

# Hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända – vägen fram

Aktörers, vårdgivares och migranternas perspektiv  
på hälsoundersökningar i Stockholms län




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.


Referera till rapporten enligt: Delilovic S, Åsbring N, Hergens M-P, Kulane A, Marttila A, Nederby-Öhd J, Shedrawy J, Magnusson C, Lönnroth K. Hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända-Vägen fram. Aktörers, vårdgivares och migranternas perspektiv på hälsoundersökningar i Stockholms län. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017. Rapport 2017:4.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm  
ces.siso@sll.se



Rapport 2017:4  
ISBN 978-91-87691-48-5



Författare: Sara Delilovic, Nina Åsbring, Maria-Pia Hergens, Asli Kulane, Anneli Marttila, Joanna Nederby-Öhd, Jad Shedrawy, Cecilia Magnusson, Knut Lönnroth



Layout: Viktoria Jonze

Stockholm juni 2017

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

# Förord

Asylsökande är en utsatt grupp med särskilda behov. Skyddsbehovet är det primära, följt av en värdig och effektiv etablering i ett nytt hemland. Hälsa är en mänsklig rättighet och en förutsättning för framgångsrik etablering för individen och för att samhället ska kunna tillvarata migrationens utvecklingseffekter. Såväl de levnadsförhållanden som ligger bakom flykten som flyktprocessens är förknippade med betydande hälsorisker. Det är därmed angeläget att hälso- och sjukvårdsbehov bland asylsökande tillgodoses.

De senaste årens flyktingströmmar innebär ökade utmaningar för många samhällssektorer, även för hälso- och sjukvården. År 2015 sökte 163 000 personer asyl i Sverige, och antalet asylsökande boende i Stockholms län fördubblades från cirka 10 000 2014 till över 20 000 2015.

Landstingen ska erbjuda asylsökande en frivillig hälsoundersökning samt garantera tillgång till vård som inte kan anstå. Enligt Migrationsverket och Sveriges Kommuner och Landsting genomgår dock mindre än hälften av alla asylsökande en hälsoundersökning. Stockholm har lägre täckningsgrad än de flesta andra län och regioner. Ett flertal tidigare utredningar har analyserat orsakerna till den låga täckningsgraden, men dessa har inte specifikt fokuserat på Stockholm. De asylsökandes specifika hälsobehov och nyttan med hälsoundersökningarna är bristfälligt dokumenterade.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har därför gett Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i uppdrag att utveckla metoder för kontinuerlig uppföljning av hälsoundersökningarnas täckningsgrad, innehåll och effekter, samt att kartlägga hinder av och framgångsfaktorer för genomförandet av hälsoundersökningarna.

Här redovisar vi uppdraget, inklusive hälsoundersökningarnas täckningsgrad bland olika grupper i Stockholms län och resultaten av tre kvalitativa studier om erfarenheterna ur brukarnas och aktörernas perspektiv. Vi ger också förslag på åtgärder och ytterligare analyser. En pågående detaljerad analys av smittskyddsprovtagning och andra åtgärder under hälsoundersökningen kommer att presenteras i ett senare skede.

Även om antalet nya asylsökande till Sverige nu minskar drastiskt, så har hälso- och sjukvården alltså ett stort utstående åtagande att utföra hälsoundersökningar bland befintliga asylsökande. De globala flyktingströmmarna avtar inte heller. Hur man på bästa sättet tillgodoser de asylsökandes hälsobehov förblir därför en högst relevant fråga. Vi hoppas därför att rapporten ska inspirera och bidra till fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdsinsatser för denna grupp.

*Cecilia Magnusson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	5
1. Bakgrund.....	6
1.1 Asylsökande i Sverige och Stockholms län.....	6
1.2 Migranterns hälsa.....	7
1.3 Hälsoundersökningen.....	8
1.4 Genomförande och organisation av HU .....	12
2. Syfte .....	15
3. Genomförande.....	16
3.1 Kvantitativ ansats.....	16
3.2 Kvalitativ ansats.....	16
4. Resultat.....	19
4.1 Kvantitativ analys av genomförande av HU .....	19
4.2 Delstudie I: Aktörerna.....	23
4.3 Delstudie II: Vårdpersonalen.....	27
4.4 Delstudie III: Asylsökande och nyanlända.....	34
5. Slutsatser .....	38
6. Vägen fram .....	39
Hälsoundersökningarnas innehåll.....	39
Information.....	40
Jämlig vård.....	41
Uppföljningssystem för att utvärdera nyttan .....	42
Referenser.....	44
Bilaga .....	48

# Sammanfattning

Omkring 65 miljoner människor i världen befinner sig på flykt, undan förföljelse, krig och konflikter. Historiskt sett är det den högsta siffran sedan andra världskriget och hälften av dessa flyktingar är barn. De största flyktinggrupperna sett till ursprungsland, är afghaner, syrier och somalier – tillsammans utgör de mer än halva världens flyktingpopulation. Krig och krigets konsekvenser utgör det yttersta hotet mot människors liv och hälsa genom att mänskliga rättigheter sätts ur spel och möjligheterna till anständiga livsvillkor försvinner. Världen, Europa och Sverige har ett gemensamt ansvar för att säkerställa och garantera grundläggande mänskliga rättigheter för flyktingar och migranter. Under perioden 2015–2016 sökte nästan 200 000 personer asyl i Sverige. Enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande skall personer som sökt asyl erbjudas en hälsoundersökning. Syftet är att upptäcka ohälsa, erbjuda vård och informera om hälso- och sjukvården. Statistik de senaste åren visar att mindre än 50 procent av de asylsökande och nyanlända genomgår en hälsoundersökning. Skälen till detta är flera och gemensamma ansträngningar behövs från olika aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

I föreliggande projekt sammanfattas de första resultaten från ett projekt som syftar till att öka kunskapen om arbetet kring hälsoundersökningar i Stockholms län. Studierna har genomförts i samarbete mellan Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Karolinska Institutet och Smittskydd Stockholm. Rapporten innefattar både kvalitativ och kvantitativ data. Vi presenterar detaljerad statistik över hälsoundersökningarnas täckningsgrad i olika grupper och lyfter fram uppfattningar och erfarenheter från olika perspektiv; asylsökande och nyanlända, vårdpersonal samt andra aktörer som är involverade i processen.

Hälsoundersökningen anses av såväl aktörer som migranter fylla en viktig funktion i flera avseenden, för att identifiera smittsamma sjukdomar, uppmärksamma psykisk och fysisk ohälsa samt informera om rätten till hälso- och sjukvård och tandvård. Bristande motivation bland asylsökande förefaller inte vara det största problemet till att de inte kommer till hälsoundersökningen. Ökad tillgång till adekvat information kring hälsoundersökningen är emellertid en förutsättning för en hög täckningsgrad och det är viktigt att asylsökande och nyanlända får enhetlig information vid upprepade tillfällen genom olika informationskanaler. Resultaten visar också att det finns ett behov av gemensamma rutiner, riktlinjer och praxis för genomförandet av hälsoundersökningen. Rapporten belyser även behovet av kompetenshöjande insatser som bör beaktas vid implementering och utförande, bland annat kring psykisk ohälsa och asylprocessen. Huruvida hälsoundersökningen i dess nuvarande form är en kostnadseffektiv intervention behöver kartläggas mer noggrant.

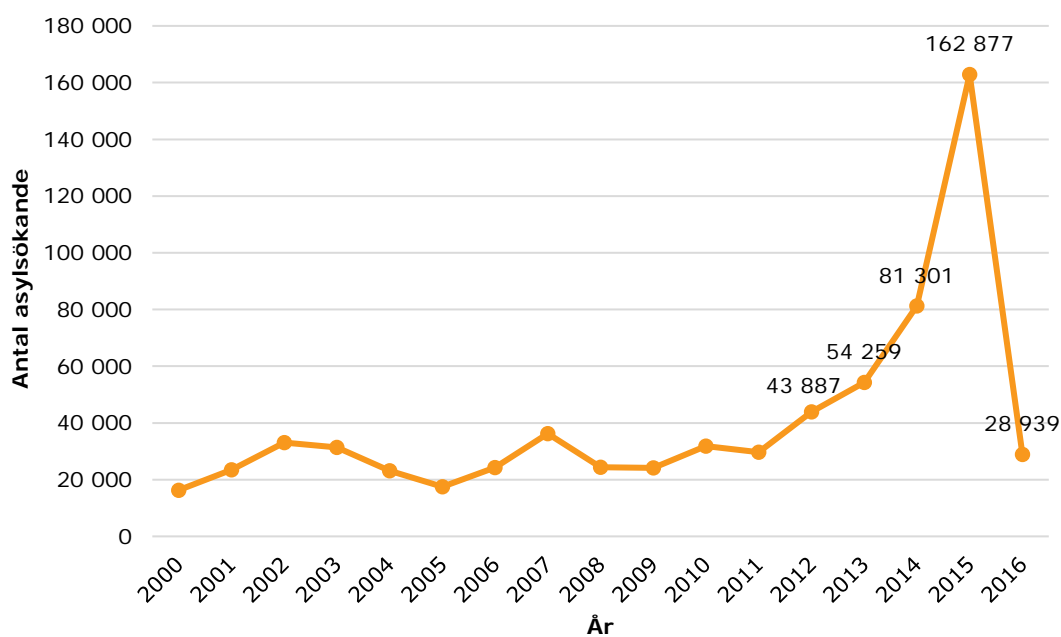
Rapporten kan användas som kunskapsunderlag och stöd i arbetet med att förbättra hälsoundersökningar och dess organisering samt tjäna som ett underlag för fördjupad diskussion och en förbättrad samverkan mellan aktörer på olika nivåer kring relevanta åtgärder för att förbättra innehållet, genomförandet och öka täckningsgraden av hälsoundersökningen.

# 1. Bakgrund

## 1.1 Asylsökande i Sverige och Stockholms län

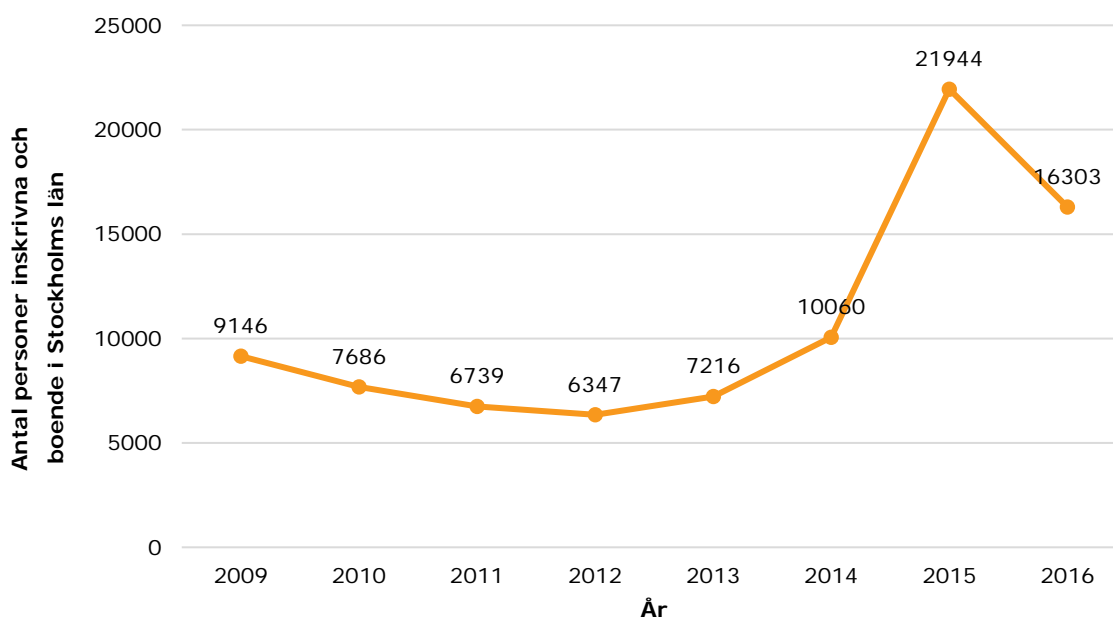
Under 2015 ansökte 162 877 människor om asyl i Sverige, vilket var en fördubbling jämfört med år 2014. Under 2016 minskade antalet till 28 939, ungefär samma nivå som förelåg 2011 (figur 1) [1]. Antalet asylsökande bosatta och inskrivna i Stockholms län ökade kraftigt under år 2015 och minskade sedan igen under 2016 (Figur 2). Under 2015–2016 var 30 procent av de nya asylsökande kvinnor och 70 procent män, en liknande fördelning som de senaste tio åren. Andelen barn, i synnerhet ensamkommande, ökade emellertid kraftigt jämför med tidigare år. Under 2015–2016 var 42 procent barn, och 20 procent ensamkommande barn. Nästan 80 procent av barnen från Afghanistan var ensamkommande [2]. De största grupperna asylsökande som kom till Sverige under 2015–2016 var medborgare i Syrien (30 %), Afghanistan (23 %), Irak (12 %), Somalia (4 %) och Eritrea (4 %).

Även om antalet nya asylsökande minskade under 2016 finns många asylsökande från 2015 som fortfarande väntar på beslut. Under 2015 beviljades 36 645 personer asyl i Sverige och under 2016, 71 571 personer [3].



Figur 1. Antal nya asylsökande till Sverige, 2000–2016

Källa: Migrationsverket



**Figur 2. Personer inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem och boende i Stockholms län, 2009–2016**

Källa: Migrationsverket

## 1.1 Migranterns hälsa

### 1.2.1 Ohälsa och vårdbehov

Många röster har höjts för ett värdigt mottagande och andra hjälpinsatser för asylsökande och andra nyanlända, inklusive tillgång till adekvat hälso- och sjukvård. Världshälsoorganisationen uppmanar medlemsländerna att erbjuda migranter rätt vård, och att noga följa hälsoläget i gruppen [4]. De hälsoundersökningar (HU) som erbjuds samtliga asylsökande i Sverige är en åtgärd i linje med den appellen.

Migrationsprocessens olika faser kan innebära påfrestningar och ha påverkan på individens psykiska och fysiska hälsa. Migranter, i synnerhet asylsökande, är generellt en sårbar grupp som ofta löper högre risk än normalbefolkningen att drabbas av ohälsa som en följd av deras erfarenheter före flykten, under flykten och av mottagandet i värdlandet [2,5]. Att bedöma hälsobehov bland asylsökande är i dagsläget en utmaning eftersom asylsökande inte är folkbokförda i Sverige och inte finns i nationella hälsoregister [2,6]. Asylsökande ingår inte heller i Stockholms läns folkhälsoenkät.

Enligt Socialstyrelsen uppskattas mellan 20 och 30 procent av de asylsökande flyktingarna som kommer till Sverige lida av psykisk ohälsa [5]. En studie från 2016 bland asylsökande och nyanlända visade att var tredje nyanländ från Syrien hade påtaglig depression och ångestproblematik. Psykisk ohälsa i form av ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) var vanligare bland asylsökande jämfört med gruppen nyanlända, särskilt för individer från Somalia och Eritrea [6]. Flyktingar löper en högre risk att drabbas av psykisk ohälsa jämfört med andra utrikesfödda och svenskfödda [7,8]. I en svensk kohortstudie följdes 1,3 miljoner individer, utrikesfödda och svenskfödda. Resultaten visade att risken för schizofreni och psykos som inte

berodde på narkotiska medel eller annan affektiv psykos var 66 procent högre bland flyktingar än för utrikesfödda från samma region och nästan tre gånger högre jämfört med svenskfödda [9]. Endast en mindre andel av dem som hade symtom på psykisk ohälsa får dock, enligt en journalstudie, adekvat uppföljning [10,11]. En del av dem som har psykiatrisk problematik har kontakt med primärvården. I flera kulturer är det emellertid vanligt att personer med psykisk ohälsa stigmatiseras och många undviker kontakt med specialistvården, särskilt de tidiga åren i Sverige [5].

En del människor som flyttar från sina hemländer kommer från samhällen där svåra infektionssjukdomar är betydligt vanligare än i Sverige, exempelvis tuberkulos, HIV/AIDS och hepatit [12]. Exempelvis är tuberkulosförekomsten bland utlandsfödda nästan 50 gånger högre än bland svenskfödda, och mer än 90 procent av tuberkulosfallen i Sverige återfinns bland utlandsfödda [13]. Tidig diagnostik av dessa sjukdomar är viktigt för att minimera risken för smittspridning.

