

PHED

precision health and
everyday democracy

RAPPORT #1

PHED-KOMMISSIONEN FÖR FRAMTIDEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD EFTER COVID-19

OJÄMLIKHET I SAMHÄLLET
GÖR OSS SÅRBARA FÖR PANDEMIER

BASERAD PÅ OFFENTLIGA SEMINARIER
SOM HÅLLITS OKOBER - DECEMBER 2020

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	3
1. HÄLSOKOMMUNIKATION	4
2. STRUKTURELL GRUND FÖR OJÄMLIK HÄLSA	5
3. LEVNADSVILLKOR OCH ANSTÄLLNINGSFÖRHÅLLANDEN INVERKAR PÅ HÄLSAN	7
4. HÄLSAN PÅVERKAS AV UPPEHÅLLSSTATUS	8
5. CIVILSAMHÄLLETS ORGANISATIONER OCH DERAS ROLL FÖR HÄLSAN	9
6. NÄTVERKANDE MELLAN STATLIGA MYNDIGHETER	11
SLUTSATSER	12
BAKGRUND TILL PROJEKTET	13
SYFTE OCH METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER	14

SAMMANFATTNING

Under hösten 2020 organiserade PHED-projektet i ett samarbete mellan Malmö och Lunds universitet en kommission och bjöd in till muntliga och skriftliga vittnesmål om framtiden för hälso- och sjukvården efter covid-19. Efter att initialt ha fokuserat på Region Skåne, utvidgades diskussionerna till att omfatta ett bredare nationellt fokus liksom internationella jämförelser med Frankrike och Storbritannien. Undersökningen omfattade vittnesmål från såväl yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård som tjänstemän, civilsamhället och forskare. Överlag framställde vittnesmålen covid-19 som både en tragedi och ett lärotilfälle som skulle kunna stärka samhället. Flera centrala rekommendationer för att skydda och förbättra folkhälsan togs fram.

SEX HUVUDREKOMENDATIONER:

1. HÄLSOKOMMUNIKATION

- a. Hälsokommunikation måste utgå från att människor lever olika liv, och information och riktlinjer måste utformas på grundval av det.
- b. Hälsokommunikation måste använda flera olika kanaler för att nå en mångskiftande befolkning och bör inte vara enbart digital.

2. STRUKTURELL GRUND FÖR OJÄMLIK HÄLSA

- c. Att säkerställa en god befolkningshälsa kräver att strukturella barriärer som i oproportionerligt hög grad skadar marginaliserade grupper identifieras.
- d. Dessa barriärer behöver förstås som något som inte bara påverkar minoritetsgrupper utan undergräver hela befolkningens hälsosäkerhet.
- e. Ovanstående åtgärder är möjliga endast om de kombineras med samordnade insatser för att motverka potentiell stigmatisering av marginaliserade grupper.

3. LEVNADSVILLKOR OCH ANSTÄLLNINGSFÖRHÅLLANDEN INVERKAR PÅ HÄLSAN

- f. Bostadspolitik på alla nivåer behöver utvärderas och utformas med inriktning på att förbättra människors hälsa.
- g. Arbetsmarknadspolitik på alla nivåer behöver utvärderas och utformas med inriktning på att förbättra människors hälsa.
- h. Bostads- eller arbetsvillkor som undergräver människors hälsa behöver ses som ett hot mot den nationella befolkningen på grund av den sociala och ekonomiska dominoeffekt de har, vilket tydligt påvisats under covid-19.

4. HÄLSAN PÅVERKAS AV UPPEHÅLLSSTATUS

- i. Hälso- och sjukvårdspersonal och andra tjänstemän (t.ex. polisen) behöver både få tydlig vägledning om vilken hälso- och sjukvård som är tillgänglig för personer som saknar uppehållstillstånd och kunna kommunicera den informationen.

- j. Tillgång till hälso- och sjukvård ska inte vara avhängig av en säker internetanslutning, eftersom internetfattigdom berör migrantgrupper i oproportionerligt hög grad.
- k. Bristfälliga bostads- och anställningsvillkor som påtvingats asylsökande behöver ses som skadliga för både de individernas och hela befolkningens hälsa.

5. CIVILSAMHÄLLETS ORGANISATIONER OCH DERAS ROLL FÖR HÄLSAN

- l. Civilsamhällets organisationer bör få erkännande för sitt arbete med att upprätthålla samhället under covid-19, särskilt där staten har minskat sin roll.
- m. Civilsamhällets roll behöver utvärderas gentemot statens roll, för att kunna avgöra när statligt stöd bör antingen omfördelas till civilsamhället eller användas för att öka den roll som statens tillhandahållande av tjänster spelar.
- n. Civilsamhällets roll bör inte ta uppmärksamheten från farhågor rörande statens uppenbara misslyckande med att agera för att minska de samhälleliga konsekvenserna av covid-19.

6. NÄTVERKANDE MELLAN STATLIGA MYNDIGHETER

- o. Specialiserade myndigheter med erfarenhet av marginaliserade samhällsgruppers behov behöver finansieras, så att de kan bidra med sin kunskap inom nätverket av statliga myndigheter.
- p. Centraliserad statlig kontroll riskerar ibland att undergräva specialkompetensen hos mindre statliga myndigheter, som bör kunna ta sitt unika perspektiv till den nationella nivån för att vidmakthålla medvetenheten om befolkningens mångfald.

1. HÄLSOKOMMUNIKATION

Förmedlingen av väsentlig information om covid-19 var en av de frågor som de som gav vittnesmål oftast lyfte som ett fortlöpande problem under hela 2020. På basis av det vittnesmålet, identifierade vi två centrala rekommendationer:

- a. Hälsokommunikation måste utgå från att människor lever olika liv och information och riktlinjer måste utformas på grundval av det.
- b. Hälsokommunikation måste använda flera olika kanaler för att nå en mångskiftande befolkning och bör inte vara enbart digital.

Misslyckandet med att erkänna en mångskiftande befolknings behov när hälsoinformation förmedlades under pandemins första år, var något som på ett oproportionerligt sätt påverkade de delar av befolkningen som lever i samhällets ekonomiska utkant. Även om de ofta förstod behovet av till exempel social distansering, kände marginaliserade individer sig osedda av centraliserade hälsobudskap som inte tog hänsyn till den verklighet de levde i, där deras osäkra anställningsförhållanden i frontlinjesektorer (t.ex. sjukvård, transport) innebar att de inte kunde följa alla riktlinjer. Hälsokommunikation uppfattades ofta som skräddarsydd för förhållandevis välbärgade grupper med föga hänsyn till dem med färre valmöjligheter när det gällde att upprätthålla social distans eller självisolera sig.

