeczności norweskiej. Wynikało to z faktu, że migranci są narażeni na większą liczbę czynników wywołujących cukrzycę. Zapadalność była największa wśród kobiet pochodzących z południowej Azji (27,5%). Mniejszą zapadalność odnotowano wśród mężczyzn z płd. Azji (14,3%), mężczyzn i kobiet z krajów zachodnich (odpowiednio – 5,9%, 3,0%). Kraje zachodnie w tym badaniu obejmowały: Europę Zachodnią, Amerykę Północną, Australię, Nową Zelandię, podczas gdy krajami z południowej Azji były: Pakistan, Indie, Sri Lanka. Badania wykazały, że największym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 wśród imigrantów południowo-azjatyckich było zmniejszenie aktywności fizycznej, złe nawyki żywieniowe oraz otyłość. Jednocześnie wydawało się oczywiste, że zapadalność na cukrzycę była wyższa u kobiet ze względu na częściej występującą wśród nich otyłość [9].

Umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w Norwegii zmniejszyła się od roku 1970. Ze względu na fakt, że populacja imigrantów jest stosunkowo młoda, umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych w tej grupie nie jest znacząca [11]. Niemniej, mężczyźni pochodzący z Pakistanu i Turcji odznaczali się wyższym ryzykiem zapadalności na choroby serca i naczyń ze względu na palenie tytoniu, niski poziom HDL-cholesterolu, wysoki poziom trójglicerydów i podwyższonego ciśnienia tętniczego

[12]. Ogólnie jednak, pomimo powszechności występowania otyłości, cukrzycy, nieprawidłowych nawyków żywieniowych, zapadalność na choroby sercowo-naczyniowe wśród imigrantów nie jest znaczna.

W ostatnich latach w Norwegii, odsetek osób z otyłością wzrósł w porównaniu do wzorca globalnego. Jak pokazały badania z lat 2000-2003 ponad połowa osób dorosłych była otyła, pomijając trzydziestoletnie kobiety, wśród których ten odsetek był mniejszy. Wśród dzieci sytuacja również nie była korzystna, ponieważ aż około 20% dzieci w przedziale 8-12 lat było otyłych [13]. Przy takim rozpowszechnieniu otyłości w populacji norweskiej, społeczność dorosłych imigrantów może być narażona na podobne ryzyko otyłości, jak populacja rdzenna. Badania przeprowadzone nad imigrantami w Oslo – obejmujące grupę migrantów z Pakistanu, Turcji, Iranu, Sri-Lanki i Wietnamu – wykazały, iż odsetek osób z otyłością wahał się w granicach od 3% (mężczyźni pochodzący z Wietnamu) do 48% (kobiety z Turcji). Odsetek osób otyłych wśród kobiet i mężczyzn z Wietnamu był niższy niż wśród rodowitych Norwegów. Badania pokazały także, że problem otyłości wśród imigrantów występował częściej wśród kobiet, niż wśród mężczyzn [14].

W badaniu otyłości młodzieży reprezentującej mniejszości etniczne stwierdzono zaś, że wyższe wskaźniki BMI występowały wśród chłopców pochodzących ze wschodnich krajów Europy i środkowo-wschodniej/północnej Afryki oraz dziewczynek ze wschodniej Europy [15]. Co więcej, według statystyk szpitalnych, dzieci ze środkowej Europy i południowej Azji były dużo częściej hospitalizowane z powodu chorób metabolicznych niż dzieci norweskie [16].

Obecnie nie rozpoznano czynników, które sprzyjają większemu rozpowszechnieniu otyłości wśród imigrantów. Wyższe ryzyko otyłości wśród kobiet jest najprawdopodobniej związane z większą podatnością na niezdrowe nawyki żywieniowe. Z powodu znaczących różnic w rozpowszechnieniu otyłości między imigrantami a populacją norweską, przyszłe badania powinny dotyczyć poszukiwania czynników wywołujących tę chorobę. Rezultaty tych badań pozwoliłyby na uzyskanie wiedzy, która jest potrzebna do planowania programów interwencyjnych. Trzeba też odnotować, że aktywność fizyczna wśród migrantów jest znacznie mniejsza niż wśród obywateli Norwegii. Mężczyźni imigranci wykazywali bardziej osiadły tryb życia niż kobiety. Mężczyźni z Turcji, Pakistanu i Wietnamu, którzy są gorzej wyedukowani, byli bardziej aktywni, co wynika z charakteru zatrudnienia w sektorze prac fizycznych. Według badań aktywność fizyczna była wyższa wśród kobiet niż wśród mężczyzn [17], ale kobiety imigrantki są częściej otyłe.