I en studie visades att cirka hälften av dem som genomgått HU beskrev olika slags hälsoproblem [14]. Av dessa personer var det 45 procent som upplevde att de inte hade fått någon behandling eller råd vad gällde problemet, i synnerhet vad gäller de psykiska besvären. Studien visade vidare att det var 46 procent som rapporterade någon form av hälsoproblem bland dem som *inte* hade genomgått HU. Det kan således finnas behov av ytterligare insatser vad gäller såväl psykisk som fysisk ohälsa till gruppen [14]. Bra statistik och forskning om hälsoläget bland asylsökande saknas dock för närvarande.

### 1.2.2 Hälsolitteracitet

Begreppet hälsolitteracitet handlar om "individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa" [15]. Att kunna förstå och använda information om hälsa och sjukdom underlättar vår möjlighet att fatta välgrundade hälsorelaterade beslut både när vi är friska och sjuka. Asylsökande och nyanlända i Sverige möter ofta ett nytt och annorlunda sjukvårdssystem, som det kan ta tid att sätta sig in i och att anpassa sig till. Hälsolitteraciteten har i olika studier visats var begränsad bland asylsökande och nyanlända [16]. Studier har emellertid kommit fram till att hälsolitteraciteten inte tyckts ha någon större betydelse för huruvida personer väljer att delta i HU eller inte [17]. Däremot kan en bristande hälsolitteracitet vara en barriär för att syftet med HU ska uppfyllas [18,19]. Bland annat har en del svårigheter med att förstå det som tas upp under hälsosamtalen, ställa frågor om sin hälsa och ta del av information om vården. Hälsokommunikatörer anställda vid Transkulturellt centrum inom Stockholms läns landsting arbetar inom ett antal kommuner i länet med att öka hälsolitteraciteten bland asylsökande och nyanlända. Detta görs bland annat genom att motivera och bidra med kulturanpassad kunskap om hälsa och en hälsosam livsstil, liksom om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar [20]. Hälsokommunikatörerna arbetar inom olika arenor, såsom vid SFI-skolor, olika enheter inom sjukvården och vid introduktionsprogram.

## 1.3 Hälsoundersökningen

### 1.3.1 Målgrupp

Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en hälsoundersökning, enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera, (2008:344) men hälsoundersökningen är inte obligatorisk [21]. Migrationsverket har en skyldighet att informera de asylsökande om deras rätt till hälso- och sjukvård, inklusive HU, och ska se till att landstingen får uppgifter om de asylsökande som etablerat boende i länet. Landstingen ska erbjuda



dessa personer en kostnadsfri hälsoundersökning, vilket ofta sker via en kallelse där den asylsökande erbjuds tid för hälsoundersökning. I kallelsen bör framgå vad som ska göras vid HU och dess syfte, att den är frivillig, att tolk anlitas vid behov samt kontaktuppgifter till vårdgivaren. Allt helst på ett språk som går att förstå. Nyanlända kan också erbjudas en hälsoundersökning, om de inte genomgått någon sådan som asylsökande (inom ett år efter uppehållstillstånd). Även anhöriginvandrare, kvotflyktingar och papperslösa kan erbjudas HU, men det är inte reglerat i lagen på samma sätt som för asylsökande [22].

### 1.3.2 Hälsoundersökningens utformning

Syftet med hälsoundersökningen är att identifiera eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder, samt att informera om tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård [23]. Hälsoundersökningen omfattar ett samtal om den undersöktes hälsa med avseende på tidigare och nuvarande hälsotillstånd, vaccinationsstatus och smittorisk. Dessutom ingår provtagning och kroppsundersökning vid behov, baserat på kriterier relaterade till ursprungsland (se nedan) samt behov som framkommit under samtalet. Allt detta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande med flera (SOSFS 2011:11). En del av samtalet ska avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation och traumatiska upplevelser. Om HU visar på ett vårdbehov som inte kan anstå ska remittering/hänvisning ske till annan vårdgivare för ytterligare medicinsk bedömning och eventuell behandling. Även samtal om förebyggande åtgärder förväntas ingå i hälsosamtalet samt information om vilken hälso- och sjukvård och tandvård den asylsökande har rätt till [23].

### 1.3.3 Provtagning och prioriteringar

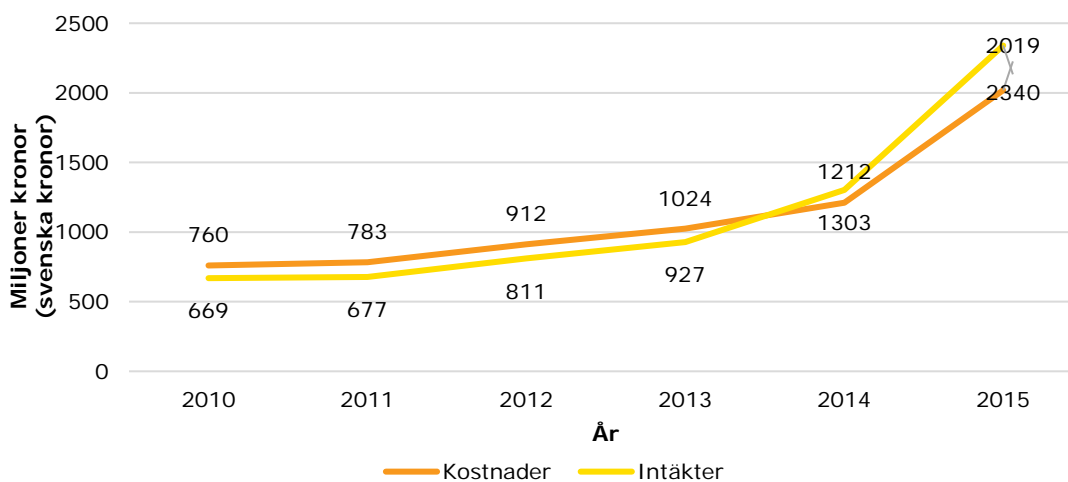
Provtagning i samband med HU ingår i den nationella strategin för prevention och kontroll av smittsamma sjukdomar. Smittskydd Stockholm har tagit fram rekommendationer för infektionssjukdomar att överväga vid provtagning av asylsökande och nyanlända, både med och utan symptom. HIV och hepatit B tester rekommenderas att tas på alla, hepatit C på personer från högendemiska områden (prevalens  $\geq 3\%$ ), latent/aktiv tuberkulos på personer från högriskländer (TBC incidens  $>100/100\ 000$ ). Test för Rubella tas på kvinnor mellan 15–45 år som tidigare inte vaccinerats med MPR-vaccin (Mässling-Pässjuka-Röda hund). Barn i förskoleåldern testas för cyster/ mask-ägg. Övriga prover som rekommenderas, dock ej ur smittskyddsperspektiv är test för fenylketonuri för barn under nio år och blodstatus för barn under 18 år [24].

Folkhälsomyndigheten har tagit fram vägledning för att underlätta prioriteringar av vem som ur ett smittskyddsperspektiv bör komma i kontakt med hälso- och sjukvården innan en HU genomförs, detta via personer som möter asylsökande och nyanlända. Personer som uppger att de är sjuka och har följande symptom bör prioriteras; feber, luftvägssymtom, gastrointestinala symptom, sår, hudutslag, meningit eller neurologiska symptom. Barn under sex år som är ovaccinerade eller är ofullständigt vaccinerade bör även prioriteras för kontakt med sjukvården [12].

### 1.3.4 Ersättning för hälso-och sjukvård till asylsökande

Förordning (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande anger bestämmelser om ersättning till landsting, kommuner och öppenvårdsapotek gällande kostnader för hälso- och sjukvård för asylsökande [25]. Ersättningar för hälsoundersökningen beslutas och betalas ut av Migrationsverket och avser personer

som vid tiden för hälsundersökningen varit registrerade inom Migrationsverkets mottagningssystem. Kostnaderna ersätts i form av en schablonersättning om 2 080 kronor (2017) och avser att täcka hälsundersökningen, all provtagning, tre vårdbesök samt tolk. Landstingens kostnadstäckning har de senaste två åren varit god. Dessförinnan översteg kostnaderna för asylsjukvården den statliga ersättningen vilket medförde att landstingen med egna medel finansierade asylsjukvården (figur 3). Ökat administrativt arbete kring HU har emellertid medfört ökade kostnader och ersättningen för HU sägs inte täcka faktiska kostnaderna. En höjning av schablonersättningen skulle kunna ersätta landstingets kostnader. [26]



**Figur 3. Uppskattade kostnader och intäkter, inklusive hälsundersökningar och kostnader för krävande vård, Samtliga Landsting, 2010–2015**

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Migrationsverket ersätter även landsting och kommuner för övrig hälso-och sjukvård av asylsökande. Utgifter för sjukvård för barn (<18), omedelbar vård, mödravård och förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort och vård enligt smittskyddslagen ersätts av ett schablonbelopp som varierar beroende på ålder. Schablonbeloppet för 2017 är 3 580 kronor för barn till och med 18 år, 4 245 kronor för personer 19 – 60 år och 5 390 kronor för personer som är 61 år eller äldre. Ersättningen betalas ut kvartalsvis och gäller per person. Kostnadskrävande vård ersätts endast av Migrationsverket om kostnaderna för en vårdkontakt uppgår till mer än 100 000 kronor. Ytterligare ersättning till landstinget utgår ej för kostnader under 100 000 kronor [25].

### 1.3.5 Nyttan med hälsundersökningar

Nyttan av hälsundersökningar för asylsökande och nyanlända behöver definieras och bedömas i relation till syfte och nytta av hälsundersökningar i allmänhet. Allmänna hälsundersökningar är vanliga inom primär och företagsvård och kan erbjudas som en enstaka åtgärd eller som hälsundersökning med efterföljande interventioner [27]. Nyttan av allmänna hälsundersökningar har ifrågasatts och den samlade evidensbedömningen visar på att det finns bristande vetenskapligt stöd för att erbjuda hälsokontroller till friska personer [28,29]. Studier har även visat att allmänna hälsundersökningar i hela populationen i syfte att upptäcka olika sjukdomar genom bred screening inte reducerar sjuklighet och dödlighet. Författarna understryker dock

att det finns ett behov av vidare forskning inom området och att inte alla komponenter i hälsoundersökningar är ineffektiva [29].

Det finns emellertid måttlig till stark evidens som visar på att hälsoundersökningar med levnadsvaneuppföljning, det vill säga i kombination med uppföljande individanpassade åtgärder utifrån riskbedömning har positiv effekt på hälsan [27]. Specifika hälsoundersökningar med riktade screeningundersökningar har också visat sig ha positiv effekt i vissa fall [28,30-31]. Allmänna hälsoundersökningar utan hälso och levnadsvaneuppföljning i form av hälsofrämjande rådgivning, motiverande samtal, eller anpassningar i arbetsmiljön har i nuvarande läge begränsad evidens och rekommenderas inte som allmän preventiv åtgärd [27]. Det är således av vikt att hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända har ett tydligt fokus, och att uppföljande åtgärder kan erbjudas då behov identifieras. Tillgängliga åtgärder kan emellertid vara begränsade eftersom vuxna asylsökande enligt lag endast har rätt till "vård som inte kan anstå".

### 1.3.6 Vård som inte kan anstå

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera trädde i kraft 1 juli 2008. Lagen anger även att landstingets skyldighet att erbjuda vård till vuxna asylsökande, personer som fyllt 18 år, men denna ska begränsas till "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning [21,32]. Lagen anger även att asylsökande barn, barn som har fått uppehållstillstånd med tillfälligt skydd och som inte är folkbokförda samt barn som hålls i förvar skall erbjudas vård i samma omfattning som barn som är svenska medborgare. Vård som inte kan anstå ska bedömas för såväl somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård, inklusive tandvård.

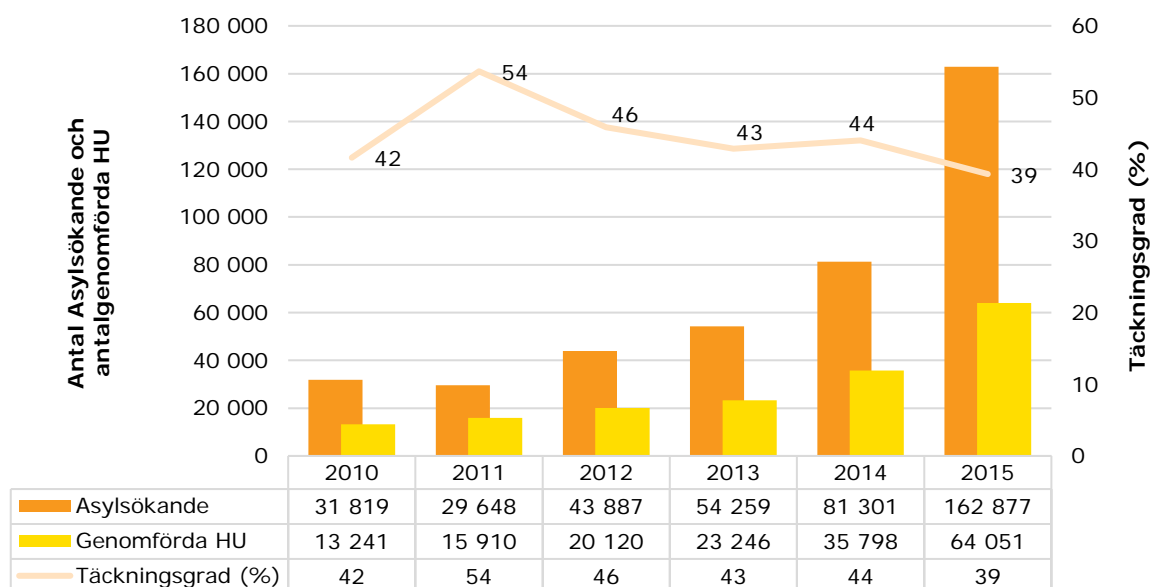
Kritik har framförts att "vård som inte kan anstå" är otydligt definierat och att konceptualisering kring begreppet saknas, vilket har lett till stor variation mellan läkare, tandläkare eller annan vårdansvarig vad gäller bedömning av vilken vård patienten har rätt till [33,34]. Ett tidigare försök att förtydliga begreppet resulterade i diagnoslistor att användas vid bedömning av vilken vård som inte kan anstå. Dessa har dock inte visat sig ha praktisk användbarhet då sjukdomsförlopp och behov av vård skiljer sig stort på individnivå inom varje diagnosgrupp [33,34]. En ytterligare ansats har varit att ta fram ett antal kriterier som syftar till att förtydliga tillämpningen av "vård som inte kan anstå" för hälso- och sjukvårdspersonal, *vårdbehovskriterier och begränsningskriterier* [33]. Ett mycket brett kriterium är att det finns ett tydligt vårdbehov och att tillståndet kan påverkas med en vårdåtgärd. Det finns också prioriterings- och begränsningskriterier baserade på tre överväganden: svårighetsgraden i tillståndet, effekten av åtgärder om de ges i nuläget jämfört med om den fördröjs samt kostnadseffektiviteten avseende åtgärden i ett tidsperspektiv.

Dessa vägledande kriteriers användbarhet har analyserats med utgångspunkt från de gällande etiska grundvalar för hälso- och sjukvården som finns samt allmänna principer för prioriteringar och jämlik vård, vilka ska bygga på människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. [33,34].

Prioriteringsprinciperna och vårdetiska överväganden vid tillämpning av begreppet "vård som inte kan anstå" skiljer sig dock inte från vad som gäller för hälso- och sjukvården i allmänhet. Om en alltför strikt tolkning görs av begränsningskriterierna för asylsökande kan det strida mot grundläggande principer för svensk hälso- och sjukvård och internationella konventioner och leda till prioriteringar som står i strid med medicinsk yrkesetik [33,34].

## 1.4 Genomförande och organisation av HU

Antalet asylsökande som genomgått en hälsoundersökning i Sverige nästan fördubblades mellan år 2014 och 2015, från 35 798 till 64 051 (se figur 4). Däremot minskade den procentuella andelen av de asylsökande som genomgått HU från 44 procent år 2014 till 39 procent 2015 [26]. Den procentuella andelen bör dock, enligt SKL (Sveriges kommuner och Landsting), tolkas med försiktighet, eftersom ett okänt antal av dem som hälsoundersöks varje år blev asylsökande året innan och eftersom andelen påverkas av när under året de asylsökande anlände. För en stor del dröjde det till inledningen av år 2016 innan de nåddes av en HU. Dessa faktorer kan bidra till att andelen som hälsoundersökts var lägre år 2015 jämfört med tidigare år. SKL sammanställer statistik om hälsoundersökningar av asylsökande, men statistik saknas för närvarande om hälsoundersökningar av andra migrantgrupper.