I Sverige, som i många europeiska länder, består en oproportionerligt stor andel av marginaliserade grupper av nyanlända migranter. Mia Sandor från Kunskapscentrum migration och hälsa i Region Skåne, den region som har den högsta andelen nyanlända migranter i Sverige, förklarade hur deras organisation spelade en viktig roll genom att försöka införliva ett migrantperspektiv i hälso- och sjukvården och genom att kartlägga vilken information som var tillgänglig för migranter samt hur tolkning borde äga rum med tanke på de restriktioner som social distansering innebar:

“Självklart, med tanke på covid-19 och att man måste försöka upprätthålla så mycket fysisk distans som möjligt, så rekommenderade vi att man använder tolk på telefon, i vissa fall, om man ändå behöver använda en tolk [...] på enheterna, så ska man fortfarande göra det, men se till att vidta försiktighetsåtgärder, men annars kan man sköta tolkningen på telefon. Så det är extremt viktigt att vi förstärker det, för ibland i kristider utesluter man liksom de där extra sakerna, men som vi alla vet är

det extremt viktigt att kunna [...] förstå och kunna kommunicera på ett sätt som alla förstår [...]

Sandor bekräftade vidare vikten av både översättning och tolkning och konstaterade att “viss information vill man ha skriftligt [...] för att kunna läsa hemifrån”. Hon pekade också på strukturella hinder och på värdet av på förhand fastställda strategier för att säkerställa snabba översättningar:

“Om en enstaka enhet vill översätta något måste man betala för det själv, men om det är något som vi har en strategi för och om man behöver den här informationen, och detta betalas centralt, då är oddsen för att det ska genomföras mycket större.

För Sandor var det viktigt att också fokusera på att stärka marginaliserade gruppers hälsolitteracitet, genom att hålla i diskussioner där man visar på kopplingarna mellan hälso- och sjukvård och bredare livsstilsval för att hjälpa individer att bygga strategier som motverkar några av de negativa effekter som fattigdom har på deras välbefinnande:

“Jag tror att det är mycket viktigt att även ta upp den frågan i diskussionen. Vad är det meningen att vi ska göra inom hälso- och sjukvården? Är det tänkt att vi bara ska ta hand om problemet som man söker för, eller ska vi prata om hälsa i allmänhet och hur man kan påverka sin långsiktiga hälsa genom att göra vissa saker?

Flera talare på seminarierna pratade om vikten av att lyfta specifika gruppbehov och undvika att klandra eller stigmatisera dem som är mest sårbara. Beträffande den somalisk-svenska gruppen, som påverkades oproportionerligt mycket av pandemin på ett tidigt stadium, berättade Anna Bredström från Linköpings universitet som har bedrivit ett forskningsprojekt om hälsokommunikation under covid-19 och som identifierade antaganden som fanns gällande somaliska grupper och som distraherade och störde det ansvar som hälso- och sjukvården hade

“De sa att de verkligen kände att det fanns massor av diskussioner om att Somalier saknade kunskap och var dåliga mottagare och inte kunde hantera kommunikationen eller förstå vad som förmedlades eftersom de [var] analfabeter och

eftersom de hade en sån där traditionell kulturell religiös praktik. Så den här diskursen [...] är verkligen något som vi känner igen när vi pratar om frågor som gäller integration av migranter i det svenska samhället i allmänhet. Och detta var förstås också framträdande i förhållande till covid-19.

Ett vanligt problem, speciellt för marginaliserade grupper, var svårigheten att få tillgång till information, beroende på valet av särskilda kanaler där de var i oproportionerligt hög grad exkluderade på grund av till exempel bristande tillgång till teknologi eller kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet.

Mia Sandor på Kunskapscentrum migration och hälsa, Region Skåne, påpekade följande:

“ Man har en syn på sin patient som en person som har de färdigheter som ingår i hälso-litteracitet, vet var man ska söka information, så vi har vissa plattformar där man tillhandahåller information. Men om man inte har en aning om var man ska leta så kommer den här informationen inte att nå en.

Tillgänglighet togs också upp i termer av praktiska hinder för att hitta information. Lina Al-Nahar, grundare av en interprofessionell arbetsgrupp för anpassad hälsoinformation gällande covid-19, berättade för oss:

“ Folk pratar om mobiltelefoner och datorer och internet, och det kan vara så att [...] folk har mobiltelefon. Men de har kanske ändå inte

datorer eller så har de inte tillgång till internet. Så även när den här informationen kom på andra språk från Folkhälsomyndigheten, så la de [...] ut den på sin webbsida.

På samma sätt berättade Louise Dalingwater, som är professor vid Sorbonneuniversitetet och har bedrivit forskning om hälso- och sjukvård för migranter under covid-19, att i intervjuerna som hon gjorde med aktörer i civilsamhället i Storbritannien och Frankrike hade de noterat att:

“ Människor i exkluderade grupper ofta inte kan komma åt nätbaserad information, mycket information är nätbaserad i de flesta europeiska länder [...] så de kunde inte betala för att få tillgång till exempelvis bredband... de hade kanske inte kunskapen eller de digitala färdigheterna som behövs för att kunna få tillgång till informationen. Informationen var kanske skriven på ett språk som inte var begripligt och kanske på ett begränsat antal språk. Det är inte precis lämpligt för exkluderade grupper med låg läs- och skrivkunnighet. Riktlinjerna riktades inte tillräckligt till de socialt exkluderade grupperna och stödtjänster och nätverk som vanligtvis skulle finnas för att hjälpa till med att förmedla informationen var stängda.

Flera av dem som gav vittnesmål pekade på behovet av informationsspridning riktad specifikt till olika grupper som ett sätt att skydda marginaliserade grupper.

2. STRUKTURELL GRUND FÖR OJÄMLIK HÄLSA

Alla som vittnade inför Kommissionen pekade på förekomsten av en markant ojämlikhet i hälsa, där grupper i samhället som redan är marginaliserade var de som mest sannolikt fick erfara effekten av covid-19. Vittnesmålen pekar mot följande huvudrekommendationer:

- c. Att säkerställa en god befolkningshälsa kräver att strukturella barriärer som i oproportionerligt hög grad skadar marginaliserade grupper identifieras
- d. Dessa barriärer behöver förstås som något som inte bara påverkar minoritetsgrupper utan också undergräver hela befolkningens hälsosäkerhet
- e. Ovanstående åtgärder är möjliga endast om de kombineras med samordnade insatser för att motverka potentiell stigmatisering av marginaliserade grupper

E nligt Anna Bredström, lektor och docent i etnicitets- och migrationsstudier vid Linköpings universitet, kompliceras behovet att bättre förstå ojämlikhet i hälsa av bredare politiska attityder, då de som berörts mest av pandemin ofta har invandrat och lever i relativ fattigdom i Sverige. Hon konstaterade:

“ Invandrare från låg- och medelinkomstländer har ungefär dubbelt så stor risk att dö [i förtid] jämfört med individer födda i Sverige [...] det finns många studier som har visat denna hälsoklyfta. Så [...] nyckelfrågan är då hur kan detta förklaras? [...] Vi vill förstå hur [...] etniska skillnader i hälsa

och etniska hälsoklyftor behandlas och förstås av de svenska myndigheterna och [...] titta på hur detta förklaras av olika aktörer såsom medicinsk forskningspolicy och kliniska praktiker.