Od 1980 r. jednym z głównych problemów zdrowotnych wśród migrantów był niedobór witaminy D3. Kilka źródeł wykazało, iż największy problem niedoboru pojawił się w populacjach pochodzących z Pakistanu (głównie wśród kobiet ciężarnych oraz karmiących), wśród dzieci imigrantów oraz osób dorosłych pochodzących z Pakistanu, Sri-Lanki, Turcji, Iranu oraz Wietnamu [18,19]. Niedobór witaminy wynikał głównie z diety ubogiej w witaminę D, spędzania większości czasu w pomieszczeniach oraz zakrywania ciała ubraniami, a także migracji w północne części kraju, gdzie ekspozycja na słońce jest zdecydowanie niższa. Niedobór witaminy D jest narastającym problemem wśród migrantów w Norwegii i dotyka częściej kobiet niż mężczyzn. Uważa się, że poprawę sytuacji można osiągnąć poprzez działania edukacyjne, w tym udostępnienie w kilku językach broszur na temat metod eliminowania tego problemu.

Badania dowiodły, że do najczęściej występujących chorób zakaźnych należały gruźlica oraz HIV/AIDS. Pomimo faktu, że zdecydowaną większość wśród imigrantów stanowiły młode, potencjalnie zdrowe osoby, to liczba chorych wciąż rosła wraz z napływem cudzoziemców. W latach 1970-2007 odsetek imigrantów, u których zdiagnozowano gruźlicę, wzrósł z 5% do 80% [20]. Zdecydowaną większość chorych na gruźlicę stanowiły osoby pomiędzy 15-39 rokiem życia, najmniej chorych stwierdzono w grupie osób powyżej 65 r.ż. Największą zachorowalność odnotowano wśród migrantów pochodzących z Afryki, głównie z Somalii, zaś najniższą u migrantów przybywających ze Stanów Zjednoczonych i Kanady [21]. Przyjęta w Norwegii strategia zwalczania gruźlicy obejmowała: badania skринingowe nowo przyjezdnych cudzoziemców, wyodrębnienie grup wysokiego ryzyka oraz poprawę dostępu do opieki zdrowotnej dla imigrantów. Badania dotyczące osób zakażonych wirusem HIV dowiodły, że większość pochodziła z Afryki, głównie z Etiopii, Somalii, ale również z Tajlandii [22].

Badania przeprowadzone w Oslo pokazały, że legalni imigranci odwiedzali lekarzy specjalistów nawet trzykrotnie częściej niż Norwegowie. Udowodniono również, że migranci pochodzący z Turcji i Iranu odwiedzali psychiatrów/psychologów częściej niż inne grupy imigrantów [23].

**Szwecja.** Badania przeprowadzone w latach 2000-2005 przez organizację ULF (Surveys of Living Condition, ULF) dowiodły, że osoby niebędące obywatelami Szwecji są w gorszej sytuacji zdrowotnej, niż rodowici Szwedzi. Pokazały również, że imigranci pochodzący z państw Unii Europejskiej charakteryzowali się lepszym stanem zdrowia niż pozostali przybysze [24]. Poza tym odnotowano zbliżone odsetki osób o złym stanie zdrowia w grupie imigrantów urodzonych poza Szwecją oraz w grupie tych, którzy urodzili

się już w Szwecji. Sugeruje to, że stara i nowa fala emigracji, osoby zasiedziały i nowi przybysze mogą mieć podobne uwarunkowania zdrowia, genetyczne lub behawioralne [25].

Cukrzyca wieku młodzieńczego jest przykładem choroby będącej pochodną czynników dziedzicznych oraz czynników stylu życia. Ryzyko zachorowania jest największe dla osób pochodzących z Finlandii oraz Sardynii [26]. Niemniej wydaje się, że problem ten dotyczy przede wszystkim populacji rdzennej. Hjern i Söderström podali bowiem, że zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci urodzonych w rodzinach rodowitych Szwedów jest 5-krotnie większa niż wśród dzieci, których rodzice pochodzili z Ameryki Łacińskiej oraz 3-krotnie wyższa niż w rodzinach pochodzących z Europy Wschodniej [27].

Wielu obcokrajowców opuściło kraje, w których określone typy chorób zakaźnych są zdecydowanie częściej spotykane niż w Szwecji. Głównymi zalekanymi chorobami są: zapalenie wątroby typu B oraz C, gruźlica a także HIV/AIDS. Zawieranie związków i małżeństw spowodowało, że choroby te stawały się coraz bardziej powszechne w całej populacji. Badania nad rozpowszechnieniem czynników zakaźnych wśród obcokrajowców dowiodły np., że bakteria *Helicobacter pylori*, powodująca wrzody żołądka oraz stany nowotworowe żołądka, występuje częściej wśród imigrantów [28].

Według ULF odsetek urodzonych w Szwecji mężczyzn, którzy palą papierosy, był zdecydowanie niższy niż wśród mężczyzn imigrantów. Te same badania wykazały, że wśród Szwedów używanie tytoniu do żucia było częstsze aniżeli wśród cudzoziemców. Odnotowano także, że odsetek palących kobiet był wyższy wśród imigrantek niż rodowitych Szwedek. Na podstawie powyższych badań udowodniono również, że dzieci imigrantów były zdecydowanie bardziej narażone na palenie bierne, co zwiększało ich zapadalność na niektóre choroby [29].

Głównymi problemami wśród osób poszukujących azylu były choroby psychiczne oraz różne formy zaburzeń psychosomatycznych [30]. Udowodniono, że liczba osób hospitalizowanych z powodów zaburzeń psychicznych, w tym prób samobójczych, była 3-krotnie wyższa wśród azylantów, niż w całej populacji. Wynikać to może z faktu, że sam proces nadawania statusu azylanta jest długi, kończy się wieloma odmowami i jest stresujący dla wnioskujących [31].

### Dostęp imigrantów do opieki zdrowotnej

**Norwegia.** Rosnąca liczba imigrantów w Norwegii jest wielkim wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej. Głównym problemem jest odmienność i zróżnicowanie chorób występujących wśród migrantów oraz

odmienność zachowań, kultury oraz świadomości migrantów, zarówno związanej z utrzymaniem zdrowia jak i korzystaniem z opieki zdrowotnej. System norweski oparty jest na zasadzie, że wszyscy mieszkańcy mają równy dostęp do opieki zdrowotnej, niezależnie od statusu społecznego, dochodów i miejsca zamieszkania. Obywatele krajów Unii Europejskiej mają taki sam dostęp do usług zdrowotnych, jak rezydenci Norwegii. Wszyscy, niezależnie od obywatelstwa czy statusu pobytu, łącznie z migrantami nieudokumentowanymi, mogą korzystać ze świadczeń medycyny ratunkowej. Imigranci nieudokumentowani mogą korzystać ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w tym z leków oraz świadczeń specjalistycznych w specjalnej przychodni stworzonej w Oslo przez Norweski Czerwony Krzyż oraz Church City Mission [32].

W Norwegii działa również organizacja KIRKENS BYMISJON, która zajmuje się niesieniem pomocy medycznej nieudokumentowanym migrantom. Oprócz oferowania szerokiego zakresu bezpłatnej pomocy medycznej, organizacja ta pomaga w organizacji tłumaczeń w przypadku braku znajomości języka.

**Szwecja.** Migranci udokumentowani mają prawo do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych na zasadach podobnych do obywateli Szwecji. Migranci nieudokumentowani, przebywający na terenie Szwecji mają dostęp do medycznych służb ratowniczych jedynie w przypadku, kiedy uregulują wszelkie koszty związane z udzielonymi świadczeniami. Ze względu na swoją niepewną sytuację, w większości nie są oni zdolni ponosić tych kosztów. Odmowa leczenia osobom potrzebującym budzi kontrowersje etyczne. Opieka medyczna jest udzielana dzieciom oraz (w niektórych regionach) również kobietom w ciąży. Organizacje pozarządowe które pomagają imigrantom, zakładane są w większych miastach w Szwecji, gdzie liczba obcokrajowców jest znacząca [33]. Ich działalność polega na organizacji miejsc, w których mogą być udzielane świadczenia pierwszej pomocy oraz utworzone ogólne przychodnie lekarskie dla pacjentów, którzy tej pomocy potrzebują. Niektóre organizacje również uruchamiają linię telefoniczną celem udzielania porad z zakresu zdrowia dla osób, które z różnych powodów obawiają się przyjscia do przychodni. Migranci nieudokumentowani dużo częściej zwracają się po pomoc medyczną do organizacji pozarządowych, aniżeli do szpitala. Ponadto, pewną pomocą dla imigrantów są inicjatywy prywatne i wolontariusze. W Sztokholmie kilku lekarzy prowadzi darmową opiekę lekarską nad migrantami w zakresie medycyny ogólnej oraz leczenia cukrzycy. Organizacje pokrywają również koszty leków na cukrzycę, astmę i nadciśnienie tętnicze. Zajmują się też pozyskiwaniem funduszy na leki dla nieudokumentowanych migrantów cierpiących na przewlekłe choroby (w Szwecji nie ma finanso-

wania na poziomie krajowym chorób przewlekłych dla nieudokumentowanych migrantów). Niektóre z organizacji pozarządowych mają również nieoficjalną umowę z trzema szpitalami na terenie Sztokholmu w celu leczenia imigrantów po niższych kosztach. Leczenie antyretrowirusowe HIV/AIDS jest bezpłatne w Klinice Chorób Zakaźnych w Sztokholmie. Ta klinika jest zarządzana i finansowana przez region Sztokholmu i zapewnia terapię antyretrowirusową dla nieudokumentowanych migrantów z własnej inicjatywy i finansów. Ta sama klinika zapewnia także bezpłatne leczenie gruźlicy.

### Programy zdrowotne adresowane do imigrantów

PROMOVAX, to 3-letni projekt finansowany przez DG SANCO z Programu Zdrowia Publicznego w latach 2008-2013. Ogólnym celem PROMOVAX jest promowanie szczepień wśród osób migrujących w Europie, także w Skandynawii. Przyczynia się do eliminacji chorób i zapobiegania im oraz zmniejszenia nierówności społecznych w zdrowiu ludności. Projekt ten polega na rozpoznaniu barier, jakie ograniczają rozpowszechnienie szczepień ochronnych wśród imigrantów, rozwoju akcji szczepień oraz dystrybucji materiałów edukacyjnych, zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia jak imigrantów, a także opracowaniu zaleceń dla decydentów oraz interesariuszy.

Program projektu obejmuje: analizę kontekstów prawnych dotyczących szczepień migrantów w krajach uczestniczących, określenie i wymianę najlepszych praktyk w zakresie promocji zdrowia oraz szczepień wśród migrujących, ułatwienie migrantom dostępu do szczepień i zwiększenie ich świadomości odnośnie do roli szczepień, zwiększenie wiedzy specjalistów opieki medycznej na potrzeby szczepień migrantów i podniesienie wrażliwości kulturowej wśród pracowników służby zdrowia zajmujących się migrantami.

W Szwecji realizowany jest również projekt dotyczący migracji (*Migrants health and the facets of ethnic segregation*), kierowany przez prof. Johan'a Fritzell'a, finansowany przez Szwedzką Radę ds. Badań Naukowych (VR) i planowany na okres 01.2009-12.2012. Celem projektu jest zbadanie różnic w zdrowiu między tubylcami i imigrantami oraz określenie mechanizmów, które powodują te różnice.

### Podsumowanie

Analiza zgromadzonego materiału dowodzi, że w dwóch omawianych krajach skandynawskich przeprowadzono liczne badania poświęcone rozpoznaniu sytuacji zdrowotnej imigrantów i mniejszości etnicznych. Dane takie zawsze stanowią podstawę do podejmowania odpowiednich działań praktycznych, dostosowanych do potrzeb imigrantów. Niemniej sami



badacze podkreślają, że zgromadzona wiedza nie jest jeszcze wystarczająca i wymaga pogłębienia. Jednocześnie daje się zauważyć, że w krajach tych większość działań praktycznych adresowanych do imigrantów odbywa się na poziomie lokalnym. W pewnym stopniu

wynika to pewnie z organizacji życia społecznego (tzw. komuny). Wydaje się jednak, że ma to również związek z pragmatyzmem i efektywnością prac. Im bliżej odbiorców, tym większa szansa na zaspokojenie ich potrzeb. Wiele z tych działań nie jest opisywanych.

## Piśmiennictwo / References

1. International Organization for Migration. Facts and Figures. Global estimates and trends. <http://www.iom.int/jahia/about-migration/facts-and-figures/global-estimates-and-trends>
2. Abebe DS. Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. Norwegian Center for Minority Health Research (NAKMI) report 2/2010. Oslo, 2010.
3. Daugstad G (ed). Immigration and Immigrants 2008. Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway, Oslo-Kongsvinger 2008 Jan 19.
4. EUROSTAT. European demography, EU27 population 501 million at 1 January 2010. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00001&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1>
5. Baldwin-Edwards M, Kraler A (ed). REGINE, Regularisations in Europe. Study on practices in the area of regularisation of illegally staying third-country nationals in the Member States of the EU. International Centre for Migration Policy development (ICMPD), Vienna 2009. [http://ec.europa.eu/home-affairs/doc\\_centre/immigration/docs/studies/regine\\_report\\_january\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/immigration/docs/studies/regine_report_january_2009_en.pdf)
6. Misra A, Ganda OP. Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition* 2007, 23(9): 696-708.
7. Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Rev* 2008, 66(4): 203-15.
8. Cianciara D. Aspekty wielokulturowości w dzisiejszej Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 128-135.
9. Hjellset Vt, Bjørge B, Eriksen HR, Høstmark AT. Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *J Immigr Minor Health* 2011, 13(1): 101-110.
10. Chawla A, Amundsen AL, Hanssen KF, Iversen PO. Gestational diabetes in women from South Asia. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2006, 126(8): 1041-3.
11. Jenum AK, Stensvold I, Thelle DS. Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *Int J Epidemiol* 2001, Suppl 1: S59-S65.
12. Glenday K, Kumar BN, Tverdal A, Meyer HE. Cardiovascular disease risk factors among five major ethnic groups in Oslo, Norway: The Oslo Immigrant Health Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006, 13(3): 348-55.
13. Norwegian Institute of Public Health. Factsheet in Norway. 25-5-2009.
14. Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, Dalen I, Holmboe-Ottesen G. Ethnic Differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *Int J Obes (Lond)* 2006, 30(4): 684-90.
15. Kumar BN, Holmboe-Ottesen G, Lien N, Wandel M. Ethnic differences in body mass index and associated factors of adolescents from minorities in Oslo, Norway: a cross-sectional study. *Publ Health Nutr* 2004, 7(8): 999-1008.
16. Kolsgaard M, Andersen LF, Tonstad S, Brunborg C, Wangensteen T, Joner G. Ethnic differences in metabolic syndrome among overweight and obese children and adolescents: the Oslo Adiposity Intervention Study. *Acta Paediatr* 2008, 97(11): 1557-63.
17. Blom S. Innvandreres helse 2005/2006. Oslo, Norway: Statistisk sentralbyrå 2008.
18. Brunvand L, Brunvatne R. Health problems among immigrant children in Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001, 121(6): 715-8.
19. Henriksen C, Brunvand L, Stoltenberg C, Trygg K, Haug E, Pedersen JI. Diet and vitamin D status among pregnant Pakistani women in Oslo. *Eur J Clin Nutr* 1995, 49(3): 211-8.
20. Winje BA, Mannsåker T, Heldal E, Dahle UR. Tuberkulose i Norge i 2007-MSIS rapport 2008. Oslo: Norwegian Public Health Institute 2008. Report No. 17.
21. Farah MG, Tverdal A, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Tuberculosis in Norway by country of birth, 1986-1999. *Int Tuberc Lung Dis* 2003, 7(3): 232-5.
22. Aavitsland P, Nilsen Ø. HIV infection from Africa to Norway. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001, 121(1): 76-9.
23. Kumar B, Meyer HE, Grøtvedt L, Sogaard AJ, Strand BH. The Oslo Immigrant Health Profile. Norwegian Institute of Public Health 2008.
24. ULF surveys 2000-2005. Statistics Sweden and the National Board of Health and Welfare.
25. Socialstyrelsen. Självrapporterad hälsa hos personer med. Utlandsk bakgrund-underlag till samlad redovisning av integrationspolitikens resultat. Self-reported Health Among People of Foreign Background-Documents for a Collective Revision of the Results of Integration Policy. Stockholm 2007.
26. Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. *Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. Diabetes Care*. Oct 2000, 23(10): 1516-26.
27. Hjern A, Söderström U. Parental country of birth is a major determinant of childhood type 1 diabetes in Sweden. *Pediatric Diabetes* 2008, 9(1): 35-9.
28. Tindberg Y, Bengtsson C, Granath E, Blennow M, Nyrén O, Granström M. Helicobacter pylori infection in Swedish school children: lack of evidence of child-to-child transmission outside the family. *Gastroenterology* 2001, 121(2): 310-6.
29. Barnhälsovården i Stockholms läns landsting. Arsrapport 2006. Annual Report 2006 Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007 Johansson A. Passive smoking in children. The importance of parent's smoking and use of protective measures. Linköping: University of Linköping, Department of Molecular and Clinical Medicine, Division of Pediatrics 2004.

30. Socialstyresen. Hälsa-och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Health and Medical Care for Asylum Seekers and Refugees, Stockholm 1995. Allmänna råd från Socialstyresen 1995: 4.
31. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997, 170: 351-7.
32. International Profiles of Health Care System, 2011. [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562\\_Squires\\_Intl\\_Profiles\\_2011\\_11\\_10.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf)
33. PICUM-Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, Nowhereland. Workpackage No. 6: The Voice of Undocumented Migrants. Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Health Care in 17 EU countries, Country Report Sweden by PICUM-Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants 2010.