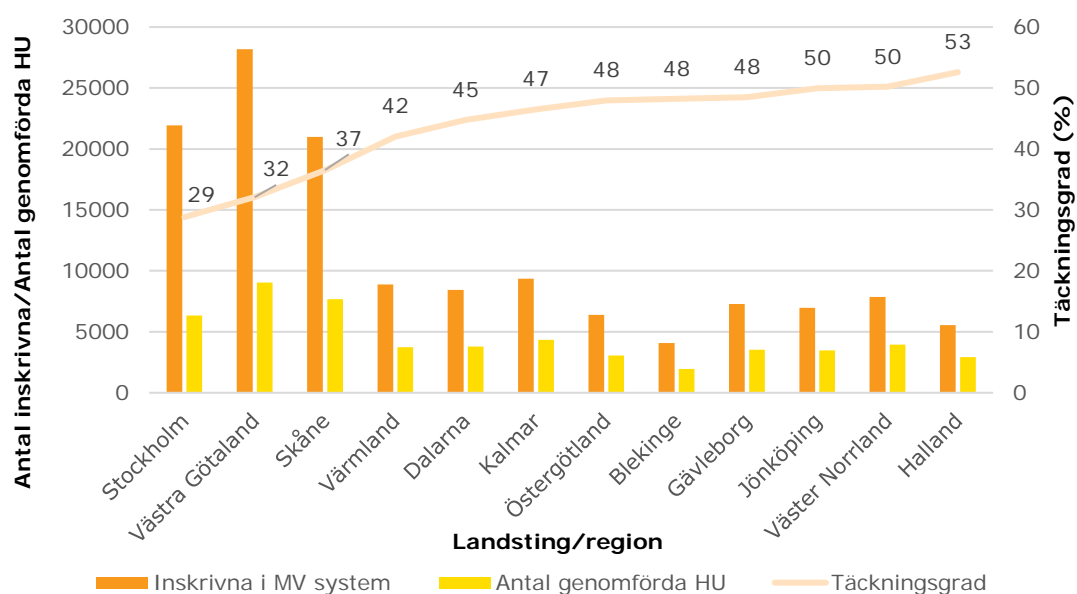
**Figur.4 Genomförda HU och täckningsgrad, 2010–2015, Sverige**

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Migrationsverket

Det är viktigt att nå ut med erbjudande om hälsoundersökning till så många som möjligt, men landstingen har inte fullt ut lyckats nå ut till de asylsökande. Olika studier har genomförts på området som visar att det finns vissa brister i den information som går ut om HU [35]. I en studie [14] visades att den största delen av dem som inte genomgick HU ansåg att de inte hade fått någon inbjudan eller information om HU. Kommunikationen till asylsökande och nyanlända från berörda myndigheter om HU kan påverka det antal som kommer till HU [36]. Enligt en studie missades ofta barnen [35]. En HU ska erbjudas alla asylsökande, både vuxna och barn.

Organiserandet av HU skiljer sig åt mellan landsting/regioner i Sverige [2]. Många landsting har uppsökande verksamhet och mobila team som åker ut till boenden för att genomföra HU på plats. Även försök med centralisering av HU till en eller några särskilda mottagningar då personalen som genomför HU utvecklar sin kompetens inom

området finns. I Värmland har man på anläggningsboenden (ABO) delat ut kallelser i handen, ett initiativ som visat på goda resultat. Andra landsting/regioner som Västra Götalandsregionen och Kalmar landsting har skickat ut digitala påminnelser via samtal/sms, samt utnyttjat primärvårdslokaler under kvällar och helger för att genomföra HU [37]. Täckningsgraden för genomförda HU varierar mellan landstingen (figur 5), en möjlig indikation på olika arbetssätt och beredskap att hantera HU. Det finns även skillnader mellan länen med avseende på antalet mottagna asylsökande och nyanlända samt bostadsförhållanden. I början av 2016 bodde 18 procent av de asylsökande och nyanlända i Stockholms län i ABO, 37 procent i Skåne, 78 procent i Kalmar, 49 procent i Västragötalandsregionen och 77 procent i Värmland [26,38].



**Figur 5. Antal genomförda HU i relation till antal inskrivna, 2015, olika landsting**

Källa: Sveriges kommuner och landsting & Migrationsverket

I Stockholms län är det när denna rapport skrivs sju vårdcentraler som har ett särskilt uppdrag att genomföra HU med asylsökande och nyanlända. Det är Capio VC i Rågsved, Capio VC Wasa i Södertälje, Fittja VC, Rissne VC, Valsta VC och Bergshamra VC i Norrtälje (TioHundra). Några har eller har haft mobila team som genomför HU på asylboenden. En lista på asylsökande i länet skickas till Hälso-och sjukvårdsförvaltningen från Migrationsverket via MELKER (Migrationsverkets E-tjänster för Landstings och Kommuners Ersättning ansökningar). Här ingår variabler som LMA-nummer, tid för när man sökt asyl, ålder, kön, ursprungsland, språk samt bostadstyp och adress. LMA är ett kort som utfärdas för alla som söker asyl i Sverige, kortet är personligt och ett bevis på att man är asylsökande. VeraAsyl/ Hälsoplan är ett system för att utifrån Migrationsverkets MELKER-lista underlätta administrationen kring kallelse av asylsökande till hälsoundersökningar och tandvårdskontroller. Systemet vänder sig till vårdpersonal, men kan även användas av centrala funktioner inom landstinget/regionen. Detta system gör det möjligt att se hur många av de som kallas till HU som kommer. Information om vilka som ska kallas till HU skickas via VeraAsyl till vårdcentraler med asylmottagningar. Listan över asylsökande i länet uppdateras dagligen från Migrationsverket. Information om ursprungsland lades till

2016 (för att bland annat bättre kunna planera provtagning) och samma år började Migrationsverket även skicka andra kontakt detaljer än adress, till exempel mobiltelefonnummer eller e-postadress. VeraAsyl används sedan 2016 och varje vårdcentral som genomför HU går själva in i systemet och kallar de asylsökande på det språk som angetts i VeraAsyl/Hälsoplan.

## 2.Syfte

Föreliggande projekt syftar till att kartlägga hinder och framgångsfaktorer för genomförandet av hälsoundersökningar i Stockholms län. Projektet består av en kvantitativ del som inbegriper uttag av data från VeraAsyl/Hälsoplan samt tre kvalitativa intervjustudier.

Syftet med den kvantitativa delstudien är främst att utveckla metoder för kontinuerlig uppföljning av täckningsgraden av HU samt omfattning och resultat av provtagning och andra åtgärder under HU, bland olika grupper av asylsökande. Denna rapport inkluderar basal beskrivande statistik över antalet asylsökande som genomgått HU i relation till antalet asylsökande bosatta i Stockholm län. Detaljerade analyser av provtagning och andra åtgärder kommer att göras i ett senare skede, när all relevant data finns tillgänglig och metoderna är fullt utvecklade.

De kvalitativa studiernas huvudsakliga fokus är att erhålla fördjupad kunskap kring uppfattningar om och erfarenheter av HU som insats för asylsökande och nyanlända ur; 1) aktörer involverade i mottagandet av asylsökande och nyanlända, 2) vårdcentralernas/asylmottagningarnas och 3) asylsökande och nyanländas perspektiv. Detta inbegriper att kartlägga hinder av och framgångsfaktorer för genomförandet av HU. Utifrån dessa resultat avser vi att föreslå förbättringsåtgärder, som inkluderar att uppnå en högre täckningsgrad.

En ytterligare målsättning med de kvalitativa studierna är att belysa respondenternas uppfattningar om nyttan med HU. Målsättningen med att öka täckningsgraden av HU är endast relevant om syftet med HU är tydligt, innehållet motsvarar syftet och det finns evidens för att åtgärderna under och efter HU är effektiva och även kostnadseffektiva. Inom ramen för denna studie belyses endast uppfattningar av nytta och effekterna av HU bland brukare och aktörer. En kvantitativ analys av åtgärderna och dess effekter planeras efter att metoder utvecklats för att analysera TakeCare data och eventuell annan användbar vård-data.

## 3. Genomförande

Innan studien påbörjades gjordes en etikansökan för projektet som helhet som godkändes av den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr:2016/1648-32).

### 3.1 Kvantitativ ansats

I ett första steg inhämtade Smittskydd Stockholm Excelfiler med rådata på individnivå data från VeraAsyl/Hälsoplan från Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning. Analyser gjordes på när man sökt asyl, när man kallats till HU och om man varit på HU, uppdelat på kön, ålder, ursprungsland och typ av boende.

Detta arbete kommer fortsätta med följande analyser:

- För att få information om provtagning, provtagningsresultat samt om lungröntgen är gjord (för latent och aktiv tuberkulos) och om remiss till specialistenhet är gjord, kommer data extraheras från journalsystemet TakeCare. Endast data från de sju berörda verksamheterna samt berörda specialistkliniker kommer att användas. Datainsamlingen avseende journaldata från TakeCare kommer att ske via E-hälsa-enheten vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Samtliga vårdcentraler som genomför HU i Stockholms län använder TakeCare och en mall som heter: "Hälsosamtal vid ankomst till Sverige". Information som inhämtas rutinmässigt under HU förs av ansvarig sjuksköterska in i mallen. Relevant information förs in under strukturerade rubriker och kan extraheras från TakeCare, till exempel ursprungsland, ålder, kön, laboratorietester (inklusive resultat), vaccinationsstatus, erhållna vaccinationer på vid HU, remisser för röntgen (med resultat), och remisser till specialistvården.
- Data från VeraAsyl/ Hälsoplan och TakeCare kommer fortsatt hämtas ut var 6:e månad för att kunna analysera trender över tid.

### 3.2 Kvalitativ ansats

Tre olika intervjuguider upprättades inför genomförandet av de kvalitativa studierna, en för aktörerna, en för vårdcentralerna (asylmottagningarna) och en för asylsökande och nyanlända. Dessa utgår ifrån syftet med studierna.

Samtliga intervjuer spelades in på band och transkriberades därefter ordagrant. De transkriberade intervjuerna samlades i textfiler som utgjorde grunden för en tematisk analys [39]. Denna analys utgår från en induktiv ansats [40], vilken är explorativ och förutsättningslös, vilket betyder att man successivt upptäcker vilka teman som växer fram ur materialet utifrån frågeställningarna. Tematisk analys har här således använts för att identifiera, analysera och beskriva mönster (teman) i datamaterialet, det vill säga texten. Ett tema beskriver något betydelsefullt om materialet när det gäller frågeställningen och kan sägas vara en bärare av mening. I analysen gjordes en rörelse fram och tillbaka över hela materialet för att finna övergripande teman och subkategorier. Dessa reviderades tills de kändes ändamålsenliga. Det bör understrykas att intervju svaren är upplevelser, uppfattningar och erfarenheter, inte "objektiva sanningar".



### 3.2.1 Delstudie I: Aktörerna

Individuella djupintervjuer genomfördes med utvalda nyckelpersoner från olika aktörer. Aktörerna är rekryterade på basis av sitt yrke, tidigare erfarenhet och delaktighet i genomförandet av HU för asylsökande och nyanlända. Personerna var direkt eller indirekt involverade i olika implementeringsfaser av HU, från utformning till utförande på lokal, regional och nationell nivå. Aktörerna hade olika funktioner såsom tjänstemän, vårdpersonal och beslutsfattare.

Initialt kontaktades deltagarna via e-post. En inbjudan erhöles som beskrev studiens syfte, upplägg, etiska överväganden och kontaktuppgifter. Intervjuerna bokades därefter in och sammanlagt genomfördes 17 intervjuer med personer som arbetade vid; *Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, Transkulturellt centrum, Arbetsförmedlingen, Centrum för samhällsorientering, Sveriges Kommuner och landsting, Migrationsverket och Stockholm stad* samt en person som tidigare arbetat inom *Adlongruppen (organisation bestående av sju landsting och en region i samverkan)*.

Före intervjutillfället fick personen ifråga ett informationsblad och en samtyckesblankett för att bekräfta sitt deltagande. Alla deltagare försäkrades anonymitet och citat från intervjuerna avidentifierades. Alla intervjuer förutom en spelades in med medgivande från deltagarna och genomfördes under perioden september – november 2016. Längden på samtalen varierade från 30 till 60 minuter. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades med hjälp av tematisk analys.

### 3.2.2 Delstudie II: Vårdpersonalen

Samtliga chefer vid de vårdcentraler som har ett särskilt uppdrag för att genomföra hälsoundersökningar inom Stockholms län kontaktades före studiens genomförande via e-post. De tillfrågades om personal från CES kunde göra intervjuer med dem som genomför HU, eller på annat sätt kommer i kontakt med målgruppen vid vårdcentralerna. Samtliga vårdcentralchefer gav sitt medgivande till att vi kunde genomföra dessa intervjuer. Intervjuerna genomfördes vid samtliga sju vårdcentraler inom Stockholms län som har asyluppdraget; Caphio vårdcentral Wasa i Södertälje, Fittja vårdcentral, Caphio vårdcentral i Rågsved, Rissne vårdcentral, Rinkeby vårdcentral, Valsta vårdcentral samt Bergshamra vårdcentral i Norrtälje kommun (TioHundra).

De intervjuade fick i samband med intervjun eller strax dessförinnan skriftlig information om studien och vad deltagandet innebar. Anonymitet utlovades. Vid två av vårdcentralerna genomfördes fokusgrupper, med två intervjuare närvarande. Sju personer deltog vid varje fokusgrupp. Vid tre vårdcentraler genomfördes gruppintervjuer där två till tre personer deltog. Vid två av vårdcentralerna genomfördes enskilda intervjuer, vilket antingen berodde på att det inte var fler som arbetade med HU där eller att någon person var sjuk. Dessutom genomfördes en kompletterande intervju med en administratör vid en av vårdcentralerna. Totalt intervjuades 24 personer. De flesta av de sjuksköterskor som arbetar med HU vid de sju vårdcentralerna blev intervjuade. Även andra personalkategorier deltog vid intervjuerna, såsom undersköterska, administratör, läkare och psykolog. Intervjuerna genomfördes oftast kring lunchtid och de intervjuades bjöds i samband med intervjun på en sallad. Intervjuerna tog mellan 30 och 60 minuter. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant. En tematisk analys genomfördes därefter.

### **3.2.3 Delstudie III: Asylsökande och nyanlända**

Intervjuer med asylsökande och nyanlända bosatta i Stockholms län genomfördes under september 2016 – februari 2017. Deltagarna rekryterades från fyra olika platser, ett asylboende i södra Stockholm, en SFI skola i centrala Stockholm, ett språkcafé som anordnas av Röda Korset samt genom personer som tidigare arbetat med asylsökande och nyanlända. Sammanlagt intervjuades 18 personer från följande länder: Syrien, Irak, Eritrea, Somalia, Afghanistan, Palestina och Tunisien, varav två från språkcaféet, tre från SFI skolan, fem via kontaktpersoner och åtta från asylboendet. 16 hade genomgått en HU och vid tiden för intervjuerna bodde tio på ABO (anläggningsboende) och åtta på EBO (eget boende). 13 män och fem kvinnor i åldrarna 18–48 år intervjuades. Gruppen bestod av både asylsökande, nyanlända och en kvinna som var anhöriginvandrare. Intervjuerna genomfördes på arabiska, engelska, dari och pashto. Intervjuerna på dari och pashto genomfördes med tolk. Längden på samtalen varierade från 15 till 20 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på band, transkriberades, översattes och analyserades med hjälp av tematisk analys.

## 4. Resultat

### 4.1 Kvantitativ analys av genomförande av HU

Data från VeraAsyl/Hälsoplan innehöll en fil med personer som bor eller har bott i Stockholms län från juli 2015 till december 2016 och varit/är asylsökande. Här ingår alla asylsökande som blivit kallade och/eller genomfört HU på någon av de sju vårdcentralerna.

Totalt i de två dataseten fanns 21 591 personer, varav 12 419 (58 %) ej hade kallats till HU och 9 175 (42 %) hade kallats. Endast för 2 226 personer av de 12 419 som inte kallats till HU fanns information om ursprungsland då denna information delades av Migrationsverket först från och med april 2016. VeraAsyl/Hälsoplan började användas i mitten av 2016. Detta gör att informationen inte är fullständig under 2016 och att personer som kallats och/eller genomfört HU innan dess inte säkert finns med i VeraAsyl/Hälsoplan. Detta innebär att andelen kallade inte är korrekt om man tittar över hela 2016. Informationen från och med augusti 2016 ger därför en mer rättvisande bild.