I en analys av Folkhälsomyndighetens presskonferenser, påpekade Bredström att:

“ Erkännandet av socioekonomiska perspektiv är verkligen bra och till stor hjälp men [...] de här diskurserna tenderar att reducera etnicitet till klass [...] i stället för att också ta hänsyn till den strukturella rasism som finns i samhället [...]. Naturligtvis behöver vi erkänna kulturella skillnader; [...] vi behöver bara inte göra det på ett sätt som stigmatiserar människor och behandlar kultur som något statiskt.

I Storbritannien hade Frances Webber, advokat i mänskliga rättigheter och vice ordförande för ”Institute of Race relations” (IRR), också konstaterat hur strukturell diskriminering och rasism emellanåt reducerades till attityder och policyer, och att redan existerande känslor av ”vi” och ”dem” riskerar att äventyra människors hälsa i en sådan kris som pandemin:

“ Sedan pandemin verkligen startade har det varit helt uppenbart och det har funnits dussintals studier som har visat den massiva snedfördelningen både i termer av infektion och i termer av dödstal bland svarta och etniska minoritetsgrupper. De första tio läkarna som dog av covid tillhörde etniska minoriteter. Och [...] den filippinska sjuksköterskeföreningen i Storbritannien sa att fler filippinska sjuksköterskor hade dött i Storbritannien än i Filippinerna.

Således betonade Webber och Bredström erkännandet av institutionell rasism som en framkomlig väg för att närma sig jämlikhet i hälsa.

Alla åtta seminarietalare bekräftade att grupper som var marginaliserade före pandemin hade berörts i oproportionerligt hög grad. Solvig Ekblad, legitimerad psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum och professor i mångkulturell hälso- och sjukvårdsforskning vid Karolinska institutet, sa:

“ Så vad vet vi [om] risken att drabbas av covid-19? Vi vet att sjukligheten och dödligheten för etniska minoriteter och [människor med] lägre socioekonomisk status i såväl Sverige och Storbritannien som större städer i USA och också rapporter från WHO:s europeiska kontor

i Köpenhamn. Vi vet att det finns en ökad risk för stigma, [...] [och] diskriminering i pandemins kölvatten. Och likaså risken för misstro mot myndigheterna på grund av låg hälsolitteracitet, inklusive [misstro mot] hälso- och sjukvården och att man dröjer med att söka vård.

På grund av dessa ojämlikheter, fortsatte Ekblad,

“ behöver vi skydda särskilt utsatta grupper, ny-anlända, de äldre [...], de med underliggande sjukdomar och dålig näringsstatus. [...] lika rätt till relevant hälsoinformation för alla medborgare via dialog. Motverka mytbildning och skadliga strategier som utvecklas när regeringsrekommendationer uppfattas som otillräckliga, otydliga och irrelevanta. Och minska den sociala spridningen av infektionen inom ett område och till andra områden med serviceyrken [som innebär direktkontakt med människor] och, slutligen, begränsa risken för stigmatisering av redan utsatta bostadsområden.

Svårigheten att följa rekommendationer på grund av ens levnadsomständigheter nämndes av alla seminariedeltagare. Louise Dalingwater, professor i brittisk politik vid Sorbonneuniversitetet, påpekade vikten av att ”samhällsgrupper och regering är medvetna om situationerna och om dessa omfattande ojämlikheter i termer av hälsa och sociala villkor”.

3. LEVNADSVILLKOR OCH ANSTÄLLNINGSFÖRHÅLLANDEN INVERKAR PÅ HÄLSAN

Kommissionen fick höra både från dem som arbetade direkt med hälso- och sjukvård och från forskarna att människors hälsa behöver förstås holistiskt. Detta betyder att personers hälsa inte bara är beroende av vad hälso- och sjukvårdssystemet tillhandahåller utan till stor del har att göra med andra faktorer som inverkar på en individs livskvalitet. Bland de faktorerna var levnadsvillkor och anställningsstatus två viktiga aspekter som framkom under det första året med covid-19. Det senare gällde både arbetsvillkoren och huruvida en individ hade stabila anställningsförhållanden. Detta leder till följande rekommendationer:

- f. Bostadspolitik på alla nivåer behöver utvärderas och utformas med målet att förbättra människors hälsa.
- g. Arbetsmarknadspolitik på alla nivåer behöver utvärderas och utformas med inriktning på att förbättra människors hälsa.
- h. Bostads- och arbetsvillkor som undergräver människors hälsa behöver ses som ett säkerhetshot mot den nationella befolkningen på grund av deras samhälleliga och ekonomiska dominoeffekter, som påvisats under covid-19.

Martin Grander, forskare vid Institutionen för urbana studier vid Malmö universitet, framhöll hur:

“det blev smärtsamt uppenbart nu i samband med den här pandemin vilken viktig, avgörande roll bostadsförhållanden har i hanterandet av den här krisen [...], unga, barn och studenter får sin utbildning hemifrån. Så hemmet är naturligtvis ytterst viktigt för den här [...] pandemin. Och samtidigt som vi ser hur hemmet håller på att hamna i centrum för uppmärksamheten här ser vi också hur nya vardagsmönster framträder och det hänger förstås ihop med det allmänna välfärdssamhället, hur välfärdstjänster riktas mot hemmet.

I samband med att han lyfte fram resultat från sin rapport från 2020: *Ökad ojämlikhet i boendet i spåren av coronapandemin*¹, förklarade han att det finns ett behov av ett antal reformer kopplade till boende om vi har för avsikt att minska ojämlikhet. De här reformerna behövs, sa han, för “där vi har mest trångboddhet, flest allmännyttiga bostäder och flest låginkomsthushåll har vi också det största antalet fall per invånare”. Han förklarade att utsatta hushåll står inför en dubbel sårbarhet:

“Med det menar vi att de å ena sidan bor i trånga hushåll, i marginaliserade områden där de har mindre möjlighet att isolera sig i sina hem, många familjer, medlemmar och rent allmänt många människor bor i lägenheterna. Vi har sett att trångboddheten också har ökat [...]. Å andra sidan [...] om de är anställda är de ofta anställda där de inte har några reella tillfällen eller möjligheter att arbeta hemifrån, utan de måste exponera sig [...] i tjänstesektorn och så vidare, vilket innebär att de måste pendla [...] de måste utsätta sig för människor och de blir mer sårbara.