Totalt i de två datamängderna var det 3 356 som sökt asyl från 1 augusti 2016 till 31 december 2016. Av dessa är det 2 119 (63 %) personer som inte kallats till HU och 1 237 personer (37 %) har kallats och/eller genomfört HU. Den stora andelen av ej kallade kan delvis förklaras av att de inte varit i Stockholms län tillräckligt länge för att ha hunnit kallas. Fortsatta analyser av de personer som inte kallats kommer att göras med avseende på tid boende i Stockholms län, bostadsadress, typ av boende samt ursprungsland, ålder och kön i de fall den informationen finns. Löpande analys av statistik för 2017 kommer också att göras. I tabell 1 redovisas andelen ej kallade och kallade/genomförda uppdelat på ålder och kön i gruppen som ansökt om asyl efter 1 augusti 2016. Andelen ej kallade är högst i åldersgruppen 0–5 år. Barn ska i regel kallas av de 7 mottagningarna som erbjuder HU, då endast de har tillgång till information om vilka nya asylsökande som finns inom länet. Stockholm läns landsting har även rutin att erbjuda BVC-tjänster till asylsökande familjer och barn i åldersgrupp 0–5 å. De kan då ha fått sin första undersökning på BVC som inte registreras som en HU.

**Tabell 1. Ålder och kön och för de 3 356 som sökt asyl efter 1 augusti 2016**

Åldersgrupp	Kvinnor				Män			
	Totalt N	Ej kallade N (%)	Kallade N (%)	Genomförd N (%)	Totalt N	Ej kallade N (%)	Kallade N (%)	Genomförd N (%)
0–5	177	126 (71)	28 (16)	23 (13)	211	153 (73)	34 (16)	24 (11)
6–10	98	60 (61)	13 (13)	25 (26)	88	58 (66)	8 (9)	22 (25)
11–15	89	46 (52)	14 (16)	29 (33)	120	63 (53)	25 (21)	32 (27)
16–20	88	50 (57)	16 (18)	22 (25)	201	120 (56)	38 (19)	43 (21)
21–30	307	182 (59)	53 (17)	72 (23)	562	387 (69)	91 (16)	84 (15)
31–40	305	187 (61)	52 (17)	66 (22)	493	333 (68)	80 (16)	80 (16)
41–50	141	75 (53)	28 (20)	38 (27)	225	145 (63)	42 (19)	38 (17)
51–60	67	40 (60)	16 (24)	11 (16)	75	56 (75)	11 (15)	8 (11)
61–70	36	11 (31)	12 (33)	13 (36)	25	15 (60)	2 (8)	8 (32)
71+	35	8 (23)	9 (26)	18 (51)	13	4 (31)	2 (15)	7 (54)

För analyserna av dem som kallats och genomfört HU används all data rapporterad i VeraAsyl/ Hälsoplan vilket även avser personer som sökt asyl tidigare än 1 augusti 2016 samt de som genomfört eller kallats efter 31 dec 2016. Av de 9 175 som kallats till HU var det 6 179 (67 %) som genomfört HU. Andelen utförda HU är ungefär lika stor bland män och kvinnor (68 % respektive 66 %). Mediantiden från asylsökningdatum till genomförd HU är 205 dagar, och det föreligger ingen signifikant skillnad mellan olika ursprungsländer.

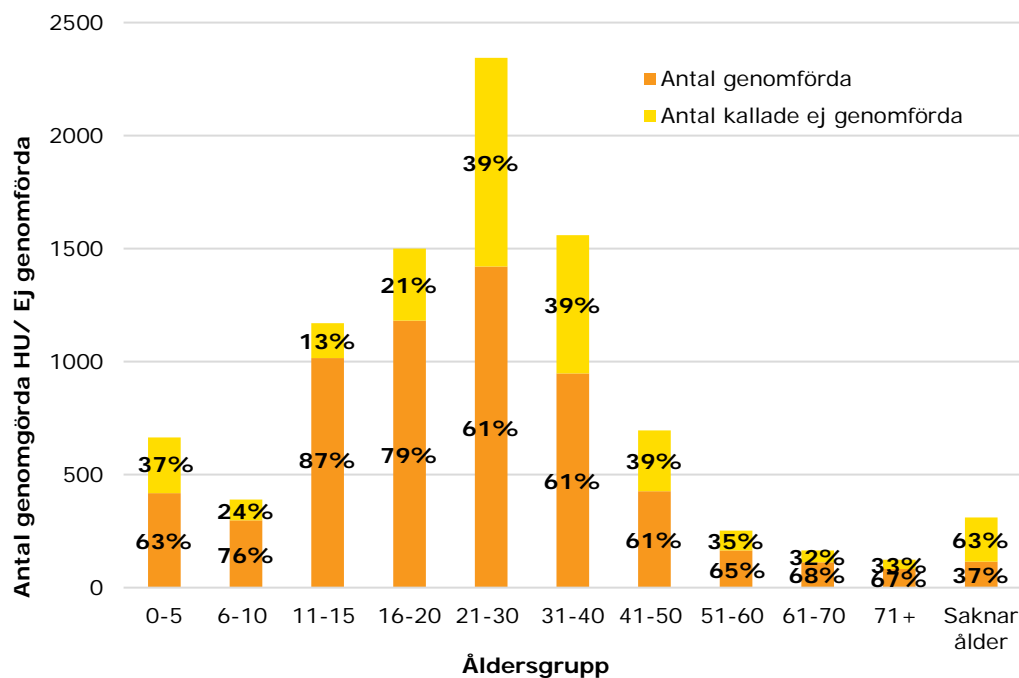
De vanligaste ursprungsländerna bland dem som kallats till HU, med könsfördelning samt hur stor andel av de kallade som genomfört HU presenteras i tabell 2.

Andelen av de kallade som genomfört HU varierade mellan olika ursprungsländer. Andelen var 75 procent eller högre för personer från Afghanistan, Syrien, Irak, Somalia och Eritrea och 45 procent eller lägre för personer från Georgien, Ukraina, Uzbekistan och Kirgizistan. Fortsatta analyser behöver göras för att förstå vad dessa skillnader kan bero på.

**Tabell 2. Antal kallade till HU, antal genomförda per ursprungsland**

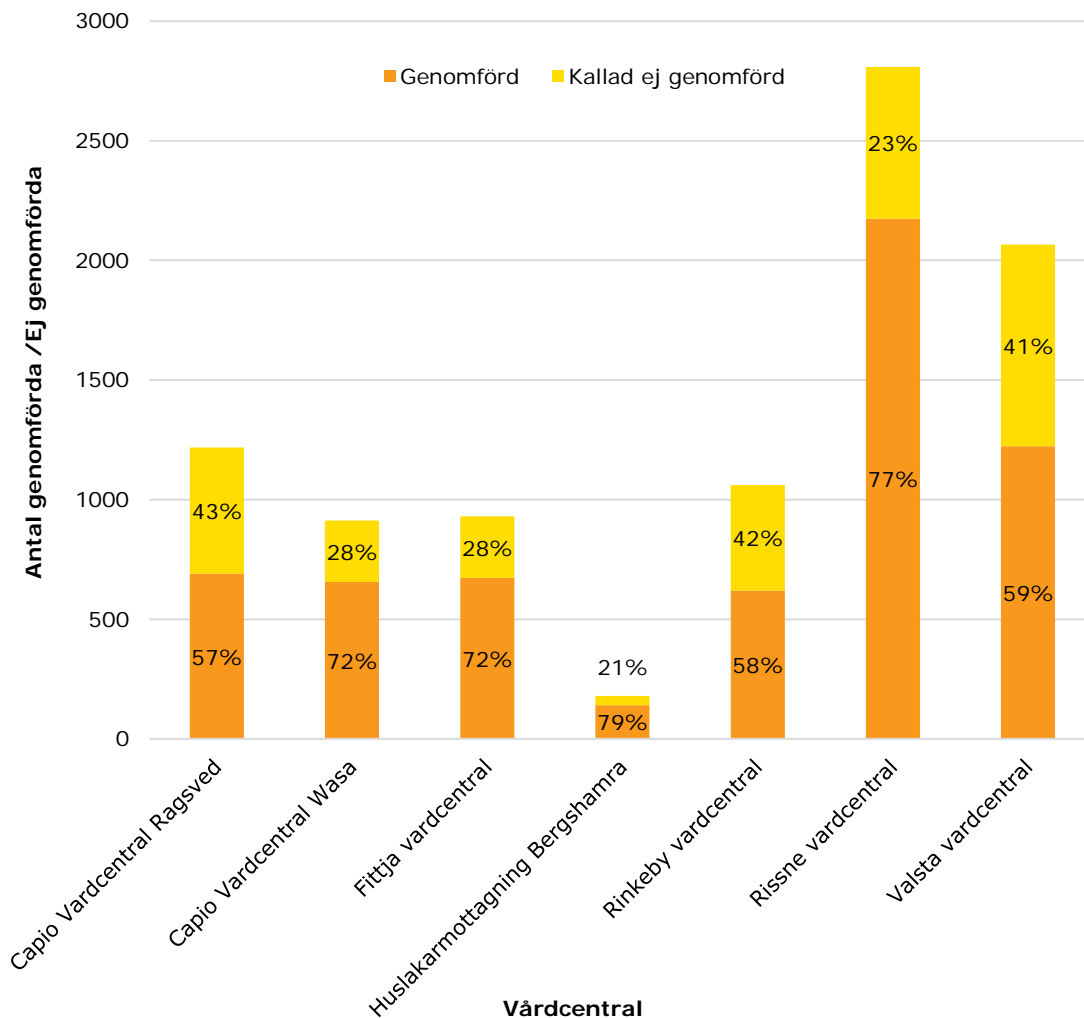
Ursprungsland	Antal kallade till hälsundersökning		Antal (%) genomförda hälsundersökningar	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Afghanistan	223	1662	202 (91 %)	1498 (90 %)
Syrien	539	727	460 (85 %)	605 (83 %)
Irak	264	722	189 (72 %)	528 (72 %)
Mongoliet	303	278	172 (57 %)	158 (57 %)
Iran	147	260	98 (67 %)	181 (70 %)
Georgien	138	257	64 (46 %)	81 (32 %)
Ukraina	112	252	61 (54 %)	104 (41 %)
Somalia	113	150	94 (83 %)	104 (69 %)
Eritrea	115	137	87 (76 %)	112 (82 %)
Uzbekistan	67	148	32 (48 %)	61 (41 %)
Kirgizistan	27	116	9 (33 %)	34 (29 %)

Täckningen av genomförda HU bland de som kallats var relativt bra för åldrarna 11–20 år vilket kan vara ett resultat av att man under 2016 prioriterade ensamkommande barn och ungdomar. Möjligen har personal på boende för ensamkommande sett till och hjälpt dem att komma till HU. De flesta av dem var från Afghanistan vilket syns både i tabell 2 och i figur 6.



**Figur 6. Åldersfördelning och andelen genomförda HU av de som kallats, Stockholms län, 2016**

Täckningen för kallade och genomförda skilde sig delvis åt mellan de enheter som gjort HU. Detta illustreras i figur 7. Orsaken till detta kan vara flera och behöver analyseras vidare. Till exempel kan det vara data som inte kommit in i VeraAsyl/Hälsoplan då man påbörjade denna process senare, kallelser som gått ut till barn som genomfört HU på Barn- och Ungdoms Medicinska Mottagningar (BUMM) på remiss från Elevhälsan, eller kallelser till inaktuella adresser. Hälsoundersökningar som genomförs på BUMM rapporteras oftast som ett läkarbesök och inte som en hälsoundersökning, vilket kan påverka statistiken.



Figur 7. Genomförda och ej genomförda HU, 7 vårdcentraler

## 4.2 Delstudie I: Aktörerna

### 4.2.1 Hälsoundersökningen – syfte mål och nytta

Det rädde skilda åsikter om huruvida syftet med HU var tydligt. Flera ansåg att, även om syftet är tydligt fanns det svårigheter att förmedla det till de berörda, asylsökande och nyanlända. Respondenterna var eniga om målen med HU och uppgav att det primärt var att identifiera ohälsa av fysisk och psykisk karaktär samt introducera det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, såsom tillgång till vård som faller inom ramen för vad man kan erbjuda. Flera upplevde att den främsta nyttan med HU var att stoppa smittspridningen i befolkningen. Majoriteten upplevde att erbjudandet om en HU även kunde ha implikationer för den enskilde individen, som tidig identifikation av ohälsa och vägledning inom hälso- och sjukvården.

*”En möjlighet att fånga upp personer som behöver någon form av insatser alltså från hälso- och sjukvården framförallt så tidigt som möjligt för att... Ja för att då också för individen minska problem och sådant som bara förvärras med*

*tiden så att det är ju en möjlighet att fånga upp personer och kunna erbjuda fortsatt stöd på olika sätt.” (INT4)*

*”Att det man eventuellt upptäcker faller inom ramen för det som kan ges behandling för och där finns det ju en viss begräsning beroende på asylstatus och eller migrations status.” (INT2)*

Sammantaget sågs HU som gynnsam ur ett samhällsperspektiv. Några uttryckte vikten av delaktighet och gemenskap, liksom att introducera det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Frågan om att göra HU obligatorisk diskuterades och majoriteten ansåg att det fanns fördelar med detta, medan andra inte såg något värde med det och hänvisade till att hälso- och sjukvården bygger på frivillighet.

#### **4.2.2 Utmaningar och förbättringsmöjligheter**

Flera respondenter ansåg att det finns utmaningar med dagens hälsoundersökningar när det kommer till innehåll, utformning och uppföljning. Det beskrevs också finnas utmaningar med att bedöma kommande hälsobehov hos asylsökande och nyanlända generellt och svårigheter med att visa mätbara effekter av HU för den enskilde individen, folkhälsan, och samhället i stort.

*”Vi vet ju väldigt lite om effekten av hälsoundersökningarna och vad den ger men vi kan ju följa det, jag menar man kan titta på åtminstone smittspridning.” (INT6)*

Trots den positiva inställningen till hälsoundersökningen som insats var det flera som ansåg att det krävs strukturella förändringar kring genomförandet av HU och att bristande rutiner bidrar till variation i hur uppdraget utförs. Vidare diskuterades ett behov av att förtydliga frågor rörande psykisk hälsa och att utöka insatser för psykisk ohälsa, samt att eventuellt modifiera och anpassa detta till olika migrantgrupper. Det upplevdes även finnas behov att inkludera syn- och hörseltest som en del av HU.

*”Kvalitetssäkra, göra Socialstyrelsens föreskrifter tydligare och mer konkreta, vore bra. Pratar man om jämlik vård, så tror jag inte att jämlika hälsoundersökningar finns.” (INT3)*

*”Man kan se en stor spridning, från 90 och ned till kanske 20 procent. Och det talar då för att genomförandegraden mellan de olika landstingen varierar och det måste bero på någonting, sannolikt att man jobbar på olika sätt.” (INT2)*

En annan utmaning som uppmärksammades var att HU inte erbjöds till alla nyanlända oavsett migrationsstatus. Nyanlända som kommer som anhöriginvandrare går inte genom samma handlägningsprocess som asylsökande och får därmed inte ett erbjudande om en HU. De kan ha kommit från intill lika förhållanden som asylsökande. Respondenterna uttryckte en oro för denna grupp. Kvotflyktingar ansågs inte heller informeras om HU. En annan utsatt grupp beskrevs vara asylsökande barn som kommer med vårdnadshavare, för dessa barn ligger ansvaret på föräldrarna och en viktig fråga i sammanhanget var hur dem får tillgång till hälso- och sjukvård. Fokus har länge legat på HU för vuxna. För gruppen barn med vårdnadshavare beskrevs det finnas otvetydligheter kring hanteringen och hur de nås av en HU.

*”De som är anhöriginvandrare de går inte igenom det här systemet... det har jag sett flera gånger. Det är många som kommer med sina barn och de känner inte till någonting för att det är ingen som har informerat dem, för de hamnar inte i det här rullande bandet.” (INT7)*



*"Det är barn mellan 0–6 år, innan de börjar skolan som ofta faller mellan stolarna... Det beror på att föräldrarna inte får så bra information om vården."*  
(INT8)

#### 4.2.3 Utmaningar för hög täckningsgrad

Logistiska, språkliga och kulturella hinder

Viljan att delta respektive inte delta bland asylsökande och nyanlända uppgavs vara svår att bedöma. Dock beskrevs att det finns logistiska, språkliga och kulturella hinder som kan bidra till ett lågt deltagande. Flera angav att logistiken var ett av de största hindren då asylsökande och nyanlända är en svår grupp att nå. Detta beskrevs främst bero på att många inte har fasta adresser och flyttar runt mycket under asylprocessen. Personer kunde dessutom vara skrivna på en och samma adress utan att egentligen bo där. Många bor i egna boenden och dessa personer är svårare att nå med information än dem som har boenden anordnade av Migrationsverket (ABO).

Språkliga hinder ansågs vara en annan orsak till varför många kanske inte hörsammar den skriftliga kallelsen. Kallelser kan exempelvis fortfarande skickas ut på svenska. Ett annat potentiellt hinder beskrevs vara att det informationsmaterial som Migrationsverket lämnar ut i skriftlig form är på svenska. Flera upplevde att det även finns kulturella hinder, som misstro bland gruppen kring hur svenska myndigheter fungerar och att denna misstro kunde påverka hur man uppfattade informationen om HU. Vidare framhöll respondenter vikten av att ha kulturanpassad information.

*"De asylsökande som bor ute på boendena de har ju tillgång till allt... för de har personal, dels i receptionen på boendena och Migrationsverket som kommer ut... Men alla som bor ute... EBO kallar vi det, hamnar så långt ifrån all information."* (INT9)

*"Det är många som har en skeptisk hållning till Migrationsverket och till staten överlag, vilket man förstår för att man kommer ifrån annorlunda situationer."*  
(INT10)

Informationskanaler

En av de största utmaningarna beskrevs vara att i förväg kommunicera och informera erbjudandet om en HU till asylsökande och nyanlända på ett adekvat sätt. Problem som belystes av respondenterna var att informationen om HU inte ges i tillräckligt stor omfattning och att det är få instanser/aktörer som informerar om HU under asylprocessen och även då man erhållit uppehållstillstånd.

*"Man ska identifiera tänker jag... de sammanhang där man möter de här individerna och på så många ställen som möjligt försöka uppmärksamma att det finns en möjlighet till en HU. Alltså både under asylprocessen och när man har fått uppehållstillstånd."* (INT4)

Initialt ges information om HU av Migrationsverket. Ibland i samband med gruppinformation. Enskilda mottagningssamtal bortprioriterades då många flyktingar kom under 2015. Ett problem är att den gruppinformation som ges av Migrationsverket är frivillig och att inte alla deltar. Vidare är det mycket annan samhällsinformation som ges. Hälso- och sjukvårdsdelen, den om HU, utgör endast en liten del.

*"Alltså vi pratar ju om hälso- och sjukvården i Sverige och hur den fungerar och då tar vi också upp att det kommer komma hem en kallelse, men det är väldigt*

*kort alltså, det är som en del av ett större sammanhang [...] Det är svårt, för vi vet ju inte detaljerna i hälsoundersökningen.” (INT9)*

Flertalet respondenter som möter asylsökande och nyanlända upplevde att de själva hade brist på kunskap om vad en HU omfattar och önskade mer information, i syfte att bättre kunna förmedla detta. Ett utvecklingsarbete som beskrevs pågå var att se över möjligheten att informera om HU under samhällsorienteringen, som är en del av etableringsinsatserna för nyanlända. Detta i syfte att fånga upp dem som inte genomgått en HU under asyltiden, vilket i intervjuerna framgick vara vanligt förekommande.

#### 4.2.4 Samverkan

Samverkan utgör en viktig förutsättning för alla integrationsprojekt och respondenterna betonade vikten av samverkan, men tyckte att det saknas tydliga direktiv och förutsättningar för att samordna insatser. De intervjuade ansåg att detta främst försvårades av sekretesslagar, förordningar och hur olika myndigheter förhåller sig till sina uppdrag.

Varierande samverkan

Flera beskrev en variation vad gäller samverkan kring insatser inom ramen för hälso- och sjukvården för asylsökande och nyanlända. Flera upplevde utmaningar i samarbetet mellan landstinget, kommuner och andra aktörer. Det beskrevs att det ofta finns en bristande kunskap hos enskilda aktörer och kommunikation och dialog aktörerna emellan. Några av de intervjuade upplevde att informationsöverföringen försvårades på grund av misstänksamhet gentemot andra vårdinstanser och aktörer, brist på kunskap kring olika verksamheters uppdrag och arbetsrutiner.

*”Det är revir-tänkande och det är prestige och det är okunskap. Den ena vet inte vad den andra gör och man är misstänksam mot varandra, varför ska du ha journalkopior och vad ska du ha dem till. Olika verksamheter förstår inte varandra, det är helt uppenbart. Alltså det här med kommuner och landstinget, det är som en mur emellan, de pratar inte samma språk och de förstår inte varandra och de är i helt olika världar.” (INT7)*

Organiserandet av HU för barn i åldern 0–6 år uppfattades inte existera i lika stor omfattning som för barn i åldern 7 år upp till 18 år. HU för barn i åldern 0–6 år kan ibland ske inom ramen för BVCs verksamhet (i det fall de inte hunnit genomgå en HU på en asylmottagning), övriga barn kan få en HU genomförd på asylmottagningar eller i anslutning till skolhälsovården. Stockholms stad och landstinget beskrevs ha utarbetade samverkanskanaler och rutinerna kring HU för barn i skolåldern upplevdes välorganiserade. Det upplevdes dock finnas bristfälliga rutiner kring remisshanteringen, såsom ofullständiga remissvar från vårdcentralerna eller att remisserna kommer bort.

*”Provsvaren kommer inte alltid trots att det är vi som skickar remissen. Remissvar måste alltid bli inremitterade... De kommer inte och man måste efterlysa många gånger. Remissvar försvinner ofta.” (INT8)*

Vad gäller BVC-mottagningarna så bör de rekvirera tidigare remisser om barnet hunnit göra en HU på en asylmottagning, vilket inte alltid anses ske. En annan brist som beskrevs var att kroppsundersökning i samband med HU för barn i åldrarna 0–6 år (som ska genomföras), inte utförs på asylmottagningarna, om inte barnläkare finns närvarande. BVC har i regel inte i uppdrag att genomföra HU utan att följa barnets utveckling och hälsa, inklusive vaccinering. Det framkom dock att många barn får sin första undersökning på BVC och inte på en av de sju asylmottagningarna.

*"Men min erfarenhet är att de flesta inte har hunnit varit på en asylvårdcentral och gjort en HU med barnet, utan de flesta får sin undersökning på närmsta BVC." (INT7)*

Det framhölls även att uppdraget kring god man varierade mellan kommunerna och att det saknas tydliga riktlinjer och policys kring uppdraget som god man för ensamkommande barn, vilket kan påverka rättssäkerheten för dem och deras tillgång till hälso- och sjukvård. Det beskrevs att kommunerna själva tillhandahåller utbildning, men att det även förekommer att ingen utbildning getts. Ett behov tycks således finnas av att professionalisera uppdraget, för att minska variationen i hur det genomförs.

Behov av strukturerad samordning och kontinuitet

Respondenterna lyfte fram vikten av ha ett samordningsnummer för asylsökande och att kunna ta del av historiken inom vården och annan omsorg. Ett samordningsnummer skulle öka patientsäkerheten, underlätta kontakten mellan olika myndigheter och bidra till bättre förmedling av relevant information. En annan aspekt som beskrevs var att informationsöverföringen mellan myndigheter i dagsläget kan vara bristande. Vissa hade önskemål om bättre kontinuitet, samordning och överföring av information gällande tidigare vårdkontakter under asylprocessen. Detta skulle medföra ökad kvalitet för individen, men också underlätta och effektivisera myndigheters arbete med vidare planering och etablering. Som det är nu blir individen själv bärare av informationen och ibland kan det, enligt de intervjuade, vara svårt att få svar på hur deras vårdkontakter har sett ut och individerna ansågs ibland inte själva veta om de genomgått en HU eller inte. Det ska, enligt de intervjuade, finnas överenskommelser mellan Migrationsverket, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som syftar till att underlätta handläggningen av personer med hälsorelaterade problem, men dessa följs inte alltid upp, vilket upplevdes frustrerande och problematiskt.

*"Jag tycker det kan vara svårt och sortera i hur läkarkontakterna ser ut och hur de har sett ut tidigare. Det finns inte någon dokumentation man kan använda från tidigare." (INT12)*

## 4.3 Delstudie II: Vårdpersonalen

### 4.3.1 Organiserandet av hälsoundersökningarna

Kallelsen till HU hämtas från VeraAsyl/Hälsoplan på aktuellt språk, alternativt svenska och engelska. Kallelserna skickas sedan ut via brev och en påminnelse sänds ut om personen ifråga inte kommer. Det skiljer sig en del åt mellan VC avseende hur lång tid som förflyter mellan kallelse ett och påminnelsen. Några skickar ut en påminnelse efter bara några veckor och andra efter ett halvår, vilket bland annat har en koppling till vilken väntetid det är för att få komma på HU. Några VC hade i princip ingen kö, medan det vid andra var ett års kö. Det är barn, ungdomar och barnfamiljer som har högst prioritet om det finns kö. Om individerna själva ringer och ber att få komma till HU uppges de av några få gå före i kön. Personalen tillfrågades om de kunde uppskatta hur stor andel av dem som kallats till HU som kommer. Dessa uppskattningar varierade mellan 50 till 75 procent. Andra migrantgrupper än asylsökande kallas inte, enligt flertalet av de intervjuade. Kvotflyktingarna kommer ibland till HU via kommunens ansvariga. Barnen till anhöriginvandrare kommer ofta via skolan, men de vuxna får söka själva, vilket de sällan gör.

Vissa av vårdcentralerna har platstolkar och andra beställer tolk för varje tillfälle. Det kan enligt de intervjuade vara en fördel att boka in tolk för en viss språkgrupp under en

hel eller halvdag. Helst vill man ha kontakttolkning, men ibland sker tolkning via telefon, speciellt om VC ligger långt från centrala Stockholm. Vid vissa vårdcentraler försöker man få kvinnlig tolk till kvinnliga patienter.

#### 4.3.2 Hälsoundersökning i praktiken

Vissa vårdcentraler åker/har tidigare åkt ut med mobila team till anläggningsboenden, nämligen Bergshamra (Norrtälje kommun) och Rissne. Det kan vara ett bra sätt att fånga upp fler asylsökande, eftersom alla är samlade på ett ställe. HU genomförs även av skolsköterskan, som också vaccinerar barnen. BVC sägs genomföra vaccinationer på små barn, 0–6 år. De flesta uppger att en HU tar cirka 45 minuter, men att det kan variera mellan 30 minuter och en timme. Enligt de intervjuade används olika samtalsmallar vid olika VC, men även om man har en mall att utgå ifrån så utvecklas ofta samtalet beroende på personens aktuella situation och behov. HU dokumenteras i TakeCare. Exempel på hur en HU görs beskrivs nedan.

*”Man tar ju först alla nummer och namn, man frågar lite om dom har gått utbildning i hemlandet, alltså det beror på vilken ålder det är men har dom gått i skola, har dom inte gått i skola, har dom haft ett yrke i hemlandet, man frågar vilket som är deras hemlandsspråk, hur flykten har gått till, då tänker man ju på hur många dagar dom har varit ute på flykt och vilka länder dom har passerat. Jag brukar även fråga av vilken anledning dom flydde vilket jag tänker kan påverka den psykiska hälsan med olika anledningar. Man frågar om dom har haft sjukdomar, kirurgiska ingrepp, blodtransfusioner, om dom har sjukdomar just nu, överkänslighet, man frågar om vaccinationer, ärftliga sjukdomar, kvinnor frågar man ju om graviditet och menstruation. Sen är det ju munhälsa, sömn, koncentrationsförmåga, orkeslöshet, aptiten. Vi frågar också ifall dom har blivit tvingade att göra någonting under sin flykt som man inte vill göra, eller sett våld eller blivit själva utsatta för våld under sin flykt, så jag tycker att vi har en rätt så heltäckande faktiskt.” (INT5)*

Information om vården och samhället

En viktig del i hälsoundersökningen består av att ge information om hälso- och sjukvården, var man kan söka vård, rättigheter, begränsningar, tandvård med mera. Vissa delar även ut skriftlig information.

*”Så det tycker jag nästan är en av de stora grejorna i besöket... att informera om vårdsystemet. Vissa klarar det ändå för att dom känner folk som har förklarat för dem. Men för dom som inte har så mycket kontakter i Sverige liksom... släktingar eller bekanta. De kan vara ganska utlämnade vad gäller sånt.” (INT1)*

Psykisk hälsa

En del i hälsosamtalet förväntas handla om individens psykiska hälsa och denna del av samtalet har för flera tagit en allt större plats de senaste åren. En lyhördhet för om den asylsökande eller nyanlände själv vill prata om obehagliga upplevelser eller inte genomsyrar samtliga intervjuer. Några lämnar ut kontaktuppgifter för att personen ska kunna ringa senare. En del av de asylsökande och nyanlända anses behöva fundera innan de är redo för att prata med någon vårdpersonal om sin psykiska ohälsa. Hänvisning kan också ske till annan vårdgivare.

*"Många har ju varit med om jobbiga saker men det är inte alla som orkar prata om det och då behöver de inte göra det. Men då informerar vi vad det finns för hjälp att få." (INT3)*

Asylsökande och nyanländas förväntningar

De flesta av de intervjuade anser att asylsökande och nyanlända oftast är nöjda med hälsoundersökningen och uppskattar att någon lyssnar och bryr sig om deras situation och hälsa. Sedan är det några som hade förväntat sig mer, en större mer omfattande helkroppundersökning. Några hade förväntat sig att de skulle träffa en läkare.

*"När det står hälsoundersökning då tror dom att det verkligen är att dom ska få kolla hela kroppen och dom ska få ta allmänna prover, då får ju vi säga "nej tyvärr det här är mycket mer begränsat än så", så att det kan jag tycka är synd att många har den förhoppningen när dom kommer och blir besvikna då." (INT7)*

Några anses ha god kännedom om vad HU syftar till och inbegriper, medan andra inte alls förstår något om detta. Då kan det behövas kompletterande information i inledningen av samtalet. Vissa anses ha fått information om HU av Migrationsverket, medan andra har fått information via andra personer. De intervjuade menar att Migrationsverket troligtvis ger lite olika information om vad en HU innebär. En del tror att HU är en del av asylprocessen, och att det är obligatoriskt att genomföra den för att kunna få uppehållstillstånd. Några uppfattas vara misstänksamma gentemot den som genomför HU och i förhållande till de frågor som ställs. Då behövs ytterligare information om att Migrationsverket inte får ta del av det framkommer under HU för att skapa ett bra möte.

*"Aha varför frågar du den frågan?" Och då får man ju ta här information igen att det här är ingenting som Migrationsverket får ta del av, det är sekretess så att då känner dom sig trygga och då börjar dom öppna sig mer också." (INT6)*

Andra migrantgrupper

Läkarna vid vårdcentralen kan i vissa fall uppmärksamma om en asylsökande/nyanländ inte har genomfört en HU.

*"Alltså många fasta läkare vet ju att asylsökande bör ha gjort en hälsoundersökning... Dom är väldigt duktiga faktiskt och reagerar "åh det är inte taget smittprov" lite så." (INT7)*

Det bästa och svåraste med att arbeta med hälsoundersökningar

Några beskrivningar av upplevelser i arbetet med asylsökande och nyanlända beskrivs nedan.

*"Ja,, det är fantastiskt att folk tar sig hit liksom, för att få ett bättre liv. Så får man träffa dom. Lite vara med i... historien. [...] Man får ju perspektiv på sitt eget liv liksom... Och man får lära sig mycket vad som händer i olika delar av världen." (INT3)*

*"Vi har mycket att härbärgera, som man inte kan göra någonting åt. Utan måste bara acceptera för tillfället... lämnade barn, döda familjer... Alltså de tunga och smärtsamma sidorna av livet som vi kommer väldigt nära" (INT4)*

### 4.3.3 Styrkor, vad som fungerar bra

#### Administrativa system

De flesta lyfter fram att det nya datahanteringssystemet VeraAsyl/Hälsoplan har gjort att det är lättare att kalla de asylsökande till HU eftersom adresserna uppdateras kontinuerligt. Men trots denna förbättring är det många brev som fortfarande inte kommer fram, det blir okänd adress. Flera av de intervjuade menar att det underlättar om det finns en administratör som kallar asylsökande och nyanlända till HU, eftersom det innebär mycket arbete. Att kunna få kallelsen automatiskt på asylsökandes/nyanländes eget språk via VeraAsyl/Hälsoplan upplevs också bra. Dessutom hade flera VC nu kommit ifatt i sitt arbete med HU, efter anstormningen av asylsökande 2015.