Denna dubbla sårbarhet togs upp i alla fyra seminarier. Anna Bredström vid Linköpings universitet påpekade hur samma människor som lever under fattiga omständigheter och är trångbodda inte heller

“har något annat alternativ än att använda allmänna transportmedel [...] och deras utsatthet förvärras också av det faktum att samma grupp av människor också arbetar på platser där de är mer exponerade för viruset [...] Många av dem är till exempel taxi- eller busschaufförer eller arbetar i hemtjänsten och med städning och så vidare.

Lina Al-Nahar, grundare av ArtCovid, nämnde också att restriktionerna var bra “men mycket selektiva”:

“De var till för de människor som faktiskt kunde arbeta hemifrån [...] det var inte för de nio personerna i de två sovrummen jag visade er tidigare. De är inte heller till för människor som lever över generationsgränserna, med äldre och skolbarn [i] samma rum. [...] vi hade det här med att ”hålla avstånd till sjuka och äldre” och det var inte heller möjligt om man hade det trångbott.

Nicolas Lunabba, verksamhetschef för Hela malmö, en civilsamhällelig organisationsorganisation, uppmärksammade hur kris redan var normaltillståndet för många unga, och där covid-19 i stället blev ännu en kris i deras liv:

¹ Rapporten finns tillgänglig online: <https://www.delmos.se/wp-content/uploads/2020/11/Grander-och-Salonen.pdf>

“ [...] dagen innan vi stängde ner hela [mötesplatsen] skedde ett mord i Malmö. Det var en ung kille som dödades och ett par [...] av mina kolleger kände honom. Så från att ha omorganiserat, från en kris och en situation, blev vi tvungna att anpassa oss till en annan sorts kris.

För att undvika kontraproduktiva konsekvenser insåg Lunabba att det var nödvändigt att fortsätta ta hänsyn till befintliga kriser och deras inverkan på marginaliserade grupper när man arbetade med att hantera covid-19-krisen.

4. HÄLSAN PÅVERKAS AV UPPEHÅLLSSTATUS

Marginaliserade migranternas utsatthet var ett återkommande tema genom hela seminarieriet. Även när det som saknade uppehållstillstånd gavs särskilda undantag för att få hälso- och sjukvård relaterad till covid-19, såsom tester och behandling, förekom utestängning [från hälso- och sjukvård] på grund av skräck för den faktiska/uppfattade risken för utvisning när man sökte hjälp; fattigdom kopplad till deras uppehållsstatus som innebar att individer saknade pålitlig internetanslutning med hjälp av vilken de kunde få tillgång till hälso- och sjukvård när fysiska konsultationer i stor utsträckning stoppades under pandemin; bristfälliga levnadsvillkor och få eller inga anställningsmöjligheter för asylsökande. Detta leder till följande rekommendationer:

- i. Hälso- och sjukvårdspersonal och andra tjänstemän (t.ex. polisen) behöver både få tydliga riktlinjer och kunna förmedla den informationen, gällande vilken hälso- och sjukvård som är tillgänglig för personer som saknar uppehållstillstånd.
- j. Tillgång till hälso- och sjukvård ska inte vara avhängig en säker internetanslutning, eftersom internetfattigdom berör migrantgrupper i oproportionerligt hög grad.
- k. Bristfälliga bostads- och anställningsvillkor som påtvingats asylsökande behöver ses som skadliga för både de individernas och hela befolkningens hälsa.

Medan Anna Bredström påpekade att “raserade minoriteter och migranter” hade påverkats “mycket mer av pandemin”, nämnde såväl Frances Webber från IRR som Kunskapscentrum migration och hälsa och Louise Dalingwater vid Sorbonneuniversitetet den roll som ens rättsstatus spelar när det gäller tillgång till hälso- och sjukvårdens tjänster. I sin översikt över hur Europa hanterade pandemin, fann Kunskapscentrum migration och hälsa att

“ tillgången till hälso- och sjukvård runt om i Europa [var] otillräcklig. Vi vet att [...], beroende på vilken migrantstatus man har – om man är asylsökande eller om man är papperslös eller kvotflykting, eller vad det kan vara, så har man olika tillgång till hälso- och sjukvård i olika europeiska länder. Och detsamma gäller så klart Sverige.

Ens rättsstatus kan också vara knuten till vilken sorts bostad man har, vilket gällde asylsökande i Storbritannien och Frankrike. Medan Louise Dalingwater tog upp svårigheter med social distansering och hygienbestämmelser i provisoriska läger utanför Paris och i Calaisområdet, berättade Frances Webber från IRR följande om en leverantör av asylboenden i Storbritannien:

“Den lokala [...] folkhälsomyndigheten godtog det argument leverantören av asylboenden gav, [nämligen] att detta var ett enda hushåll. Ett hushåll omfattande 264 människor på grund av nedstängningen, vilket då lät leverantören komma undan i fråga om covid-säkerhet inuti byggnaden. Det var förfärligt, och det behöver knappast sägas att det blev ett utbrott och så småningom fick alla skingras [och flyttas] till andra platser, jag vet faktiskt inte vart de tog vägen. Men vad jag vet är att de inte testades innan de gav sig i väg. Jag menar, det var några med symptom som sattes i karantän men de andra testades inte, de skingrades bara. När pandemin var som värst togs en annan grupp av människor, över 300 människor togs, asylsökande, från sitt boende med självhushåll i Skottland [...] i skåpbilar där de så klart satt tätt intill varandra, till hotell i Glasgow där de än en gång tvingades dela boende. Inte nog med det, de hade inga, absolut inga, pengar.