#### Själva hälsoundersökningen

De intervjuade anser att många av asylsökande/nyanlända uppskattar att få komma till HU, bli undersökta, få tillfälle att ventilera olika hälsoaspekter och få information om hälso- och sjukvården och vart man kan vända sig. En av de intervjuade brukar ge personerna en möjlighet att reflektera över besöket efter att HU genomförts.

*"Många är väldigt glada att få komma hit... att vi tar blodprover och att dom får mycket information och just att man kan vägleda på olika sätt vart dom kan vända sig med olika saker. Man kan berätta om ungdomsmottagningar. Det finns ju en mottagning för omskurna kvinnor. Det finns mycket som vi kan informera om. Och sedan kan det vara saker och ting som kommer fram som dom inte själva har förstått, att det här är ett problem, men som uppdragas och så kan de få hjälp. Det är ett jätteviktigt möte." (INT3)*

#### Handledning och stöd

Flera har handledning och påtalar att det behövs för att orka med arbetet. Men för några räcker det att ha kollegor att kunna ventilera saker med. Flera av asylsjuksköterskorna ingår även i nätverk, bland annat ett som Transkulturellt centrum håller i. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) inbjuder också till träffar.

#### Nytta (individ/samhälle)

HU beskrivs som en förmån, som alla länder inte har. Det kan också vara den första sjukvårdskontakt man har i Sverige, vilket innebär att det är extra viktigt att ge ett gott intryck och att det blir ett bra möte. Flera betonar att det är särskilt viktigt att informera om hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar, såsom de olika vårdnivåer som finns. Att fånga upp fysiska och psykiska problem i ett tidigt skede, samt människor som har smittsamma sjukdomar lyfts också fram av de flesta.

### 4.3.4 Problem, svårigheter och dilemman

#### Orsaker till uteblivet besök

Den främsta anledningen till att de asylsökande inte kommer till HU är, enligt de intervjuade, att kallelsen inte når fram till rätt person. Det beror bland annat på att de asylsökande ibland flyttar runt, och på att många ("uppåt 100 personer") kan vara skrivna på samma adress vilket gör att kallelsen inte kommer fram.

*"Vi har uppmärksammat att det finns några adresser som många är skrivna på och speciellt från de adresserna så är det hög andel som uteblir." (INT8)*

Kallelsen skrivs automatiskt ut på det modersmål som är angivet. Det kan stå i journalen att modersmålet är grekiska, men personen talar ryska. Då skulle man vilja skicka

kallelsen på ryska istället för på engelska som det blir, eftersom kallelsen inte är översatt till alla språk. En annan vanlig orsak till uteblivet besök uppges vara att en del tror att HU har något med Migrationsverkets beslut att göra.

Lång tid mellan ankomst till Sverige och hälsoundersökning

Det kan enligt de intervjuade gå lång tid från den första informationen om att man ska kallas till HU tills dess att man blir kallad, ibland ett år. Då är det lätt hänt att informationen glöms bort. Dessutom hinner inte VC alltid med att kalla de asylsökande till HU inom en rimlig tid, om det är många asylsökande som kommer samtidigt. De intervjuade understryker att detta ur smittskyddssynpunkt inte är bra.

I interaktion med asylsökande och nyanlända

De intervjuade menar att delen om den fysiska hälsan oftast inte är problematisk, men psykisk ohälsa kan vara svårare att fånga och hantera. Det kan exempelvis vara svårt att bedöma om den psykiska ohälsan beror på asylprocessen i Sverige eller händelser i hemlandet/ under flykten. Dessutom kan det finnas olika kulturell syn på sjukdomar och behandling och en del vet inte så mycket om kroppen och egenvård. Det kan då krävas extra information om detta.

*"Dom är duktiga på att berätta i alla fall när det gäller sjukdomar, den här med somatiska delen. [...] Men det psykiska, det är det svåra att... Vad kan man göra åt det, hur mycket ska dom berätta och vad som ska hända av det..." (INT7)*

Tolkning

Det kan vara svårt att få tolk för vissa språk, däribland mongoliska, dari (ibland), uzbekiska, georgiska, ukrainska, kirgiziska och pashto. Viss kritik uttrycktes gentemot tolktjänsterna. Några har upplevt bristande tolkning, vilket orsakat missförstånd i kommunikationen. Att få tolktiderna att passa ihop med sköterskornas och läkarnas schema kan också vara svårt. *"Ett specialpussel"*, som någon uttryckte det.

I förhållande till andra aktörer

Det beskrevs finnas kunskapsbrister generellt inom hälso- och sjukvården om asylmottagningarnas uppdrag. Bland annat sa några av de intervjuade att andra VC kan hänvisa asylsökande och nyanlända till asylmottagningen, trots att de har ett eget ansvar för att ta emot dem som har hälsoproblem och bor i upptagningsområdet.

*"Det märks att det är jättebrist på kunskap inom vården vad gäller asylsökande.[...] Vissa som inte har någon släkt eller vänner, dom är helt utlämnade. Och skickas fram och tillbaka. [...] Jag tycker att alla vårdcentraler inom Stockholms läns landsting borde få någon information eller någonting.[...] Alla har lika mycket ansvar." (INT1)*

Asylsökande kan även söka till privata vårdaktörer för sina hälsoproblem. Ibland sägs att de även genomför en HU med migranten, vilket komplicerar för VC som har ett särskilt ansvar för detta. En gemensam asylprocess för hela landstinget skulle, enligt några, vara önskvärt så att man vet vem man vad som gäller och vem man kan kontakta när det gäller olika frågor kring de asylsökande.

*"Det har varit väldigt jobbigt, för då måste vi läsa allting, kolla alla prover. Dom förstår inte varför de ska komma hit igen, för det blir ett väldigt likt besök. Det blir missförstånd och rörigt. Så det har varit jobbigt när andra har gjort delar av vårt jobb." (INT1)*

Resurser

Ersättningen man får beskrivs oftast täcka kostnaderna för att genomföra HU. Meningarna går dock isär. En av de intervjuade framhåller att det inte har tillkommit extra resurser i form av personal för arbetet med att genomföra HU. Det anses vara vårdcentralens eget ansvar att få det att fungera.

*"Det är ju fortfarande samma människor. Vi får ju klura ut det i schemat. Men jag tycker att vårdcentralerna är väldigt utlämnade och fixa det här själva."* (INT1)

Vård som inte kan anstå -komplext

Att hantera "vård som inte kan anstå" i förhållande till de som kommer till HU är inte alltid enkelt, enligt de intervjuade. Att olika VC och olika läkare gör olika bedömningar gör inte det hela lättare. Det kan kännas svårt att neka migranten olika vårdinsatser. Det kan bli ännu svårare när det är en familj som man träffar, och då barnen har rätt till samma vård som barn med permanent uppehållstillstånd, men däremot inte de vuxna.

*"När det gäller en ungdom... "Du vet att du har samma rättigheter precis som alla andra barn", men sen så sitter det kanske mamman och så ska man "ja men du vet att du har absolut inte samma". Det tycker jag är jobbigt faktiskt."* (INT7)

Vårdpersonalen kan möta dem som uppger sig vara barn, men upplevs vara äldre.

*"Man ger information om vårt hälsosystem och vilka rättigheter dom har, och så kommer man på... Oj det här är ju ett barn, då får man tänka annorlunda. Då är det är fri sjukvård och du har rätt till medicinering och sånt fast det är en vuxen. Det blir lite konstigt."* (INT6)

Om inte sjuksköterskan själv kan bedöma om den asylsökande kan få hjälp för ett visst hälsoproblem hänvisas personen vidare till läkare. Personen ifråga ska alltid ha rätt att få en bedömning av läkare.

Övrigt

Ibland kan de som kommer till HU redan ha ett reservnummer (ett tillfälligt nummer som används för att kunna identifiera en patient vid vårddokumentation när personnummer eller samordningsnummer saknas eller är okänt) om de sökt hjälp inom vården, vilket innebär att de får flera reservnummer, vilket komplicerar. Även om VeraAsyl/Hälsoplan innebär fördelar så har det blivit mer administration när man nu arbetar i både TakeCare och VeraAsyl/Hälsoplan, enligt någon.

#### 4.3.5 Utvecklings- och förbättringsmöjligheter

Många synpunkter framkom i intervjuerna avseende vad som kan göras för att förbättra organiserandet och genomförandet av HU. Det inbegrep åtgärder för ökat deltagande, vad som kan göras för att förtydliga syftet med HU, användandet av samtalsmallen och själva genomförandet av HU. Dessutom var det olika administrativa aspekter som ansågs kunna förbättras. Behov av kompetensutveckling för berördes också.

För ökat deltagande

Att ha en god framförhållning när man kallar till HU anses öka sannolikheten för att asylsökande och nyanlända ska komma.

*"Nästan tre fyra veckor[behövs] för att de ska hinna få tag på någon som kan hjälpa dem och förklara vart de ska eller vad det handlar om och sen också*



*kanske följa med dem hit. Dom kommer på samtalen om man har varit ute i god tid.” (INT2)*

Det finns delade meningar kring om det skulle underlätta om det fanns möjlighet att ringa, skicka sms eller e-post för att kalla till HU. Några lyfter fram svårigheterna med att göra sig förstådd via telefon och komma fram på angivet telefonnummer, men några ansåg att det skulle underlätta om man hade den möjligheten.

*”Jag tror att, då kunde man åtminstone få ett svar ”nej, men jag tänker inte komma, det är inte prioriterat och jag är inte intresserad”. ” (INT7)*

Ytterligare tydliggörande av att HU inte på något sätt påverkar asylprocessen liksom den sekretess som råder kan behövas, enligt några av de intervjuade. Detta skulle kunna göras redan på Migrationsverket och även mer utförligt i den kallelse som skickas ut.

*”Jag tror att man, om man hade något informationsblad eller i tryck som man kunder tala om varför man gör det här så att dom förstod också att det här är ingenting som påverkar ditt uppehållstillstånd, utan att det är sekretess, jag tror att om man lyfter fram den biten skulle kanske kunna hjälpa vissa att vilja vara mer motiverade att komma.” (INT5)*

Att kallelsen borde kunna gå att få på flera språk beskrivs som önskvärt. Om inte kallelsen finns på ett språk som går att läsa minskar sannolikheten för att migranten ska komma på besöket. En annan aspekt som berördes är att kostnaden för resan till vårdcentralen kan vara en anledning till uteblivet besök, i synnerhet om migranten bor långt bort. Om resan bekostades av VC skulle fler kunna motiveras att komma.

Tydliggörande av syftet

Flera framhöll behov av att tydliggöra syftet med HU för migranten innan han eller hon kommer. En del tror att de ska träffa en läkare och göra en komplett hälsoundersökning. Därför vore det bra att tydligare beskriva i kallelsen vad HU syftar till, vad som ingår och inte, samt vem som genomför HU med mera.

*”Dom flesta förstår ju att dom har en tid, i alla fall dom som kommer, men sedan så vet dom nog inte riktigt vad hälsokontrollen är... Det får vi ju förklara...” (INT1)*

Samtalsmall och dokumentation

De intervjuade beskrev att de använder olika samtalsmallar. Ett önskemål var att en gemensam mall skulle användas, vilket skulle kunna öka möjligheterna till att dokumentera, utvärdera och kvalitetssäkra HU på ett samlat plan. Någon menade att det även kan behövas mallar på olika språk.

Genomförandet

En av de intervjuade framförde att det borde finnas mer utrymme för att samtala kring livsstilsfrågor, exempelvis kosten, men att det finns ont om tid för att ta upp dessa aspekter. De intervjuade berörde även att det skulle vara bra om man kunde ge migranten skriftlig hälsoinformation på aktuellt språk.

Administrativa aspekter

Några ansåg att det borde finnas ett unikt samordningsnummer som man ger varje asylsökande och som kan användas inom samtliga sektorer i samhället, både inom statliga myndigheter och inom landstinget. Vid en av VC ansåg man att det borde finnas fler VC som har asyluppdraget för att minska köbildningen.

## Kompetensutveckling

De intervjuade beskrev behov av kompetensutveckling och handledning i förhållande till sitt uppdrag. Önskemål framfördes om att få mer information om själva *asylprocessen* som asylsökande och nyanlända går igenom samt vad som gäller i olika praktiska avseenden som personen måste handskas med. De flesta av de intervjuade har inte fått någon utbildning i detta, bara information via kollegorna. De asylsökande som kommer till HU har ibland frågor, som det vore bra att förmå ge något svar på, eller kunna hänvisa vidare. De flesta anser att de får tillräcklig *kulturkompetens* efter hand genom att träffa asylsökande och genom att läsa på om olika aspekter. Men några beskrev behov av fördjupad kunskap för att undvika kulturkrockar. Det vanligaste önskemålet som lyftes fram av de intervjuade, när det gäller kompetensutveckling, var att få mer kunskap om *psykisk ohälsa*. Det inbegrep identifiering av de personer som mår psykiskt dåligt, hur man kan samtala kring detta och sedan bedöma om vidare hjälp behövs. Några ansåg att de själva skulle kunna ha stödsamtal, om de hade mer kunskap om psykisk ohälsa och samtalsmetodik. Då skulle asylsökande och nyanlända kunna erbjudas återbesök till sjuksköterskan, istället för att de bokas in till en annan vårdnivå.

*"Mer av just det här med psykisk ohälsa, hur man kan liksom prata kring det och... så det blir lite mer, jag vet inte, mer naturligt att ta upp och få patienten att berätta mer och så där, det har ju inte vi i vår utbildning så mycket, inte tillräckligt kan jag tycka." (INT7)*

### 4.3.6 Övrigt

De ensamkommande barnen

Oftast försöker sjuksköterskorna prata enskilt med de ensamkommande barnen under hälsosamtalet. Några av de intervjuade berättade att en del av de ensamkommande barnen kan ha en svår situation hos dem som de bor hos, i familjehemmet, och sägs inte vilja tillbaks dit, vilket kan kännas tungt.

Smittskyddsaspekter

Samtliga säger att de arbetar utifrån framtagna riktlinjer, men frågor ställs även kring flyktvägar, vistelse i flyktingläger etc. En del uppges inte vilja prata om det, men då tar man oftast ett test för mycket. Dessutom utgår personalen ifrån de symtom som finns. Om personen ifråga hostar mycket kan ett tuberkulostest tas, även om personen ifråga inte kommer från ett riskland. Spår efter BCG vaccination undersöks.

## 4.4 Delstudie III: Asylsökande och nyanlända

### 4.4.1 Hinder vid informationsöverföring

Beroende av andra informationskanaler

Respondenterna upplevde att informationen om hälsoundersökningen inte var tillräcklig och ett hinder var att kallelsen till hälsoundersökningen var skriven på svenska<sup>1</sup>. De var ofta tvungna att förlita sig på släktingar, vänner eller personal på boendet för översättning. De upplevde att det hade varit till deras fördel om kallelsen hade skickats

---

<sup>1</sup> Under perioden 2011-2014 utarbetades en ny kallelse till HU för asylsökande och nyanlända under projektet "Förbättrade hälsoundersökningar för migranter". Den finns översatt till nio olika språk och kan användas och används fritt av landstingen. Denna kallelse är tänkt att användas, men det är möjligt att de som har intervjuats fick sin kallelse innan detta hade implementerats i landstingen. Se bilaga.

på deras modersmål, eller eventuellt på svenska följt av översatt version på deras språk. Språkliga hinder identifierades som centrala, men också att de var tvungna att förlita sig på andra individer i sin omgivning som hade kunskap och förståelse i förhållande till svenska språket.

*"Brevet var på svenska, min faster översatte det till mig. Det skulle ha varit mer lämpligt om brevet varit på arabiska eller engelska. Vissa människor har ingen i sin omgivning som kan hjälpa till med översättningen och Google kan man inte alltid förlita sig på." (Somalia, 30)*

*"En person på boendet hjälpte mig och berättade om tidsbokningen." (Afghanistan, 18)*

Otydlig information

I kallelsen till HU anses det inte framgå på ett tydligt sätt att HU är frivillig, utan endast att det är ett "erbjudande"<sup>2</sup>. Formuleringen kunde av respondenterna upplevas som missvisande och öppna upp för fria tolkningar. Merparten av respondenterna uppfattande emellertid inte HU som frivillig. En del visste inte om den var frivillig eller inte. De intervjuade upplevde oftast att innehållet i kallelsen gav en någorlunda god uppfattning om vad som erbjöds, men det fanns lite olika förväntningar. Vissa trodde att de skulle få en heltäckande genomgång av sin hälsa, medan andra endast förväntade sig provtagning.

*"Ingen berättade något för mig, men det sätt de formulerar sig på får en att tro att det är obligatoriskt. De skriver att det är en bokning med exakt tidpunkt och plats för hälsoundersökningen, vilket innebär att vi måste göra den." (Syrien, 37)*

*"De borde förklara syftet med hälsoundersökningen för den berörda personen, jag menar varför gör vi det här." (Syrien, 37)*

*"Jag visste inte om det var obligatoriskt, men alla gjorde hälsoundersökningen och jag trodde att jag var tvungen göra det för att bli medveten om min hälsa." (Afghanistan, 18)*

#### 4.4.2. Faktorer som underlättade genomförandet av HU

Tillgänglighet

Majoriteten av asylsökande i Stockholm län bor i eget boende med släktingar eller andra närstående, EBO. De flesta som intervjuades i denna studie bodde emellertid i anläggningsboenden anordnade av Migrationsverket, ABO. Tillgången till HU ansågs av just dessa respondenter vara bra och underlättades framförallt av hjälp från personalen som arbetade på asylboendet samt god man eller närstående.

*"Personalen på mitt boende hjälpte mig, de tog mig till vårdcentralen." (Afghanistan, 19)*

En viktig faktor som ökade tillgängligheten till HU för dem som bodde ABO var de mobila teamen, då vårdpersonal från asylmottagningen vid vårdcentralen åker ut till asylboendet och genomför HU på plats.

*"Det är bra att man kan göra det på asylboendet, det finns folk som inte kan lämna boendet så det är en bra ide att de kan göra provtagning här. Det gör det*

---

<sup>2</sup> I vilken omfattning mallen för kallelse används i sin helhet är inte möjligt att bedöma här, och enskilda landsting kan formulera sina egna kallelser.

*lätt för personer så att de inte behöver gå till vårdcentralen. Vissa har barn och andra omständigheter som hindrar dem från att besöka vårdcentraler.” (Syrien, 35)*

Interaktion med vårdpersonal

Respondenterna uttryckte i de flesta fall nöjdhet med vårdpersonalens bemötande. De upplevde att de visade respekt, var lyhörda och hade ett intresse för deras hälsa och välmående. Majoriteten av de intervjuade ansåg också att interaktionen med tolken fungerade väl under HU och var tillfredsställda med deras insats.

*”Interaktionen och samtalet med sjuksköterskan var fantastiskt, väldigt bra, respektfullt, det var bra.” (Syrien, 23)*

*”Sättet de gjorde hälsoundersökning på var bra, läkaren som tog blodproven pratade med mig, hon var bra, hon är en bra läkare.” (Tunisien, 48)*

#### **4.4.3 Faktorer som det fanns ett visst missnöje med**

Individuella samtalet – envägskommunikation

Det individuella samtalet sågs av många respondenter som en envägskommunikation, snarare än en dialog mellan vårdpersonalen och den asylsökande eller nyanlände. Några upplevde också att de fick otillräcklig information om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. En del önskade mer information kring tandvård och andra kring hur man förbygger smittsamma sjukdomar.

*”Jag hade många frågor, men jag fick inte dem besvarade. Till exempel frågor kring munhälsa och tandvård.” (Irak, 22)*

*”Vi försökte få information från dem, men det var svårt att få svar. Det borde vara så att de ger information kring hur systemet fungerar och berättar om våra rättigheter.” (Syrien, 37)*

*”De gav mig inte tillräckligt mycket information, de frågade mig bara vad för sjukdomar och allergier jag och mina barn hade. De borde ha berättat mera för mig, jag vill få information från dem och inte från andra personer.” (Palestina, 34)*

Provtagning – målet med HU

Provtagningen uppfattades av många av respondenterna som det huvudsakliga målet med HU och att vårdpersonalen främst var intresserad av att undersöka och kontrollera eventuella föreliggande smittsamma sjukdomar. Majoriteten av de asylsökande och nyanlända var inte medvetna om vilka provtagningar som tagits och vad dessa syftade till. De önskade även bättre uppföljning och återkoppling av provresultaten, även i de fall då negativt resultat hade påvisats.

*”De borde engagera sig mer i patienten, en uppföljning behövs.” (Irak, 22)*

*”Om de nu tar ett blodprov så borde de kunna få svar fort och följa upp med personen i fråga. Om jag inte får några provresultat ifrågasätter jag vikten och nyttan.” (Eritrea, 27)*

Kroppsundersökning – inte utförd

Ingen av respondenterna sa att de fick en kroppslig undersökning under HU. Ett flertal ansåg att det var en viktig aspekt som missades och att den undersökningen borde

utföras i syfte att upptäcka sjukdomar eller tillstånd som man själv kanske inte är medveten om.

*"Hälsoundersökningar borde inte bara innefatta provtagning, det borde vara en läkare där som kan göra en kroppsundersökning och undersöka om man har något." (Syrien, 37)*

*"Sjuksköterskan undersökte inte mig kroppsligt, hon undersökte mig inte överhuvudtaget." (Syrien, 27)*

#### **4.4.4 Nyttan och värdet av hälsoundersökningen**

Samtliga respondenter rekommenderade hälsoundersökningen till andra som ännu inte hade genomgått den. Alla ansåg att HU fyllde en viktig funktion för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. Flera uttryckte en rädsla för att ha smittats under flyktvägen, och vissa tyckte att HU borde göras i ett tidigt skede. Genom HU kunde de förhoppningsvis bli försäkrade om att de inte hade några smittsamma sjukdomar. De upplevde även att detta var bra för människor i deras omgivning, särskilt då man delade boende med många andra. Flera önskade att HU skulle vara obligatorisk.

*"Det är jätteviktigt och de borde fokusera mera på det, speciellt för de som inte vill göra en undersökning. Hälsoundersökningen borde vara obligatorisk, det är bra att vara medveten om sin hälsa. Detta kan skydda mig och andra." (Syrien, 34)*

*"Det är bra, speciellt för sådana som delar boende med andra utifall att det skulle finnas sjukdomar som man inte är medveten om. Självt bor jag med 5 andra kvinnor, vi är 6 personer i ett rum." (Tunisien, 48)*

*"Jag har ännu inte fått en inbjudan men jag tycker att hälsoundersökningen är viktig med tanke på den långa flyktvägen, nu skulle jag vilja gå till en privat klinik och betala bara så de kan undersöka min hälsa." (Afghanistan, 35)*

## 5. Slutsatser

Hälsoundersökningen erbjuder en möjlighet till provtagning för smittsamma sjukdomar, identifiering av psykisk ohälsa och andra hälso- och sjukvårdsbehov, hälsofrämjande insatser, samt information till asylsökande och nyanlända om det svenska sjukvårdssystemet. En missad HU kan eventuellt få konsekvenser såväl för den enskilde som för samhället. Särskilt när det gäller smittskydd kan en försenad eller utebliven HU eventuellt innebära en samhällsrisk.

Problemet med låg täckningsgrad har diskuterats under en längre tid. Våra preliminära analyser tyder på att det främsta problemet är att nå ut med relevant information om HU till asylsökande. Från tillgänglig data förefaller inte bristande motivation bland asylsökande vara det stora problemet för att nå optimal täckningsgrad. De preliminära analyserna tyder på att personer från de länder som bidrar med flest asylsökande (Afghanistan, Syrien och Irak) i regel kommer till HU när de kallas. Även om andelen som kommer till HU är mycket låg bland asylsökande från vissa andra länder förefaller det som att de största grupperna i hög utsträckning är villiga att genomgå HU. Det har diskuterats huruvida HU bör vara frivilliga eller obligatoriska [41]. Det verkar emellertid vara viktigare att utveckla effektiva informationskanaler än att införa ett obligatorium. I det avslutande avsnittet nedan ger vi förslag på sådana åtgärder.

Att sträva efter hög täckningsgrad är endast relevant om HU svarar mot ett reellt behov, om de har relevant innehåll och erbjuder effektiva åtgärder vid behov. Huruvida HU i dess nuvarande form är en välfungerande plattform för effektiva och kostnadseffektiva preventiva och hälsofrämjande interventioner är oklart. Även samhällsnyttan av systematisk screening för smittsamma sjukdomar har ifrågasatts [31,42]. Hälsobehoven och hälsoundersökningarnas innehåll behöver kartläggas bättre och effekter och kostnadseffektiviteten behöver utvärderas vetenskapligt.

Det råder ingen tvekan om att psykisk ohälsa är ett stort problem bland asylsökande. Det verkar finnas behov av ytterligare standardisering av HU och ytterligare utbildning av berörd vårdpersonal i detta avseende. Detta har tidigare noterats och SKL med flera har tagit fram utbildningsmaterial och arbetssätt. Men det är oklart om HU är den bästa plattformen för att identifiera och åtgärda psykisk ohälsa.

En övergripande utmaning för handläggning av såväl psykisk som somatisk ohälsa är att det råder oklarhet om vilken vård som kan erbjudas inom ramen för "vård som inte kan anstå". Tydligare riktlinjer och uppföljning av viken vård som i praktiken erbjuds behövs. En jämlik vårdtillgång behöver säkerställas, åtminstone inom gruppen asylsökande.

## 6. Vägen fram

Det projekt som redovisas här är ett bland flera som syftar till att bidra med kunskap om hur man kan förbättra hälsoundersökningarnas täckningsgrad och innehåll. Det har pågått och pågår olika utvecklingsarbeten som rör hälsoundersökningar av migranter, både på nationell och på regional nivå. Adlongruppen som är en organisation bestående av sju landsting och en region i samverkan har tidigare arbetat med projektet "Förbättrade hälsoundersökningar för migranter" som bland annat har utmynnat i en ny kallelse till HU som har översatts till flera språk, utbildningsaktiviteter mm. [43]. De har även samverkat med Folkhälsomyndighetens EU-finansierade projekt "Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar av asylsökande" som nu är avslutat och har lett till ett flertal rapporter och artiklar [44]. I slutet av 2015 identifierade SKL behov av regeländringar bland annat med anledning av det stora antalet migranter som sökt asyl i Sverige [45]. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har i samverkan med SKL arbetat med ett regeringsuppdrag som handlar om att stödja landstingen och utveckla arbetet med att erbjuda HU till asylsökande, ett arbete som fortfarande pågår [22]. Utifrån dessa utvecklingsarbeten och våra egna fynd ger vi nedan förslag på möjliga förbättringsåtgärder i Stockholms län, vilka även kan vara relevanta för andra landsting och regioner.

### Hälsoundersökningarnas innehåll

Provtagning för smittsamma sjukdomar och den somatiska delen av samtalet beskrevs sällan som problematiskt, förutom att några av brukarna önskade en omfattande somatisk undersökning. Eftersom det saknas god evidens för ospecifik screening finns det emellertid inte anledning att införa ytterligare somatiska undersökningar, utan detta bör som nu ske på specifika indikationer. Däremot skulle samtalsmallen för HU kunna standardiseras ytterligare för att säkerställa att redan diagnostiserade sjukdomar fångas upp och att adekvat behandling och uppföljning erbjuds.

I nuläget används olika samtalsmallar vid olika vårdcentraler, vilket leder till en variation kring hur uppdraget genomförs, både på lokal och nationell nivå. En standardiserad mall för HU, gemensamma rutiner och praxis för genomförandet av HU skulle eventuellt leda till bättre kvalitet, samt öka möjligheterna till att dokumentera, utvärdera och kvalitetssäkra HU på ett samlat plan. Detta kan särskilt vara av värde för den del av HU som handlar om psykosocial hälsa. Denna del av HU uppfattades av en del av vårdpersonalen vara svår att hantera och symtom på psykisk ohälsa förekommer inte sällan hos asylsökande och nyanlända [7]. Både på organisatorisk nivå och bland vårdpersonalen lyftes vikten av att ge mer utrymme för samtal kring psykisk ohälsa fram. Flera landsting har implementerat ett screening-instrument som används under HU för att identifiera och fånga upp psykisk ohälsa. Nyttan av sådan screening behöver dock utvärderas. Viktigt i sammanhanget är även att erbjuda adekvat behandling och uppföljning vid behov. [2]

I de intervjuer som genomförts med personal som genomför HU framkom att det känns viktigt att samtala om livsstilsfrågor, men att det ofta inte finns tillräckligt med tid för detta. SKL har i en pilotstudie i Värmlands landsting kommit fram till att asylsökande har behov av kunskap om en hälsofrämjande livsstil samt information om den svenska hälso- och sjukvården [37]. Frågan är om denna del av samtalet bör ges mer tidsutrymme, eller ingå i ett uppföljande samtal, eller om det är mer effektivt att göra hälsofrämjande insatser utanför HU. Att ta upp livsstilsaspekter såsom kost, motion och

tobak ingår i vårdcentralens ansvar, men andra aktörer kan även beröra dessa aspekter när de möter migranter inom olika arenor. Att endast vid ett enstaka tillfälle ta upp livsstilsfrågor har dock en begränsad effekt [27]. Hälsokommunikatörerna som verkar inom Stockholms läns landsting har goda förutsättningar för att bedriva detta arbete löpande och på en bredare front inom flera olika arenor [20]. Inom kommunerna finns möjlighet att bygga in sådan kunskapsförmedling såväl inom ramen för Samhällsorienteringen samt SFI-undervisningen.

Bättre information om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och var man kan söka vård var också något som migranterna som intervjuades inom ramen för föreliggande studie önskade sig. Det gäller kanske i större utsträckning dem med begränsade kontakter i det svenska samhället [18]. Vid vissa vårdcentraler delas skriftlig information ut om detta, och detta är en åtgärd som skulle kunna standardiseras vid alla relevanta mottagningar.

## Information

### Information om HU till asylsökande

Betydelsen av muntlig och skriftlig information om HU tidigt i asylfasen som en del i att motivera till deltagande vid HU lyfts ofta fram [37]. Även i föreliggande studie i intervjuerna med aktörerna framkom att det vore bra om man i ett tidigt skede av asylprocessen kunde informera om HU på Migrationsverket, helst individuellt via tolk. Inom ramen för informationen som ges till asylsökande av Migrationsverket skulle det kunna förtydligas vad HU innebär mer konkret vad gäller syftet, vad som ska ske, vem som genomför undersökningen/samtalet liksom den sekretess som råder [2,14,44].

Fler aktörer, såväl professionella som andra som kommer i kontakt med målgruppen, skulle även kunna informera om HU på ett strukturerat sätt. Exempelvis skulle personal som arbetar vid anläggningsboenden, Arbetsförmedlingen samt invandrarföreningarna kunna ta ett ansvar för detta. Dessutom finns andra inom kommunerna (personal vid ungdoms- och fritidsgårdar, socialtjänsten och de som håller i föräldragrupper med flera) som träffar dem som har fått uppehållstillstånd. Det skulle även vara intressant att kartlägga närmare hur man arbetar med detta inom andra län. Migrationsverket som informationskanal är således endast en av flera potentiella aktörer som kan informera om HU. Migranter har även själva uttryckt önskemål om att få information om HU via de föreningar/organisationer som hjälper asylsökande och flyktingar i Sverige [17]. Det har också framkommit att många inte vet varför de blivit kallade och att det är frivilligt att delta [17,19,44] liksom att de förväntningarna som finns på HU inte alltid uppfylls. De asylsökande kan ha fått denna information i något sammanhang, men det kan ha gått lång tid sedan dess och eftersom de får mycket samhällsinformation från Migrationsverket när de söker asyl är det lätt hänt att informationen om HU försvinner i mängden. Alla deltar heller inte vid de informationsträffar som hålls vid Migrationsverket.

Personal vid vissa vårdcentraler uppgav att de fortfarande har lång kö för att få komma till HU, men om man kontaktar vårdcentralen själv kan man få gå före i kön. Några av de intervjuade tog upp att det vore bra att kunna skicka sms eller ringa när man ska påminna om HU, men för det behövs ett medgivande. Det finns också önskemål om att kallelsen ska gå att få på fler språk. Nu går den att få på fler språk än tidigare, men en del ansåg att det också vore bra om man själv kunde välja språk i VeraAsyl/Hälsoplan. Det är inte alltid modersmålet är detsamma som det talade språket.



### **Information om provresultat efter HU**

Återkoppling av provresultat, även sådana som inte är avvikande, var något som efterfrågades av de migranter som intervjuats. Idag finns endast ett avtal kring att svar ska ges till dem som har positiva provresultat samt till alla som genomgått en lungröntgen, oavsett om det är avvikande resultat eller inte. Information även om alla negativa provresultat skulle dock kräva mer resurser vid VC. Migranterna borde ändå kunna få dokumentation om vilka prover som tagits under HU och även ges möjlighet att få provsvaren om de själva tar kontakt med VC.

### **Information till vårdpersonal**

Det beskrevs en osäkerhet kring hur man ska hantera ensamkommande barn som man misstänker far illa i sina familjehem. Orosanmälan ska då göras till Socialtjänsten, vilket bör förtydligas.