Webber betonade otryggheten det innebär att ha korttidsvisum som är kopplade till ens arbetsplats, då frånväro från arbetet skulle kunna resultera i såväl avskedande som förlust av rätten att bo i Storbritannien och av rättsstatusen som ger tillgång till hälso- och sjukvård:

“ De flesta migrantarbetare [...] har, tills de får ett uppehållsvisum, ett villkor på sina visum som innebär att de inte har tillgång till offentliga medel [...] och inrikesdepartementet har vägrat att upphäva det villkoret under pandemin. Så ett stort antal människor i Storbritannien har så klart förlorat sina arbeten, och [...] miljoner människor har sökt och fått socialbidrag. Men för många migrantarbetare som har det här villkoret om att inte få tillgång till offentliga medel, betyder det att om de blir övertaliga eller arbetslösa har de bokstavligen talat inget stöd alls. Det finns alltså har man beräknat [...], 1,4 miljoner människor i Storbritannien som på grund av det villkoret inte kan få några som helst bidrag. Så vad man ser är ett stort antal migranter som måste, de som har förlorat sina jobb måste kanske soffsurfa och bo hos vänner eller vad det nu kan vara, ofta under

ganska usla förhållanden. Och man ser också många migrantarbetare som inte har råd att sluta arbeta.

Både Webber och Dalingwater nämnde avgifter för hälso- och sjukvård som ett hinder för migranter när det gäller att söka vård. Vidare tog de, liksom Kunskapscentrum migration och hälsa, upp att många migranter är rädda för att söka hälso- och sjukvård ifall deras rättsstatus skulle avslöjas eller ifall de skulle bli nekade tillgång [till vård] på grund av bristande kunskaper hos hälso- och sjukvårdspersonal eller på grund av fördomar och rasism. Kunskapscentrum migration och hälsa såg också att nya migrantgrupper inte fick tillgång till hälso- och sjukvård under pandemin, till exempel människor med turistvisum som var tvungna att stanna längre i landet på grund av reserestriktioner.

5. CIVILSAMHÄLLET'S ORGANISATIONER OCH DERAS ROLL FÖR HÄLSAN

Vikten av samarbete för att uppnå bättre krisberedskap togs upp av flera av dem som försåg Kommissionen med vittnesmål. Ofta kompletterade civilsamhället inte bara statens roll utan fyllde också ofta det tomrum som uppstått när staten dragit tillbaka vård- och andra sociala tjänster under de senaste decennierna. Civilsamhällesorganisationerna visade sig därför vara oundgängliga för att upprätthålla samhället när pandemin var som värst, men eftersom det handlar om mycket ojämna och ofta dåligt finansierade nätverk av organisationer, var tillhandahållandet av stöd mindre sammanhängande än vad som kunde ha förväntats av statliga åtgärder. Detta leder till följande rekommendationer:

- l. Civilsamhällesorganisationer bör få erkännande för sitt arbete med att upprätthålla samhället under covid-19, särskilt där staten har minskat sin roll.
- m. Civilsamhällets roll behöver utvärderas gentemot statens roll, för att kunna avgöra när statlig finansiering bör antingen omfördelas till civilsamhället eller användas till att öka den roll som statens tillhandahållande av tjänster spelar.
- n. Civilsamhällets roll bör inte ta uppmärksamhet från farhågor rörande statens uppenbara misslyckande med att agera för att minska de samhällsrelaterade konsekvenserna av covid-19.

Både Ekblad och Al-Nahar hävdade vikten av samarbeten mellan utsatta samhällsgrupper, beslutsfattare och forskare. Flera av dem som vittnade framhöll särskilt civilsamhällets viktiga roll under pandemin. Kunskapscentrum migration och hälsa påpekade att enligt dem har ideella organisationer ibland det viktigaste perspektivet på vilken tillgång

[till hälso- och sjukvård] som patienter har. Louise Dalingwater från Sorbonneuniversitetet sa:

“ att det att göra allmänheten medveten om situationen [för marginaliserade migranter] och svårigheterna, är en viktig roll som civilsamhället också har spelat under den här pandemin [...] i ljuset av dessa hälso- och sociala problem som migranterna konfronteras med har grupper från civilsamhället blivit facilitatorer som säkerställer att migranter har tillgång till hälso- och sjukvård liksom socialtjänst. Och dessa interventioner äger rum på premisen att tillgång till högkvalitativ hälso- och sjukvård faktiskt är en grundläggande mänsklig rättighet. [...] I spåren av den här krisen har civilsamhället fungerat som en förespråkare, som en vakthund och en myndighet som man har tilltro till.

I arbetet med att skapa anpassat informationsmaterial för olika språkgrupper, berättade Lina Al-Nahar att de gjorde en fokusgrupp i Malmö

“ och till vår hjälp hade vi den irakiska föreningen i Malmö. Och för att fokusgruppen verkligen skulle läsa igenom våra råd [...] genom att anpassa [...] inte bara lära sig språket utan också [på] vilka nivåer och på vilket sätt vi kan nå människorna för att ge dem den här informationen.

De befintliga samarbetena med ideella organisationer som Kunskapscentrum migration och hälsa hade visade sig vara till hjälp under pandemin:

“ [...] för två år sedan startade vi det här nätverket tillsammans med dem därför att vi kände det som att vi behövde lite input från den ideella sektorn [om] vår patientgrupp. Vi ville ha lite mer information om [...] tillgången [och tillhandahållandet av] hälso- och sjukvård, och om de känner att [...] det finns några frågor som vi behöver ta oss an. [...] och vi träffas typ en eller två gånger om året, så vad vi gjorde när covid drabbade oss var att vi träffades liksom en extra gång [...]. Och samtidigt bjöd vi in Smittskydd Skåne så att de tillsammans skulle kunna diskutera de frågor som den ideella sektorn stötte på när de mötte befolkningen, migrantgrupperna som naturligtvis huvudsakligen är asylsökande och papperslösa [...]. Och då kunde Smittskydd Skåne [...] ställa frågor om vad, hur gör vi, hur får vi tillgång till hälso- och sjukvård i den här situationen. Är de här testerna gratis även om man är papperslös och så vidare. Var kan jag leta för att få information om jag inte kan läsa, till exempel. [...] Och jag tror att detta också var början på ett samarbete mellan Smittskydd Skåne och de ideella organisationerna på ett mer handfast [sätt]. [Till] exempel besökte Smittskydd Skåne [...] Länsstyrelsen Skåne bara för att se hur de skulle kunna ordna en säker miljö i sina lokaler därför att [...] de träffade en mängd människor [...] som fortsätter komma till deras inrättningar så klart därför att de fortfarande behövde mat, de fortfarande behöver behandling. Så hur kan vi tillsammans arbeta fram ett sätt att göra det till en coronasäker miljö. Så det var ett av de samarbeten som kom ut av det mötet med nätverket. Och det var mycket, en mycket positiv erfarenhet, tycker jag.

Ideella organisationer i Frankrike och Storbritannien hade erfarit begränsningar och utmaningar i sitt arbete under pandemin. Louise Dalingwater berättade:

“ Läkare utan gränser, som vi intervjuade i Frankrike, och L'Auberge des Migrants i Calaisregionen sa att det hade förekommit samordnade möten med lokala myndigheter för att se och för att tillhandahålla hälso- och sjukvård liksom socialtjänst till migranter, men regelbundet, men de kollapsade faktiskt efter den första nedstängningen av samhället. Och Läkare utan gränser i Frankrike berättade att regionen [...] som i grund och botten är ansvarig för att hålla i hälsoinsatserna i regionerna faktiskt var helt frånvarande från de här mötena. Och de ideella organisationer som vi intervjuade i Storbritannien angav också en frånvaro av samordning.

[...] det finns naturligtvis begränsningar i termer av vad civilsamhället kan göra, och framför allt ideella organisationer, när det gäller att ingripa. När det kommer till att tillhandahålla tak över huvudet finns självklart begränsningar, logi som tar hänsyn till social distansering. [...] att skaffa husrum för marginaliserade migranter, nyanlända flyktingar i Frankrike, är ett stort problem. Och detta låter sig inte göras [...] i stor skala av dessa föreningar, det kräver statliga insatser. Boverket och lokala bostadsåtgärder, investeringar och beredskap som inte finns på plats [...]. Vi behöver också samordnade och konsekventa policyer mellan staten och civilsamhället och sådana verkar vara oregelbundet förekommande och ibland totalt frånvarande. [...]

Ett annat sätt att underlätta arbetet för civilsamhället, fortsatte Louise Dalingwater, skulle kunna vara multisektoriella partnerskap där forskare skulle kunna spela roll genom att tillhandahålla en översikt över rollfördelningen. Hon sa:

“ [...] ett relevant exempel kan vara arbetet som utförts av Aurore [...] kvinnan som jag intervjuade, hon var socialarbetare, hon var mycket medveten om vad som försiggick [...] i hennes förening och svårigheterna som de marginaliserade migranter som hon har kontakt med [...] men hon kunde egentligen inte presentera en bredare bild så hon [...] var till exempel inte medveten om någon diskriminering. Och hon var inte medveten om [...] vilka de som förening kunde nå ut till. Så jag tror självklart att när de arbetar på golvet med den enorma mängd arbete som de utför så är det faktiskt rätt svårt för dem att ha ett övergripande perspektiv. [...] i Storbritannien [...] hade de en bättre helhetssyn men i Frankrike verkade det bestämt som om de var mycket mer regionala eller

lokala i sitt arbete. Så det är faktiskt rätt svårt att föra samman allt arbete som gjordes och samtidigt förstå begränsningarna och hur de kunde övervinna de begränsningarna. Så vårt arbete [som forskare]

skulle eventuellt vara att faktiskt föra samman de där olika erfarenheterna så att vi kan se att det finns en samsyn och att det finns begränsningar som vi verkligen behöver komma till rätta med.

6. NÄTVERKANDE MELLAN STATLIGA MYNDIGHETER

Statliga myndigheter har fungerat bäst när de har lyckats samordna sina insatser, via befintliga nätverk som kunde anpassa sig till covid-19-krisen och stärka samhällets och statens motståndskraft. Detta leder till flera rekommendationer:

- o. Specialiserade myndigheter med erfarenhet av marginaliserade samhällsgruppers behov behöver finansieras, så att de kan bidra med sin kunskap inom nätverket av statliga myndigheter.
- p. Centraliserad statlig kontroll riskerar ibland att undergräva specialkompetensen hos mindre statliga myndigheter, som bör kunna ta sitt unika perspektiv till nationell nivå för att vidmakthålla medvetenheten om befolkningens mångfald.

Kunskapscentrum migration och hälsa hade samarbeten både inom och utanför sin organisation under pandemin. De berättade:

“ Vi hade också samarbete med länsstyrelsen och deras hälsokommunikatörer när det gällde att producera olika videofilmer om diverse hälsofrågor och dessa handlade delvis om covid-19, vad är det, hur smittar det... hur och var söker jag [...] hälso- och sjukvård. Detta är något där vi så klart samarbetade med Smittskydd Skåne när vi informerade Länsstyrelsen om manuskriptet till de där videofilmerna.

Det fanns också utmaningar som fick Kunskapscentrum migration och hälsa att ytterligare poängtera vikten av befintliga kopplingar inom och mellan statsfinansierade myndigheter för att säkerställa tydliga ansvarsområden:

“ [...] vi visste inte, vem är det tänkt ska göra det här? [...] är den nationella informationen, bör de tillhandahålla informationen som finns på 1177 [...]? Så det tog oss kanske tre veckor innan vi hade vår egen information och visste, [...] åtminstone för tillfället [vad] som behövdes. Så allting [...] tog lite tid att gå igenom och jag tror att [...] bristen på helhetssyn är en sak som gjorde

det svårare. Och naturligtvis, som jag sa, värdet av befintligt samarbete, det var, återigen, tror jag, vår främsta nyckel till framgång i alla fall och hur vi kunde få jobbet gjort på ett någorlunda tidseffektivt sätt.

Samarbetet med nationella organ, fortsatte de, möjliggjorde en tvåvägskommunikation med icke svensktalande personer. Informationskedjorna var annars “som en enkelriktad gata” med liten möjlighet att försäkra sig om att informationen var förstådd och utan någon chans att ställa frågor:

“ Det finns också en nationell telefonlinje [...] som tillhandahåller information om covid-19 och besvarar frågor om covid-19 på olika språk. Och detta är något som startade i Stockholm [med] hälsokommunikatörerna där [...] ett komplement till råden som 1177 ger [...] Så efter det att Stockholm startade det här och det [blev] diskussioner om att detta kunde vara en nationell telefonlinje, har det nu med hjälp av Folkhälsomyndigheten [...] blivit en nationell telefonlinje.

Beträffande fortskridande samarbeten och behov, sa Louise Dalingwater att

“ det finns ett antal rekommendationer som skulle kunna göras, men den självklara rekommendationen är behovet av [ett] mer samordnat, multisektoriellt partnerskap. En politisk strategi behöver tas fram och [den behöver] ta hänsyn till att högkvalitativ hälso- och sjukvård bör tillhandahållas, liksom socialvård, till alla patienter som en grundläggande mänsklig rättighet. Och det är bara när det finns en ordentlig överläggning med regeringen om behoven och om den kapacitet som krävs för att se till att villkoren är sådana, som vi kan, som vi kommer att kunna uppnå detta fullt ut.

SLUTSATSER

Även om Kommissionen hölls offentligt, och alla muntliga vittnesmål vi fick har arkiverats digitalt, var det inte helt och hållet en offentlig överläggning med tanke på att vi endast fick höra en förhållandevis liten grupp av yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård, representanter för civilsamhället och forskare. Covid-19-restriktionerna innebär att vi bara kunde genomföra digitala möten, vilket kan ha begränsat vissa former av interaktion, och vi skulle ha velat ta emot många fler inlägg än de som den här första rapporten baseras på.

Det är emellertid även viktigt att fastställa värdet av att arkivera erfarenheten hos de människor som har antingen direkt eller övergripande kunskap om pandemins samhälleliga påverkan. Personerna som gav sina vittnesmål är hängivna och högt kvalificerade inom hälsa och hälso- och sjukvård, och många av dem har fokus på samhällets utkanter, där vi ser de begränsningar som nuvarande hälso- och socialpolitik har.

Det faktum att det läggs stor tonvikt vid den oproportionerligt omfattande inverkan som pandemin haft på individer med osäker uppehållsstatus, på grund av att de är nyanlända migranter, speglar i vilken grad dessa individer i dag utgör en betydande andel av dem som lever i utkanten av det svenska, franska och brittiska samhället. Politiken kring migration bör inte avleda vår uppmärksamhet från vad som finns att lära om svagheter och styrkor i våra nuvarande sociala modeller sedda i perspektivet av hur de påverkar dem som lever i samhällets utkanter. Covid-19 visar oss att samhällets styrka är beroende av säkerställandet av rättvis behandling av dess marginaliserade grupper, eftersom deras hälsoproblem påverkar hela befolkningens hälsa. Alla antydningar om att marginaliserade grupper själva är problemet hindrar oss från att lära oss hur vi ska upprätthålla och förbättra våra samhällen.

Det finns redan en uppsjö av publicerade vittnesmål som visar på vilka samhälleliga konsekvenser covid-19 haft, och mycket av det som publicerats är synnerligen välbeforskat och stött av omfattande data. Men det finns också ett behov av mer interdisciplinär forskning som kan ta sig an den komplexa roll som hälsa och hälso- och sjukvård spelar i samhället. Hälsa är en fråga som talar direkt till individen och som väcker intresse men även provocerar när uppenbart orättvis ojämlikhet får några att känna sig utsatta, samtidigt som det krävs betydande samhällsreformer med ekonomiska konsekvenser.

Rapporten som presenteras här är tänkt att erbjuda en ljusglimt, om än liten, med hjälp av vilken det ska gå att hitta rätt i den här labyrinten. Det är viktigt att söka belägg och att fastställa kostnaderna och

konsekvenserna av vår nuvarande politik, för att kunna fatta rationella beslut om vilka reformer som behövs för att hjälpa våra samhällen att överleva. Vittnesmålen och rekommendationerna som ges i den här rapporten är huvudsakligen baserade på den svenska erfarenheten. Men att döma av internationella vittnesmål och vad vi ser på andra ställen, vet vi att de är lika, om inte mer, relevanta för många av de rikaste staterna i världen i dag som har mest att förlora om de underlåter att ta hänsyn till de varningssignaler som covid-19-krisen har sänt.

PHED-projektet. Malmö och Lund, April 2021

BAKGRUND TILL PROJEKTET PRECISIONSHÄLSA & VARDAGSDEMOKRATI (PRECISION HEALTH & EVERYDAY DEMOCRACY, PHED)

Sedan 1 januari 2019 har Lunds och Malmö universitet i Sverige samarbetat inom ett internationellt projekt som nu omfattar partners från minst nio länder och över tre kontinenter, sammanförda kring det interdisciplinära temat "Precisionshälsa och vardagsdemokrati" ("Precision Health and Everyday Democracy"). Projektet finansieras tack vare ett i konkurrens erhållet anslag från STINT– Stiftelsen för internationalisering av högre utbildning och forskning.

De senaste framstegen inom hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har varit ojämnt fördelade globalt men också inom nationalstater, vilket har resulterat i ett växande intresse för relevansen av både miljöfaktorer och genomiska faktorer när det gäller att avgöra hur man på bästa sätt ska behandla patienter och säkerställa ett samhälle med friska människor. Samtidigt har hälsa blivit en allt mer central fråga beträffande hur samhällen markerar sina gränser och inre strukturer, genom att utestänga dem som inte har tillräckliga uppehållsdokument eller genom segregation längs förmögenhets-, ras- eller genuslinjer när det gäller tillgången till hälso- och sjukvård. I det sammanhanget har hälso- och sjukvårdspersonal allt oftare pratat om precisionshälsa, vilket innebär större förståelse av ojämlikheter och insamling av data som tar hänsyn till dessa ojämlikheter för att bättre kunna anpassa hälso- och sjukvården till olika samhällsgrupper, både i syfte att förbättra välbefinnandet och i syfte att motverka de värsta konsekvenserna av samhälleliga ojämlikheter.

Med utgångspunkt i samhällsvetenskaperna förstås hälsa som en central mekanism inte bara när det gäller att öka välfärden men också när det gäller att få människor i allmänhet att uppleva sig vara en del av samhället. I över två årtionden har forskare som arbetar inom både hälso- och samhällsvetenskaperna talat om "hälsodemokrati" – och använt demokratiska modeller för att öka patienters tillgång till hälso- och sjukvård men också för att bättre studera den roll som hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har i samhället. Vi använder termen "vardagsdemokrati" för att komma längre i den riktningen och ser samverkan vad gäller medicin och hälsa som grundläggande för att forma det moderna samhället.

Hälso- och sjukvård är inte bara det som äger rum när vi besöker en läkare eller får medicinsk vård på ett sjukhus. Innan vi kommer så långt, behöver vi ha tillgång till hälso- och sjukvård. Det kräver

att vi har laglig rätt och faktiska möjligheter att få hälso- och sjukvård. Det kräver att vi förstår när vi kan be om hjälp, vilken hälso- och sjukvård som finns tillgänglig och hur vi ska få den. Och inte så sällan inser vi att vår hälso- och sjukvård kräver vissa levnadsvillkor (t.ex. minskad arbetstid, motion osv) som kan stödja både preventionen av och återhämtningen från sjukdom.

Hälsa, hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har en avsevärd påverkan på vad det innebär att leva i ett visst samhälle, och det omfattar också i vilken grad vi känner att samhället fungerar och kan ge oss god livskvalitet. Hälsa och hälso- och sjukvård handlar inte bara om våra kroppar; det är också något som definierar vad det är att vara människa i vår moderna värld. För att förstå den nutida och förbättra den framtida hälsan och hälso- och sjukvården krävs att vi anlägger ett holistiskt perspektiv som spänner över olika discipliner, som PHED föreslår.

PHED-KOMMISSIONEN FÖR FRAMTIDEN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD EFTER COVID-19 HÖSTEN 2020 – SYFTE OCH METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER

Med tanke på att det är ett projekt inriktat på hälsans och hälso- och sjukvårdens samhälleliga roll, verkade det både logiskt och nödvändigt att PHED-projektet skulle anpassa sina mål för att anknyta mer direkt till de omedelbara svårigheter som samhället stod inför när världen, i början av 2020, vaknade upp till den globala pandemins bistra verklighet. Det förvirrade politiska och mediala landskap vi konfronterades med fick oss att inse behovet av att ge en röst åt dem med direkt erfarenhet av det som hände. Rösterna som framförs här är endast en bråkdel av dem som behöver bli hörda inom ramen för den rad av mer omfattande undersökningar som komma ska, men de representerar icke desto mindre en räckvärd fulla perspektiv när vi strävar efter att bli bättre på att skydda våra samhällen från framtida pandemier och hälsorelaterade kriser.

Det forskningsprojekt som inleddes till följd av pandemin benämndes "Kommissionen för hälso- och sjukvårdens framtid efter covid-19" och fokuserade alltså på tiden efter pandemin, därför att erfarenheterna av ett förtvivlat nuläge – då människor som arbetade på fältet kämpade för att hitta lösningar som skulle kunna hindra de mest utsatta från att dö – inte får glömmas när vi ser framåt emot ett liv efter pandemin. Det som är angeläget för oss forskare som driver projektet är att tillhandahålla de muntliga vittnesmålen, så att yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård, politik, påverkansarbete och andra områden som inverkar på människors hälsa, inte bara lär sig av dessa erfarenheter utan också får bekräftelse på sina egna ansträngningar för att förbättra alla människors livskvalitet.

De som lämnade muntliga vittnesmål till Kommissionen kom från olika discipliner och verksamheter: civilsamhället, hälso- och sjukvård, politik och forskning. Tillsammans tillför dessa muntliga bidrag perspektiv på hur samarbeten, demokrati, bostadsförhållanden, migration och strukturella skevheter alla spelar roll i pandemin. Vi har strävat efter att bryta upp gränser mellan discipliner så att idéer kan bli hörda mellan och inom många områden och för att undvika akademiska stuprör som annars kan utgöra hinder för lärande. Videofilmer av hela seminarier spelades också in och arkiverades digitalt, i ett expanderande bibliotek av material som finns på <https://phed.uni.mau.se/>. Vi tackar varmt alla dem som bidrog med vittnesmål för att de tog sig tid att redogöra för sin erfarenhet och dela med sig av sin specialkunskap. Vi vill särskilt tacka doktorand Hilda Gustafsson, som var anställd för att bistå Kommissionen under hösten 2020. Hilda var ordförande för sessionerna och som ung forskare bidrog hon inte bara med avsevärd energi och skicklighet till processen utan utgjorde också en länk för Kommissionen till forskningens framtida utveckling.

Under hösten 2020 inriktade sig Kommissionen framför allt på att efterlysa inlägg från Sverige, de flesta från Region Skåne, men också vittnesmål från två andra länder – Frankrike och Storbritannien. Båda

de universitet – Malmö och Lunds universitet – som leder PHED-projektet ligger i Skåne. Det regionala och lokala fokuset var viktigt för detta första stadium av Kommissionsprocessen och var något som stärkte Kommissionens möjligheter att föra en dialog med yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård och andra experter. Dessutom gör uppfattningen om Sverige som varande en ledande välfärdsstat, med ett avancerat hälso- och sjukvårdssystem som betjänar en i högsta grad mångskiftande befolkning med en stor andel migranter, landet till en särskilt intressant fallstudie beträffande hälso- och sjukvårdssystemet under covid-19. De franska och brittiska jämförelserna ger en internationell kontext som lyfter fram centrala likheter med de erfarenheter som påvisats i Sverige. Alla muntliga bidrag gavs på engelska för att kunna dela den inspelade erfarenheten med en internationell publik.

RAPPORTEN INNEHÅLLER MUNTliga INLÄGG OM FÖLJANDE ÄMnen SAMT INBJUDNA VITTNESMÅL:

- *Begreppslig otydlighet under covid-19.* Anna Bredström, lektor och docent i etnicitet och migration, Linköpings universitet
- *Erfarenheter från civilsamhället.* Nicolas Lunabba, verksamhetschef för ungdomsorganisationen Helamalmö
- *Civil society och marginaliserade migranter i Storbritannien och Frankrike.* Louise Dalingwater, professor i brittisk politik, Sorbonneuniversitetet
- *Skyddsåtgärder mot covid-19 – en kvalitativ studie av barriärer och egna strategier i utsatta områden.* Solvig Ekblad, legitimerad psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum och professor i mångkulturell hälso- och sjukvårdsforskning, Karolinska Institutet
- *Vikten av ett systematiskt perspektiv på hälsoinformation.* Lina Al-Nahar, grundare av och projektledare för en tvärprofessionell arbetsgrupp kring anpassad hälsoinformation om covid-19
- *Erfarenheter och lärdomar hittills gällande aktiviteter och strategier för covid-19.* Mia Sandor & Micaela Nilsson, Kunskapscentrum migration och hälsa, Region Skåne
- *Hur institutionell rasism skadar migranternas hälsa.* Frances Webber, människorättsadvokat och vice ordförande för Institute of Race Relations, Storbritannien
- *Hur ojämlikheter i boende påverkar pandemin och hur pandemin förvärrar bostads ojämlikhet.* Martin Grander, forskare vid Institutionen för urbana studier, Malmö universitet

DEN HÄR RAPPORTEN GES UT AV PROJEKTET PRECISIONSHÄLSA & VARDAGSDEMOKRATI

(Precision Health & Everyday Democracy, PHED), april 2021. Den har författats av Hilda Gustafsson och Michael Strange, med kompletterande bidrag från Elisabeth Mangrio, Slobodan Zdrakovic och Carol Nilsson på uppdrag av PHED-projektet. Alla synpunkter eller åsikter som framförs i rapporten är antingen den citerade personens eller rapportförfattarnas och återspeglar inte nödvändigtvis universitetens eller den forskningsfinansierande organisationens synpunkter och åsikter.

Rapporten finns tillgänglig online: <https://phed.uni.mau.se/>



ISBN 978-91-7877-137-0 (print)

ISBN 978-91-7877-138-7 (pdf)

DOI 10.24834

mau.se

Rapporten finns även på engelska.
För att komma åt den, såväl som framtida publikationer,
besök PHED-kommissionens webbplats:
<https://phed.uni.mau.se>