Det kan även behövas förtydligad information till samtliga vårdcentraler och husläkarmottagningar inom länet om asylmottagningarnas uppdrag. Andra VC beskrevs exempelvis hänvisa migranter till asylmottagningarna när det gäller vanliga läkarbesök. Det uppgavs också förekomma att privata aktörer genomför HU, vilket komplicerar för asylmottagningarna.

Kompetensutveckling efterfrågas av dem som arbetar med HU om den asylprocess som migranterna genomgår, migranternas kulturer, psykisk ohälsa och någon nämnde även smittskydd. Det har visats att den personal som arbetar med HU kan känna sig begränsad i sin kunskap om människor från andra kulturer [2,19]. SKL har genomfört en utbildningsinsats kring migration och hälsa inom samtliga regioner och landsting i Sverige [46]. Där framkom att verksamhetsföreträdarna upplevt behov av förstärkta insatser till asylsökande och/eller nyanlända i synnerhet kring utbildning för personal om migration och psykisk hälsa, hälsoinformation (material och arbetssätt för att ge) samt förebyggande insatser, vilket ligger i linje med föreliggande undersökning.

### **Information mellan aktörerna**

I de intervjuer som genomförts med aktörerna framkom det bristande samverkan inom sjukvården och mellan sjukvården och andra verksamheter. Remisser skickas ofullständiga mellan enheter, kommunikationen är bristfällig och det förefaller finnas okunskap kring vad olika verksamheter har för uppdrag. Flera olika verksamheter är involverade i hälsoundersökningarna och detta kräver samverkan. Socialstyrelsen bedömer att samverkan mellan vården och andra aktörer kring genomförandet av HU är av vikt för att kunna bemöta vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända [2]. I dagsläget saknas tydliga riktlinjer, gemensamt ansvar och ett helhetsgrepp för att möta dagens utmaningar [2].

## **Jämlik vård**

Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för "Vård som inte kan anstå". Begreppet beskrivs dock vara svårtolkat. Främst är det människovärdesprincipen som är svår att tolka och översätta i praxis. Det skulle således behövas en analys av skillnader i tolkning och tillämpning av begreppet inom hälso- och sjukvården generellt. Detta för att kunna bedöma om den nuvarande definitionen leder till ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård inom gruppen asylsökande beroende på *var* man söker hjälp och *vilken* person man möter. Sex landsting har exempelvis beslutat att erbjuda utökad vård till asylsökande på samma villkor som till övriga befolkningen, av etiska och moraliska skäl [2].

Kostnaden för resan till asylmottagningen kan vara en anledning till uteblivet besök, i synnerhet om personen ifråga bor långt ifrån denna vårdcentral. Detta kan också leda till ojämlikhet, då personer med sämre tillgångar missgynnas. I vissa län bekostas resan för att komma till den VC som genomför HU [43]. Något liknande system skulle även kunna utvecklas för Stockholms län.

Asylsökande får automatiskt en kallelse till HU, men övriga migrantgrupper såsom kvotflyktingar och anhöriginvandrare får inte någon kallelse, vilket leder till en ojämlik tillgång till vården. Landstingen kan inte i dagsläget erbjuda anhöriginvandrare och kvotflyktingar HU systematiskt eftersom de inte får uppgifter om vilka de är [45]. Sådana uppgifter meddelas kommunen men inte landstingen. Det är därför svårt att fånga upp dessa migrantgrupper samt dem som har fått uppehållstillstånd, men ännu inte genomgått en HU (vilket kan göras inom 1 år efter att man har fått uppehållstillstånd). Att informera dessa grupper i ökad utsträckning om möjligheten att genomgå en HU inom lika arenor (se ovan) kan vara en väg framåt.

Barnombudsmannen har tagit fram en skrift som benämns "Nyanlända barns hälsa" [47]. I den framkom att skolsköterskor och BVC-sjuksköterskor anser att barn ofta inte har fått någon HU före sin kontakt med elevhälsan, trots att de har vistats länge i Sverige. Det beskrivs även att barn inte känner till att de har rätt till hälso- och sjukvård och även har nekats vård. Detta leder till en ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård. I rapporten föreslås förändringar bland annat i form av ett bättre informationsflöde mellan elevhälsan och landstingets hälso- och sjukvård för att säkerställa att alla barn får en HU med likvärdigt innehåll oavsett var i landet de vistas.

## Uppföljningssystem för att utvärdera nyttan

Syftet med hälsoundersökningen är att identifiera eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder, samt att informera om tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård. I dagsläget skulle en analys av nyttan med hälsoundersökningarna för såväl den enskilde som för samhället behövas där nyttan ställs i relation till vad det kostar att administrerar och genomföra HU. Riktade hälsoundersökningar med syfte att upptäcka och behandla vissa somatiska och psykiska vårdbehov i ett tidigt skede, att lotsa migranten till rätt vårdnivå och att ge information om en hälsosam livsstil är rimligtvis till nytta för såväl individen som samhället. Breda HU saknar vetenskapligt stöd och kostnadseffektiviteten även av riktade hälsoundersökningar är oklar, särskilt då specifik uppföljning av fynd saknas. Tidpunkten för när en HU genomförs är i detta sammanhang av betydelse, till exempel vad gäller att minska smittspridningen i samhället. Den psykiska hälsan riskerar att försämrans under asylprocessen och förslagsvis skulle en tidig screening med uppföljning vara ett sätt att förbättra utfallet, men även detta behöver utvärderas och måste ställas i relation till de faktiska kostnaderna för dessa insatser. Det skulle således behövas en hälsoekonomisk analys på detta område.

Den information som framkommer via HU kan användas bättre för uppföljning, kvalitetssäkring och utvärdering, något som Socialstyrelsen också framhåller i en rapport kring hälso- och sjukvården för asylsökande [2]. I den rapporten identifieras två av de viktigaste utmaningarna, nämligen att innehållet i HU varierar och att det finns begränsad kunskap om hälsoundersökningarnas utfall. Möjligheten att ta tillvara kunskap om vårdbehov och hälsostatus bland asylsökande, som kan användas som planeringsunderlag, förfaller vara outnyttjad. Genom HU finns goda möjligheter att få kunskap om ohälsa i berörda grupper och prognostisera hälsoutvecklingen. Sådan

information skulle kunna användas i syfte att identifiera möjliga preventiva insatser vad gäller infektionssjukdomar, psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och förebyggbar sjuklighet. I nuläget är förutsättningarna att planera framtida vårdbehov begränsade. Folkhälsomyndigheten har i samverkan med Socialstyrelsen, SKL och Västra Götaland påbörjat en registerbaserad analys kring hälsoutvecklingen bland asylsökande i syfte att prognostisera långsiktiga vårdbehov för att identifiera möjliga preventiva insatser. Analysen avser asylsökande som anlände 2015–2016 från Syrien, Afghanistan och Irak. Data till analysen kommer att extraheras från befintliga register som Socialstyrelsens dödsfallsregister, Folkhälsomyndighetens register för anmälningspliktiga sjukdomar samt Statistiska centralbyråns STATIV [48].

En ytterligare standardisering av journalmallen för HU (i Stockholm används journalsystemet TakeCare vid samtliga berörda vårdenheter och det finns en särskild journalmall för HU) med fler strukturerade underrubriker och moduler, samt fler direkt sökbara variabler skulle betydligt underlätta uppföljning av innehåll och utfall. Detta skulle även kunna ge baslinjedata för att följa upp hälsoutvecklingen bland asylsökande på längre sikt. För att detta ska vara möjligt krävs emellertid att ett samordningsnummer införs för asylsökande som saknar personnummer. Asylsökande kan ha flera reservnummer och olika landsting använder olika reservnummer, vilket medför svårigheter att få en samlad bild av givna och pågående vårdinsatser, vilket påverkar patientsäkerheten. Ett samordningsnummer skulle kunna användas av samtliga aktörer inom såväl statliga myndigheter, landsting och kommuner. Detta skulle även underlätta informationsöverföringen mellan myndigheter och bidra till bättre kontinuitet och uppföljning av vårdkonsumtionen.

# Referenser

1. Migrationsverket. Asylsökande till Sverige under 2000–2016. [Internet] Tillgänglig på:  
<https://www.migrationsverket.se/download/18.585fa5be158ee6bf362fd2/1485556063045/Asyls%C3%B6kande+till+Sverige+2000-2016.pdf>
2. Socialstyrelsen (2016). Hälsa- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016.
3. Migrationsverket. Beviljade uppehållstillstånd efter grund 2009-2016. [Internet] Tillgänglig på:  
<https://www.migrationsverket.se/download/18.585fa5be158ee6bf362fd0/1485556063035/Beviljade+uppeh%C3%A5llstillst%C3%A5nd+2009-2016.pdf>
4. World Health Organization. Population movement is a challenge for refugees and migrants as well as for the receiving population (2015) [Internet]. Tillgänglig på:  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population>.
5. Socialstyrelsen (2015). Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården. ISBN 978-91-7555-269-9 . Artikelnummer 2015-1-19
6. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1 ISBN: 978-91-983684-0-6
7. Hollander A-C, Bruce D, Burström B, Ekblad S. gender related mental-health differences between refugees and non-refugee immigrants- A cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*. 2011, 11(1):180.
8. Hollander A-C, Bruce D, Burström B, Ekblad S: The association between immigrant subgroup and poor mental health- A population-based register study. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Aug; 201(8):645-52.
9. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride James B, Dalman C, et al. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1, 3 million in Sweden. *BMJ*. 2016;352:i1030.
10. Ekblad S, Lindgren J, Asplund M, Burström B. (2012). Existentiell osäkerhet ökar sårbarheten för psykisk ohälsa – analys av hälsosamtal bland vuxna asylsökande och kvalitativa intervjuer med flyktingar. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 2, 150-60.
11. Ikonen, A-M. (2015). Perspektiv på etableringsprogrammet hälsa och välbefinnande [Internet] Tillgänglig på:  
<http://www.lansstyrelsen.se/vasternorrland/SiteCollectionDocuments/Sv/manniska-och-samhalle/integration/perspektiv-pa-etableringsprogrammet-halsa-och-valbefinnande-milsa-2015.pdf>
12. Folkhälsomyndigheten (2015). Människor på flykt – vägledning om smittskydd till hälso- och sjukvården. Reviderad version 2015-11-16.
13. Lönnroth K, Mor Z, Erkens C, Bruchfeld J, Nathavitharana R, Van der Werf M, Lange C. Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology,

- determinants and interventions. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2017 (accepted).
14. Lobo Pacheco L, Jonzon R, Hurtig A. Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives. *PLOS ONE*. 2016;11(9):e0161842.
  15. Mårtensson L, Hensing G. (2011). Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108, 2718-20.
  16. Wängdahl, J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2014; 14:1030.
  17. Wängdahl, J. Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande. Socialmedicinsk rapportserie Institutionen för folkhälso- och värdvetenskap 2014-09-04 ISSN 1402-7070.
  18. Wängdahl, J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling, R. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers – a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2015; 15(1).
  19. Folkhälsomyndigheten (2014). Hälsoundersökning av nyanlända migranter ur ett triadperspektiv. En explorativ studie bland sjukvårdspersonal, asylsökande och tolkar i Norra Sverige.
  20. Bäärnhielm S, Hussein H, Baker U, Allebeck P. Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen*. 2013;1–3.
  21. Regeringskansliet. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Svensk författningssamling 2008:344. [Internet] Tillgänglig på: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at\\_sfs-2008-344](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at_sfs-2008-344)
  22. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten (2016). Delrapportering av regeringsuppdrag. Stöd till genomförande av hälsoundersökningar, 2016-04-27. Dnr Folkhälsomyndigheten: 04321-2015 Dnr Socialstyrelsen: 146/2016
  23. Socialstyrelsen. Senaste version av SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. [Internet] Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11>
  24. Smittskydd Stockholm. Stockholm Läns Landsting. Tester som ingår i en hälsoundersökning. 2016-05-09. [Internet] Tillgänglig på: <http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/smittskydd/asyl-halsundersokning/tester-som-ingar-i-en-halsundersokning.pdf>
  25. Regeringskansliet. Förordning (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande. [Internet] Tillgänglig på [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-19961357-om-statlig-ersattning-for\\_sfs-1996-1357](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-19961357-om-statlig-ersattning-for_sfs-1996-1357)  
Senast besökt:170119
  26. Sveriges Kommuner och Landsting. Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2015. PM 2016-08-25. Vårt dnr: 16/04417
  27. Grooten W, Kader M, Bergström G, Hermansson U, Kwak L, Schäfer Elinder L, Wählin C Jensen I. (2014) Effekter av hälso- och levnadsvaneundersökningar. Vad säger den vetenskapliga evidensen? Rapport. Karolinska institutet.

28. SBU (2013). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Generella hälsokontroller för vuxna. [Internet] Tillgänglig på: [www.sbu.se/2013\\_05](http://www.sbu.se/2013_05)
29. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345 e7191-e7191.
30. Holland W. Periodic Health Examination – A brief history and critical assessment. *EuroHealth* 2009;15(4).
31. Wilson JMG, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO; 1968.
32. Socialstyrelsen. "Vård som inte kan anstå". [Internet] Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardochtrandvard/vilkenvardskaerbjudas/vardsomintekanansta>.
33. Prioriteringscentrum. (2014) . Vård som inte kan anstå– Tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppnaprioriteringar. ISSN 1650-8475
34. Socialstyrelsen. (2014). Vård för papperslösa Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. ISBN 978-91-7555-161-6.
35. Jamilette M. (2011). Hälsoundersökning av asylsökande i Stockholms län. Pilotstudie 1/5 – 3079, 2010. Smittskydd Stockholm. Stockholm läns landsting. DOI:10.1371/journal.pone.0161842.
36. Jonzon R, Lindkvist, P, Johansson E. (2015). A state of limbo – in transition between to contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers. *Scandinavian Journal of Public Health*. DOI: 10.1177/1403494815576786.
37. Sveriges Kommuner och Landsting (2016). Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Kortversion slutrapport förstudie, 2016-03-31.
38. Migrationsverket. Personer boende i Migrationsverkets mottagningssystem. [Internet] Tillgänglig på: <https://www.migrationsverket.se/download/18.7c00d8e6143101d166d7da/1485556053924/Inskrivna+personer+i+Migrationsverkets+mottagningssystem.pdf>
39. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
40. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
41. Sonesson J. (2015). Orimligt att nyanländas hälsokontroller är frivilliga. Dagens Samhälle, 2015-11-10.
42. Lönnroth K, Mor Z Erkens C, Bruchfeld J, Nathavitharana R, van der Werf M, Lange C. (2017). Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. *Int J Tuberc Lung Dis*. (in press)
43. Rostedt A. (2014). Slutrapport. Adlongruppens projekt "Förbättrade hälsoundersökningar för migranter" (MIG-projektet). Adlongruppens kunskapscenter.

44. Folkhälsomyndigheten (2014). Möten om hälsa. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter.
45. Sveriges kommuner och landsting (2015). Behov av regeländringar med anledning av flyktingsituationen. PM 2015-12-16.
46. Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända. Slutrapport S2015/06414/FS (DNR 16/03142).
47. Barnombudsmannen (2017). Nyanländas barns hälsa. Stockholm.
48. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2017). Stöd till genomförande av hälsoundersökningar. Slutredovisning av regeringsuppdrag S2015/07981/FS (delvis).

# Bilaga

## Adlongruppens kallelse till hälsundersökning\*

Som nyanländ i Sverige är du välkommen till en hälsundersökning

Datum och tid:

Adress:

Du kommer att få träffa sjuksköterska:

Om hälsundersökningen:

Syftet med hälsundersökningen är att erbjuda dig en genomgång av din hälsa. Tolk på ditt språk beställs till besöket. I hälsundersökningen ingår samtal och provtagning. Hälsundersökningen är ett erbjudande och gratis för dig. Resultatet av hälsundersökningen påverkar inte din möjlighet att få stanna i Sverige. Migrationsverket får inte ta del av resultatet av hälsundersökningen. Kontakta oss så fort som möjligt om du inte kan komma denna tid. Vi kan då boka in en annan tid om du vill.

Ta med följande dokument (om du har):

- en giltig id-handling
- LMA-kort
- vaccinationshandling

Välkommen!

\*Kallelsen finns översatt till arabiska, dari, engelska, romani, ryska, spanska, somaliska, thai och tigrinja. Kallelsen finns i fyra olika versioner beroende på vem som genomför hälsundersökningen och om landstinget bekostar resa till hälsundersökning.





ISBN 978-91-87691-48-5



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING