



Folkhälsomyndigheten

VÄGLEDNING INFÖR
HÄLSOundersÖKNINGAR FÖR MIGRANTER

Möten om hälsa



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska flyktfonden

Innehåll

Inledning	5
Hälsa – en mänsklig rättighet	7
De internationella konventionerna	9
Det europeiska regelverket	10
Svensk lag	10
Hälsundersökningar för asylsökande – bra för alla	14
Varför kommer inte fler till hälsundersökning?	17
Hur informationen om hälsundersökningen uppfattas	18
Hur hälsundersökningen upplevs – ett missat tillfälle?	21
Vägen till en bra hälsundersökning	23
Bygga broar – mellan Migrationsverket och landstingen	24
Bygga broar – mellan Sverige och de nya invånarna	28
Olika landsting – olika lösningar	39
Vägen framåt	43
Samverkansarbetet	43
Mötena med de asylsökande och andra migranter	44
Informationsstrukturerna	45
Avslutande ord	46
Referenser	47

Inledning

Denna vägledning handlar om möten mellan asylsökande och tjänstemän vid myndigheter och personal inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet och hur denna rätt ska kunna förverkligas inom ramen för den hälsoundersökning som asylsökande ska erbjudas snarast efter att ha kommit till Sverige. I vägledningen används begreppen asylsökande, flyktingar och migranter eftersom också andra grupper än asylsökande erbjuds en hälsoundersökning.

Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka ohälsa och erbjuda vård och smittskydd som är bra för både den enskilde och för samhället. Det är också ett viktigt tillfälle för att ge information om svensk hälso- och sjukvård.

Vägledningen är producerad inom ramen för projektet ”Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar av asylsökande”, med

stöd från Europeiska flyktingfonden, nr E85-292. Projektets övergripande syfte har varit att öka genomförandegraden av hälsoundersökningar bland asylsökande. Det har även varit viktigt att samla ny kunskap genom studier om målgruppen, hur migranterna själva uppfattat erbjudandet om hälsoundersökningen. Men även hur Migrationsverket och hälso- och sjukvården arbetat med hälsoundersökningar. Denna vägledning handlar därför inte primärt om det medicinska innehållet i hälsoundersökningen. För fördjupning och kunskap om själva hälsoundersökningen hänvisas till andra texter och källor.

Projektet pågick under perioden januari 2012 – juni 2014. Projektägare var Smittskyddsinstitutet till december 2013. Projektet övertogs den 1 januari 2014 av Folkhälsomyndigheten som bildades av de båda myndigheterna Smittskyddsinstitutet och Folkhälsoinstitutet, samt delar av Socialstyrelsen. Projektet har genomförts i sam-

verkan med Migrationsverket, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Norrbottens läns landsting, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Region Skåne, Socialstyrelsen och Umeå universitet.

Projektet har haft kontinuerlig dialog och samverkan med Migrationsverkets e-Mo projekt som bland annat handlar om utveckling av E-tjänster för landstingen rörande hälsoundersökningar av asylsökande. Vidare har projektet haft en nära dialog med Adlongruppen – sju landsting och en region i samverkan – och deras projekt ”Förbättrade hälsoundersökningar för migranter” (MIG-projektet), med stöd från Folkhälsomyndigheten.

I vägledningen har vi samlat viktiga centrala teman, som alla har sin grund i resultat från projektets olika delar. Det är vår förhoppning att den ska vara en hjälp i arbetet för dem som på olika

sätt har att hantera frågor som rör migranter i relation till hälso- och sjukvård och särskilt den initiala hälsoundersökningen för asylsökande med flera. Det är viktigt att framhålla att denna vägledning inte täcker in alla aspekter inom området och att den inte utgör en ”receptbok” med snabba svar på alla frågor. Istället hoppas vi att den kan ge en allmän vägledning kring centrala teman, inspiration till reflektion, samtal och vidare fördjupning i ämnet.

Samtliga projektmedarbetare har på olika sätt bidragit till produktionen av denna vägledning, bland vilka biträdande projektledaren Charlotta Eriksson, delprojektledarna Annelie Rostedt, Eva Thyselius och Lubin Lobo utgjort arbetsgruppen.

Solna, juni 2014

Robert Jonzon, projektledare

Hälsa – en mänsklig rättighet

Tillgång till god hälsa är en rättighet. I alla FN:s förklaringar och konventioner om mänskliga rättigheter lyfts hälsa fram som något helt centralt för varje människa och hennes livskvalitet. Att hälsa hänger nära samman med resursfrågor är väl känt – en oproportionerligt stor andel av världens hälsoproblem och epidemier bärs av de fattiga ländernas fattigaste grupper. Hälsa är därför också en viktig utvecklingsfråga. Även i västvärlden har klyftorna vidgats mellan inkomst, utbildning och hälsa.

Det som enligt FN:s konventioner förklarats som rättigheter är alltid ”*universella och odelbara*”. En stat får därför inte diskriminera vissa invånare utan måste tillgodose allas rättigheter. Här finns också rätten till delaktighet och till information.

Det går naturligtvis inte att garantera människor att få vara friska. Så hur man ska tolka vad rätten till hälsa innebär har diskuterats ända sedan Världshälsoorganisationen började ta form 1946. Då definierades god hälsa som ”*ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom*”.

Formuleringen anger tonen för många av de rättighetskrivningar som kommit att följa decennierna därefter.



Ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.

Världshälsoorganisationens definition av god hälsa



De internationella konventionerna

FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna från 1948 innehåller skrivningar om hälsa, men är inte juridiskt bindande för stater. Sverige har däremot skrivit under den kompletterande Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter från 1966 – den så kallade ESK-konventionen. Här definieras rätten till hälsa i artikel 12 som:

”... rätten för envar att såväl i fysiskt som i psykiskt hänseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa.”

Man har inte kunnat enas internationellt om hur rätten till hälsovård ska kunna ringas in i lagliga termer, men i en tolkning av FN:s ESK-kommitté (den så kallade General Comment 14) presenteras några principer för en god hälsosituation i en stat utifrån artikel 12.

Enligt dessa principer omfattar rätten till hälsa både hälso- och sjukvården och hälsans bestämningsfaktorer. Hälso- och sjukvårdstjänsterna ska i ett land hålla en viss nivå enligt fyra hörnstenar, AAAQ, och måste:

Vara tillgängliga (“Availability”) – det måste finnas tillräckligt med hälso- och sjukvårdstjänster i landet.

Vara nåbara (“Accessibility”) – både geografiskt, ekonomiskt och med information, för alla utan diskriminering.

Vara godtagbara (“Acceptability”) – de måste vara medicinskt-etiskt och kulturellt godtagbara.

Vara av god kvalitet (“Quality”) – det gäller alla hälsotjänster, mediciner, och personal med mera.

De stater som skrivit under konventionen har inte bara enskilt utan också *tillsammans ett ansvar* att påvisa att åtgärder vidtas för att nå målet om en god hälsa enligt ESK-konventionen.

Det europeiska regelverket

Den europeiska sociala stadgan skyddar rätten till hälsa. Sociala stadgan hävdar i artikel 11 rätt till skydd för den enskildes hälsa, och i artikel 13 individens rätt till social och medicinsk hjälp.

Vidare har Europeiska unionens råd antagit direktiv 2003/9/EG om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna. Dessa säger:

1. Medlemsstaterna skall se till att de sökande får nödvändig hälso- och sjukvård som åtminstone skall innefatta akutsjukvård och nödvändig behandling av sjukdomar.
2. Medlemsstaterna skall sörja för nödvändig läkarhjälp eller annan hjälp för sökande med särskilda behov.

Svensk lag

En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det är målet enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen och det anger inriktningen för all svensk vård.

Alla som söker asyl i Sverige ska enligt lag sedan 2008 erbjudas hälsoundersökning. Lagen kan ses mot bakgrund av 1900-talets diskussioner och processer om mänskliga rättigheter, särskilt rätten till hälsa, hur de ska formuleras och följas, liksom senare decenniers ökande migration och globala epidemier som hiv/aids, tuberkulos och hepatit. Hälsoundersökningen ger möjlighet att fånga upp, behandla och förebygga ohälsa hos nyanlända. Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande kan därför även ses som ett medel för att förverkliga idén om hälsa som en mänsklig rättighet.

Aailability – tillgänglighet

Accessibility – närbarhet

Aceptability – godtagbarhet

Quality – kvalitet

Några centrala internationella deklARATIONER och konventioner där rätten till hälsa finns inskriven, och som Sverige ratificerat:

- FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948), artikel 25.
- Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (1965), artikel 5.
- FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, ESK-konventionen (1966), artikel 12.
- Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (1979), artikel 11 och 12.
- Konventionen om barnets rättigheter (1989), artikel 24.
- Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2006).

Ur lag 2008:344:

”Ett landsting ska, om det inte är uppenbart obehövt, erbjuda utlänningar en hälsoundersökning. Ett sådant erbjudande ska lämnas när en utlänning har etablerat boende inom landstinget.”

Med ”utlänningar” menas här personer som ansökt om uppehållstillstånd i Sverige som flykting eller annan skyddsbehövande, som har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd, hålls i förvar (annat än kriminalvårdens) eller vistas här med stöd av tidsbegränsat uppehållstillstånd. Det är dessa kategorier migranter som avses i lagens skrivning ”med flera”. För att göra texten mer lättillgänglig, kommer ”med flera” i fortsättningen inte att skrivas ut varje gång ordet asylsökande används i samband med hälsoundersökningar.

För att landstingen ska kunna skicka ut en kallelse med detta erbjudande finns även en förordning för Migrationsverket (2008:347) att se till att landstingen får uppgifter om de asylsökande som etablerat boende i landstingets område. Migrationsverkets skyldighet att informera sökanden bland annat om deras rätt till hälso- och sjukvård, inklusive hälsoundersökning, regleras i förordning 1994:361 om mottagande av asylsökande.

Nationella hivstrategin: Identifiera hiv inom två månader

Förutom lagen om hälso- och sjukvård till asylsökande finns den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar från 2005. Ett av de tre delmålen lyder:

”Hivinfektion hos asylsökande och nyanlända anhöriginvandrare ska identifieras inom två månader.”

För att uppnå det målet behövs ett systematiskt instrument. Idag är hälsoundersökningen ett sätt att upptäcka hivinfektion hos asylsökande och nyanlända för att kunna erbjuda vård.

Vem har rätt till vilken vård?

Landstingen är skyldiga att erbjuda asylsökande hälsoundersökning samt till vuxna vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Det är viktigt att notera att detta erbjudande utgår från migrationsstatus – inte primärt den enskildes behov av hälso- och sjukvård eller samhällets behov av smittskydd. Barn upp till 18 år har rätt till vård på samma villkor som barn bosatta i Sverige.

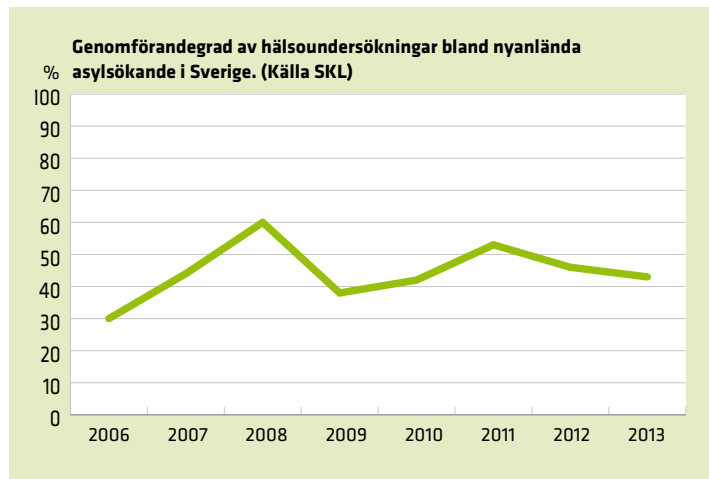
Gränsdragningen för ”vård som inte kan anstå” är inte fri från tolkningsmöjligheter. Socialstyrelsen har i en rapport ”Vård för papperslösa” diskuterat begreppet ”vård som inte kan anstå”. Rapporten redovisar Socialstyrelsens ståndpunkter om vård för papperslösa och konstaterar att det finns en risk att begreppet vård som inte kan anstå inte är förenligt med människovärdesprincipen. Det skulle även strida mot hälso- och sjukvårdslagets princip om vård på lika villkor. Det som står i rapporten om ”vård som inte kan anstå” rörande papperslösa, gäller också asylsökande.

Samtidigt får inte staten diskriminera enligt ESK-konventionens artikel 2. Inte sällan krockar grundtanken med de mänskliga rättigheterna och principen om allas lika värde, liksom med sjukvårdens etiska principer om vård efter behov, med samhällets önskan om avgränsningar. I kollisionzonen finns de asylsökande och andra kategorier av migranter. Det är en återkommande diskussion och ett moraliskt dilemma.

Vem får i praktiken hälsundersökningar?

Landstingen har valt att dra gränsen för erbjudandet av hälsundersökning på olika ställen. En del erbjuder endast hälsundersökning till de grupper man kan få statlig ersättning för (asylsökande, personer utan nödvändiga tillstånd, kvotflyktingar och personer som kommit till Sverige som anhörig till asylsökande inom en tidsperiod av sex år). Andra inkluderar fler grupper av migranter, oavsett tillgången till statlig ersättning, i erbjudandet om hälsundersökning. Det kan i vissa fall även gälla ”kärleksinvandrare”, arbetskraftsinvandrare och studerande.

Se även avsnittet ”Olika landsting – olika lösningar”.



Hälsoundersökningar för asylsökande – bra för alla

Friskare individer ger ett starkare samhälle

Enligt rättighetsperspektivet har varje individ rätt att må så bra som möjligt – rätt till ”bästa uppnåeliga hälsa”. Att det även är bra för ett samhälle om individerna som lever där mår bra är förstås också självklart, men det förtjänar ändå att understrykas när landstingens ekonomi är tyngd och det korta perspektivet ofta är det som styr. Att förebygga ohälsa är i grunden samhällsekonomiskt klokt, vilket bland annat konstateras i en WHO-rapport från The Commission on Macroeconomics and Health, och i skriften ”Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling”.

Migranternas hälsosituation

Den som lämnat sitt land är ofta i en mer riskutsatt hälsosituation än andra.

Inom hela den stora gruppen asylsökande finns även särskilt utsatta grupper som man behöver vara extra uppmärksam på och prioritera. Till exempel kan kvinnor från områden med hög hivförekomst ha varit utsatta för sexuellt våld och vara omedvetna om sin hivstatus.

En annan särskilt utsatt grupp bland de asylsökande är de ensamkommande ungdomarna. Förutom en socialt oskyddad situation har de ofta dåliga kunskaper till exempel om sexualitet och sexuell hälsa. Detta gör att de har en ökad risk att drabbas av oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner.

Att reflektera över

- Hur tillgodoses rätten till en god hälsa genom hälsoundersökningarna?
- Vad innebär vård på lika villkor i praktiken?
- Vilken är hälsoundersökningens roll för att uppnå den nationella hivstrategins delmål om att tidigt identifiera eventuell hiv?
- Vad innebär begreppet ”vård som inte kan anstå”?

Läs mer

- ”EG-rätten och mottagande av asylsökande.” SOU 2003:89.
- Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Prop. 2005/06:60
- ”Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet.” SOU 2011:48.
- ”Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd”. Socialstyrelsen, 2014.

Samhällets smittskydd

Många utlandsfödda kommer från länder där vissa typer av svåra infektioner är betydligt vanligare än de är i Sverige, som till exempel hepatit b och c, tuberkulos och hiv.

Att erbjuda hälsoundersökningar till asylsökande och andra nyanlända är därför ett systematiskt försök att identifiera sådana och andra smittsamma sjukdomar, vilket är viktigt för samhället ur ett smittskyddsperspektiv och för att individen ska erbjudas adekvat vård.

I Smittskyddslagen finns även inskrivet en rätt till psykosocialt samtalsstöd för den som visar sig bära på en infektion som faller under smittskyddslagens restriktioner, och den rätten begränsar sig inte till dem som är boende i landet.

Hur en hälsoundersökning kan utformas

Socialstyrelsen har utformat föreskrifter och råd kring hur en hälsoundersökning till asylsökande och andra nyanlända bör utformas och vad den ska innehålla – nämligen hälsosamtal, kroppsundersökning och provtagning, och vid behov remittering vidare. På Socialstyrelsens hemsida finns en webbaserad vägledning för vård och omsorg till asylsökande samt även länkar till landstingens lokala riktlinjer.

Smittskyddsläkarföreningen ger också allmänna anvisningar och rekommendationer för vilka prov som bör tas.

Adlongruppen har inom ramen för projektet ”Förbättrade hälsoundersökningar för migranter” producerat en guide för vårdpersonal, om innehåll och kvalitet i hälsoundersökningar för nyanlända migranter. Här finns även annan information som berör hälsoundersökningar.

Läs mer

- "Hälsoundersökning av asylsökande m fl", Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11).
- Smittskyddsläkarföreningen har formulerat rekommendationer för vilken provtagning som bör göras vid hälsoundersökning, se www.socialstyrelsen.se.
- "Innehåll och kvalitet i hälsoundersökningar för nyanlända migranter – en guide för berörd vårdpersonal", se www.adlongruppen.se.



Varför kommer inte fler till hälsoundersökning?

Ett erbjudande som är kostnadsfritt och ökar chanserna till vård vid behov, och som enligt lag ska erbjudas alla nyanlända asylsökande med flera, kan ses som ett attraktivt erbjudande. Men statistik från SKL visar att siffrorna envist håller sig runt 50 %, trots lagen 2008. Under 2011 hälsoundersöktes 56 % av alla nyanlända asylsökande, och 2012 kom 43 887 asylsökande till Sverige men endast 46 % av dem hälsoundersöktes. Preliminära siffror för 2013 pekar på ännu lägre nivåer. Det är långt ifrån tillfredställande.

För att förstå och åtgärda det har flera studier inom ramen för EU-projektet ”Förbättrad struktur och samverkan kring hälsoundersökningar av asylsökande” tagit fram ny kunskap. Studiernas resultat pekar på att det handlar om en rad faktorer på olika plan: organisatoriska och logistiska, kommunikativa och kulturella. Det gäller både inom och mellan delar av det svenska samhället, och mellan det svenska samhället och de nyanlända.

Det är en komplex bild som tecknas men den visar att de grundläggande områdena för förbättring handlar om samverkan och

kommunikation. Samverkan mellan framför allt Migrationsverket och landstingen, kommunikation framför allt gentemot migranterna.

När det gäller kommunikationen till målgruppen kan man sammanfattningsvis se att det finns brister hela vägen – från det att informationen om hälsoundersökning ges första gången, via hur kallelsen utformas, till själva hälsoundersökningen och uppföljningen av denna. En viktig faktor är dessutom att inbjudan om hälsoundersökning ibland aldrig når mottagaren.

Hur informationen om hälsoundersökningen uppfattas

Migranter är en ytterst heterogen och mångfacetterad grupp. Det gäller även om vi begränsar oss till asylsökande. Det går därför aldrig att enkelt använda samma mall för att ge information för alla, inte ens alla av samma etniska grupp eller samma land.

Men några återkommande informationsproblem finns ändå som är värda att vara extra uppmärksam på.

När informationen ges första gången – på Migrationsverket

Studier visar att många inte ens uppfattar informationen om hälsoundersökningen eller missförstår den när de får den första gången på Migrationsverket. Det beror på olika typer av kommunikationssvårigheter bortsett från rent språkliga.

I sammandrag finns följande problem när den första informationen ges:

Ovana vid skriftspråket som informationskanal. En del migrantgrupper kommer från samhällen där den muntliga kulturen är dominerande. Somaliska fanns till exempel inte som skriftspråk förrän 1972.



Jag hade så många frågor... Jag tänkte att kanske är det lag på att man måste genomgå en hälsoundersökning? Jag måste följa lagen. Om det är så, har jag gjort rätt.

(Migrant, kvinna)

Alltför mycket information. Informationen om hälsoundersökningen är en del av mycket annan information, som totalt sett kan vara svår att smälta för den nyanlände.

Alltför abstrakt information. En hel del av den information som Migrationsverkets handläggare ger till de nyanlända innehåller ibland helt okända företeelser.

Det finns därför skäl att återkomma till och repetera informationen om hälsoundersökningen för att den verkligen ska nå fram.

Erbjudandets innehåll

Det visar sig också att många asylsökande inte fått information om eller förstått vad syftet med hälsoundersökningen är, och vad som i övrigt gäller. Det är därför viktigt att betona varje gång information om hälsoundersökning ges att:

- den är en rättighet och att den är gratis
- den möjliggör identifiering av ohälsa och ger tillgång till nödvändig vård
- sjukvårdens sekretess råder och respekteras
- resultatet inte påverkar asylprocessen.

Sjukvårdens sekretess kan inte nog betonas och understrykas i kommunikationen med de asylsökande. Många har erfarenheter från system där sekretess inte finns eller där sekretessen inte respekteras, och kan därför bära på en välgrundad misstänksamhet mot myndigheter och sjukvård.

Kallelsens utformning

En problematik har visat sig vara hur kallelsen med erbjudandet om hälsoundersökning är utformad. Socialstyrelsen har i sina föreskrifter listat vad som behöver vara med: här ska framgå syftet med



Jag fick ett brev på svenska med en tid för undersökningen och det gjorde att jag tolkade det som obligatoriskt.

(Migrant, man)

Läs mer

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar www.socialstyrelsen.se.
- Adlongruppens utvärdering av kallelser till hälsoundersökningar samt modell för kostnadsanalys finns på hemsidan, www.adlongruppen.se.

hälsoundersökningen samt att den är frivillig, att undersökningen är gratis, hur man kommer i kontakt med vårdgivaren, hur man tar sig dit och att tolk kan användas om det behövs. En påminnelse ska skickas ut om den kallade inte hörs av.

Det allra viktigaste är att kallelsen är översatt till ett språk den nyanlände kan förstå. Alldeles för ofta har kallelser gått ut till asylsökande på svenska. Om inte översättning till det egna språket finns tillgänglig, är det bra om den är skriven på engelska då det ökar chanserna att någon i bekantskapskretsen förstår innehållet.

I projektet ”Förbättrade hälsoundersökningar för migranter” har Adlongruppen utvärderat hur kallelser till hälsoundersökningar har tagits emot, och även tagit fram ett förslag till hur en kallelse kan vara utformad och på olika språk. Kallelsen är testad och utvärderad med goda resultat.

Kostnaden för resa kan också påverka om en person kommer till hälsoundersökning. Adlongruppens MIG-projekt har därför skapat en modell för kostnadsanalys av ifall landstingen tjänar eller förlorar på att bekosta resa till hälsoundersökning för nyanlända.

I avsnittet ”Informationen och kallelsen” utvecklas detta område också lite mer.

Rädsla för utvisning, misstro mot myndigheter

Det har även förekommit att det i kallelsen står att undersökningen utförs på uppdrag av Migrationsverket. Det är inte lyckat eftersom många som söker asyl har stor misstro mot myndigheter och inte törs lita på att sjukvårdens sekretess respekteras. Det är dessutom en oriktig information.

Det gäller inte minst dem som kommer från länder med hög förekomst av hiv. Många av dem känner oro vid kallelse till hälsoundersökning på grund av en obefogad men ändå befintlig rädsla för att

Läs mer

- Fear of deportation may limit legal immigrants' access to HIV/AIDS-related care: A survey of Swedish language school students in Northern Sweden.

*Faustine Nkulu Kalengayi med flera,
Umeå universitet 2011.*

- Denial and fear. Fogging the issue of HIV – Barriers for HIV testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea.

*Pille Lindkvist med flera,
Karolinska institutet 2014.*



Adlongruppens förslag till utformning av kallelse till hälsoundersökning på olika språk finns att hämta på www.adlonggruppen.se.

ett hivpositivt provsvar ska leda till utvisning, vilket en studie bland nyanlända i Norrland visar. Många känner därför också tvekan att själva söka vård vid misstanke om hiv, som smittskyddslagen föreskriver.

Det är därför mycket viktigt att informationen om hälsoundersökningen är glasklar på den punkten: att ett positivt provsvar gällande hiv, eller någon annan ohälsa, inte rapporteras till Migrationsverket, men istället kan ge möjlighet till vård och medicinering.

Hur hälsoundersökningen upplevs – ett missat tillfälle?

Det vi vet om de asylsökande som genomgått hälsoundersökning är att de flesta har en i grunden positiv attityd till den. Men ändå upplever många att deras förväntningar inte infriats. En del har blivit besvikna för att de känner att deras egna upplevda hälsobesvär inte tagits på allvar, att undersökningen varit pliktmässig och rutinbetonad.

Främst har de negativa erfarenheterna handlat om brister i kommunikationen på olika plan: kallelsens språk, att man inte förstått syftet med undersökningen, problem relaterade till tolkens roll, samt praktiska saker som hur man hittar till vårdcentralen.

Målet måste självklart vara att inte bara få de asylsökande att komma till hälsoundersökningen, men även och inte minst att se till att den blir så bra som möjligt och inte ett missat tillfälle.



Kan man ens få
uppehållstillstånd
om man är
hivpositiv?

(Kvinna, migrant)

Läs mer

- Missed opportunities – health assessment at arrival in Sweden.

*Robert Jonzon,
Pille Lindkvist och
Eva Johansson, Umeå
universitet, 2014.*



Vägen till en bra hälsoundersökning

– samverkan och kommunikation

Utmaningarna är många och komplexa. Men med den kunskap som nu finns framträder ändå en tydlig bild av vad som krävs för att komma närmare målet att nå alla asylsökande och andra migranter med hälsoundersökningar.

Det handlar framför allt om **samverkan** och **kommunikation**. Det som krävs är att alla inblandade arbetar strukturerat med kunskap om utmaningarna och med en gemensam vision för ögonen: en god hälsa för alla utan diskriminering. Det kan göras genom:

- Bättre strukturer för samverkan mellan samhällsaktörerna
- Kompetenshöjning av personal som informerar om och utför hälsoundersökningar
- Bättre kommunikation gentemot målgruppen asylsökande

I följande kapitel tittar vi mer ingående på de samverkans- och kommunikationsutmaningar som finns, och hur man kan möta dem.

Bygga broar – mellan Migrationsverket och landstingen

Landstingen och Migrationsverket har i grunden olika uppdrag. Dessa olika uppdrag skapar en inbyggd motsättning som behöver överbryggas.

God samverkan kräver en förståelse och en respekt för vars och ens olika roller och mandat vad gäller hälsoundersökningar. För det krävs kunskaper och tid för kontakter och kommunikation. Samverkan innebär både tydliggörande av gränser men också ibland ett överskridande av gränser.

Kompetenshöjning och ökad förståelse

Det finns behov av mer kunskap inom såväl Migrationsverket och landstingen om både den egna och den andra organisationens roll och ansvar när det gäller hälsoundersökningar.

Det finns även behov av ytterligare kunskap inom båda organisationerna om annat av relevans för uppdraget: om regelverk och lagar, om hur hälsoundersökningar går till och vem som utför dem, vilka rättigheter de asylsökande har till hälso- och sjukvård.

Under projektåren 2012-2014, som denna vägledning utgår ifrån, utformades en utbildning som har genomförts med cirka 300 deltagare från både Migrationsverket och landstingen. Deltagarna har genomgående varit mycket nöjda och upplevt utbildningen som meningsfull för arbetet rörande hälsoundersökningar. De uttrycker att de fått konkreta verktyg för att göra ett bättre arbete med att möta asylsökande kring hälsofrågor.

Den har behandlat huvudsakligen följande teman:

- Interkulturell kommunikation
- Global migration
- Hälsoperspektiv på migration
- Rätten till hälsa
- Regler och riktlinjer
- Myndighetssamverkan.

För att skapa långsiktighet i det kompetenshöjande arbetet har ett förslag till kursplan om 7,5 poäng utvecklats för att på universitetsnivå kunna erbjuda kompetenshöjning inom detta område. Det har i flera sammanhang efterfrågats. Förhoppningen är att något universitet eller en högskola kommer att erbjuda kurser utifrån det utvecklade och delvis prövade konceptet.

I projektet ”Förbättrade hälsoundersökningar för migranter” har Adlonggruppen hållit i en webinarieriserie för vårdpersonal som genomför hälsoundersökningar av nyanlända migranter. Webinarierna syftar till kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte och tar upp olika teman som är centrala för hälsoundersökningen. Webinarierna har spelats in och finns tillgängliga på Adlonggruppens webbplats.

Samverkan på lokal nivå

Förutom utbildning behöver personal från båda organisationerna utveckla och etablera nätverk och plattformar för kommunikation och erfarenhetsutbyte. Här behöver varje landsting eller region hitta sina egna former för kontakt med Migrationsverkets lokala kontor. Dessa nätverk och samarbeten formas bäst utifrån de lokala förutsättningarna och behoven.

Samverkan behövs på både central och lokal nivå. Lokalt kan särskilda träffar för de vårdcentraler och hälso- och sjukvårdspersonal



Frågor att fundera över

- Hur ser organisationen för hälsoundersökningar ut i vårt område?
- Hur samverkar vi internt inom länet? Sjukvården, Migrationsverket, andra aktörer?
- Vad vet jag om hur andra yrkesgrupper arbetar med eller informerar om hälsoundersökningar?
- Hur kan vi samverka med invandrarföreningar och andra för att sprida information om hälsoundersökningarna?

som genomför hälsoundersökningar ordnas regelbundet inom landstingets område, med information från Migrationsverket om aktuella migrationsströmmar, boenden med mera. Hälso- och sjukvårdspersonal kan också medverka när Migrationsverket ger muntlig gruppinformation till nyanlända asylsökande. Erfarenheterna av informationsutbyte och samarbete på detta sätt är genomgående goda.

Se avsnittet ”Olika landsting, olika lösningar”, för exempel på hur arbetet kan organiseras.

System för informationsöverföring

Migrationsverket måste enligt lag meddela landstingen/regionerna vilka asylsökande som flyttat in i landstingets eller regionens område, var de bosatt sig och vilket språk de talar. Det har dock inte fungerat bra hittills, när uppgifterna om de asylsökande lämnats på papperslistor eller CD-skivor. Det har uppstått tidsfördröjningar och parallella system på regional nivå.

Det finns skillnader i landstingens rutiner för dokumentation av hälsoundersökningar samt ansökningar till Migrationsverket om schablonersättning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammanställer årligen information om antalet genomförda hälsoundersökningar av asylsökande baserat på en enkät till landstingen och kompletterande information från Migrationsverket, men det saknas information om genomförda hälsoundersökningar av andra migrantgrupper än just asylsökande.

Migrationsverket har inte någon lagstadgad skyldighet att informera landstingen om andra nyanlända migranter och det är därför svårare för landstingen att i praktiken nå dessa grupper. Ett erbjudande om hälsoundersökning kan och bör ges när en migrant som inte är asylsökande självmant och kanske av annan anledning söker kontakt med vården. Det ställer krav på en hög medvetenhet kring detta inom hälso- och sjukvården.



Tidigare ringde vi kanske 10-20 telefonsamtal till Migrationsverket i veckan, nu hittar vi informationen i e-tjänsten!

(Sjuksköterska i primärvården)



För att effektivisera överföringen av uppgifter mellan Migrationsverket och landstingen kring de asylsökande och förbättra dokumentation och statistik, har ett nytt, digitalt system utvecklats – MELKER (Migrationsverkets E-tjänster för Landstings och Kommuners Ersättningansökningar).

När det gäller hälsoundersökningar för asylsökande handlar det om tre e-tjänster:

- En lista över nyanlända asylsökande
- Registrering av hälsoundersökningar direkt i e-tjänsten
- Ansökningar om statlig ersättning för genomförda hälsoundersökningar.

Landstingen har också identifierat ett behov av att få information om de inflyttade asylsökandes mobilnummer och ursprungsland, vilket är viktigt bland annat för val av tolk. Migrationsverket har bedömt att det krävs en ny förordning med en sekretessbrytande regel för att de uppgifterna ska kunna lämnas ut.

Bygga broar – mellan Sverige och de nya invånarna

Det är en stor utmaning och alldeles centralt för personal som möter asylsökande kring hälsoundersökningar att ha stor interkulturell kommunikationskompetens.

Det gäller både för att nå ut med informationen om vad en hälsoundersökning är, och för att hälsoundersökningen sedan ska hålla god kvalitet och möta den asylsökandes förväntningar och behov. Risken är annars stor för missförstånd och i förlängningen feldiagnoser.

Det är viktigt att alltid hålla i minnet att migranter inklusive asylsökande är en mycket heterogen grupp och att samhället/staten har en skyldighet att inte diskriminera.



Genom e-tjänsterna får vi helt nya möjligheter att följa upp genomförda hälsoundersökningar. Det gör att e-tjänsterna inte bara bidrar till att fler genomgår hälsoundersökningar, utan till att vi också får mer tillförlitlig statistik.

(Sjuksköterska i primärvården)

Många gånger är kunskaperna om olika kulturer och etniciteter alltför grund, liksom kunskaper om vad lagen föreskriver om rätt till sjukvård för olika kategorier av migranter. Se avsnitt ”Möta individer i sin kulturella kontext” för vägledning till det interkulturella mötet.

Informationen och kallelsen

Informationen på Migrationsverket behöver repeteras och följas upp: Har den asylsökande förstått att det är ett *erbjudande*? Att det är *gratis*? Att det *inte kommer att påverka asylprocessen*?

Informationen riskerar lätt att drunkna i språksvårigheter, interkulturell kommunikationsproblematik, mängden annan information, och den allmänna oron över att vara asylsökande.

Kallelsor bör inte vara på svenska. Det kanske verkar självklart, men har ändå förekommit. Få nyanlända kan svenska. Om översättning till ett språk som mottagaren förstår inte går att ordna, är det ofta ändå bättre att den skrivs på engelska – då ökar chansen att i alla fall någon i mottagarens bekantskapskrets förstår. Det vore ett bra exempel på hur man kan möta kravet om att vara av ”acceptable” (ung ”godtagbar”) kvalitet för mottagaren – se avsnitt ”De bindande internationella konventionerna” för ESK-konventionens principer.

Det är viktigt att se till att det tydligt framgår:

- att det är ett erbjudande som ger möjlighet till viss vård om det finns behov
- att det är gratis
- att tolk kan anlitas vid behov
- var vårdgivaren finns och hur man kommer i kontakt
- hur man tar sig till hälsoundersökningen
- att sekretess råder och respekteras.



Det här är ju en så jätteheterogen grupp, tycker jag. Det är så svårt, man kan inte bara säga ”invandrare”. De är jätteolika.

(Sjuksköterska i primärvården)



TIPS

Inom MIG-projektet har Adlonggruppen utformat en mall för kallelse som alla kan använda. Kallelsen är utvärderad med goda resultat och har tagits fram på flera språk, som t ex arabiska, dari, romani, somaliska. Se www.adlonggruppen.se, MIG-projektet.

Språkbarriärer av flera slag

Det är inte bara det svenska språket som är nytt och annorlunda. Även en hel del begrepp och företeelser som finns i Sverige och därmed i svenska språket är okända i andra delar av världen. Vad är till exempel ”EBO” eller ”dagersättning”? Det går inte självklart att översätta till alla språk.

En annan svårighet vid skriftlig förmedling av information är att skriftspråk kanske inte är det man är van vid. En av våra större invandrargrupper på senare år kommer från Somalia och det somaliska språket fanns till exempel inte som skriftspråk före 1972. Därför är den muntliga kulturen fortfarande stark, vilket kan påverka attityder till skriftlig information.

Man kanske kan läsa – men det är inte alltid det kommunikationssätt som föredras. Många har också vad som kallas ett ”relationellt” förhållande till informationsöverföring, där det är viktigt att känna till och därmed lita på den som förmedlar informationen. Om informationen förmedlas av en anonym samhällsinstitution kan även det påverka tilltron och motivationen att ta till sig det som förmedlas.

Inom vissa migrantgrupper finns en begränsad läskunnighet. Detta gäller kvinnor i högre grad än män. Dessa personer kan vara beroende av att få information muntligt, vilket för med sig andra utmaningar.

Ett svårt läge kan uppstå om en diagnos eller hälsostatus meddelas per brev, och den berörda behöver få hjälp av någon att förstå innehållet. Är det innehåll som meddelas känsligt kan personen det gäller drabbas av stark känslomässig stress och rädsla för stigmatisering om det sprids till andra.

Det har framkommit att många nyanlända upplever det djupt otillfredsställande att, som ofta görs i Sverige, endast provsvar som visar någon sjuklighet meddelas och då oftast per brev och på



När jag kommer till ett möte ser jag mig alltid om efter någon från mitt eget land att sitta bredvid. Om det inte finns någon, sätter jag mig bredvid någon från ett grannland – det går också bra.

(Migrant, kvinna)

svenska. Om allt är som det ska skickas över huvud taget inget meddelande om detta. Det är något många har reagerat negativt på. Helst önskar man få besked på plats, där provet eller undersökningen genomfördes.

Tolkens roll

Språkbarriärerna är ofta ett stort hinder för kommunikation åt bägge håll, så tolk är många gånger nödvändigt vid mötena. Men det är inte okomplicerat och det finns en del man behöver tänka på vid mötet med asylsökande kring hälsa om tolk används.

Ett problem med tolk rör att det inte alltid finns ett exakt ord för det som ska översättas eller att tolken helt enkelt inte har tillräcklig medicinsk kunskap. Det har då förekommit att tolken valt ett helt annat ord, och det bäddar för både missförstånd och onödig oro. Det har hänt att ”mässling” översätts med ”tuberkulos” för att ord för mässling saknas.

Det kan också vara känsligt att tala om sjukdom med en patient när en tredje person – tolken – befinner sig i rummet. Att denna tredje person kanske tillhör patientens sociala nätverk eller gruppen av landsmän, där rykten kan spridas, gör det inte lättare.

Att tänka på vid anlitan av tolk:

- Tolken ska vara auktoriserad.
- Tolken ska vara opartisk, ha tystnadsplikt, och inte delta i samtalet själv.
- Vänd dig till den asylsökande under samtalet, inte till tolken.
- Tolk på plats- eller telefontolk? För känsliga ämnen kan det kännas bättre med telefontolk.
- Manlig eller kvinnlig tolk? Vid samtal om till exempel sexuell hälsa kan tolkens kön vara viktigt.
- Träffa om möjligt tolken före mötet och ge information om vad som ska tas upp.



En läkare säger en sak och tolken översätter på ett annat sätt. Då undrar man vilken sjukdom har jag egentligen som läkaren inte sade något om?

(Migrant, man)

Att tänka på:

- Hur provsvar lämnas. Om skriftligt, kan mottagaren läsa? Vem läser annars svaret?
- Asylsökande, liksom sannolikt flertalet övriga, vill få veta svaret på provtagning även om provsvaret inte påvisar någon sjuklighet.

Begränsad hälsolitteracitet och myter om sjukdomar

Med ”hälsolitteracitet” avses förmågan att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa. Hälsolitteracitet behövs för att kunna fatta kloka beslut i vardagen, och omfattar flera sorters färdigheter: att läsa och förstå information, att kunna förhålla sig till och värdera information och att kunna kommunicera hälsobudskap. Detta både för att få råd angående den egna hälsan men också för att stödja andra i deras hälsorelaterade beslut.

Vårdpersonal möter ofta nyanlända som inte har tillräckliga kunskaper om kroppen och dess funktioner. Det gäller framför allt lågutbildade. En särskilt stor utmaning här är att förklara att en människa kan bära på en infektion i form av till exempel ett virus, utan att ha symptom. Den som bär på en sjukdom kan annars utsätta andra i sin omgivning för risker som går att undvika.

Man behöver som vårdpersonal därför ta reda på vad den asylsökande känner till om kroppen och om infektioner, om undersökning och provtagning visar att det finns någon sjukdom.

Om det finns en infektion är det också viktigt att prata om den sakligt. Om den smittar, hur den i så fall smittar och vad den innebär både för den enskilde och omgivningen. Runt till exempel sjukdomar som hiv och tuberkulos finns mycket mytbildning. Genom forskning kommer hela tiden ny kunskap och behandlingsmetoderna utvecklas. Man kan behöva redogöra för vad som faktiskt är sant och inte kring smittsamhet och symptom, och försäkra sig om att mottagaren tagit till sig.

Tro och tradition

Det svenska samhället är starkt sekulariserat sett i globalt perspektiv, något som illustreras tydligt i den kända Ingelhart-Welzel-kartan över världens länder, som på skalor av rationellt/sekulärt och



Om det kommer ut att tolken inte håller tyst, då är det klart folk inte vågar kontakta sjukvården.

(Migrant, man)

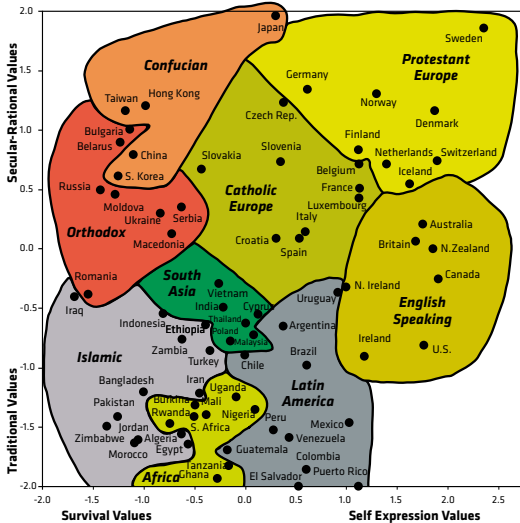


TIPS

Inom ramen för EU-projektet har ett pilotförsök med en radioteater i sex delar om hälsoundersökningar tagits fram på somaliska: ”Amina gifter sig”. Radioteatern finns att ta del av på Folkhälsomyndighetens webbplats, www.folkhalsomyndigheten.se.



The World Values Survey Cultural Map of the World



traditionellt/individualistiskt placerar Sverige längst ut på kanten av den sekulära skalan.

Många av dem som söker asyl här kommer från länder där det istället är självklart med en gudstro eller en tro på andra övernaturliga krafter. Den tron kan vara så stark att man åker till hemlandet för att delta i religiösa ritualer för att få bot.

Det kan påverka hur man ser på den medicinska vetenskapens förmåga att bota, eller till exempel för förståelse för vikten av att inte fasta vid viss medicinering eller sjukdom. Det kan också finnas rädslor för att medicinerna innehåller farliga eller förbjudna substanser.

Läs mer

- Vårdhandboken: "Kommunikation med eller utan tolk. Bemötande i vård och omsorg, ett transkulturellt perspektiv." Katarina Hjelm, Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.
- Ett av Adlongruppens webinarier handlar om användande av tolk vid hälsoundersökningar: www.adlongruppen.se, flik Migrationsprojektet.
- "Att tolka hbt", RFSL. www.rfsl.se
- Många landsting har skrivit egna råd och anvisningar vid anlitande av tolk, se landstingens egna hemsidor.

Män och kvinnor

Det är inte ovanligt att ett patriarkalt förhållningssätt råder i familjer som söker asyl. Det kan innebära att det är mannen i familjen som förväntas ta hand om all hälsoinformation för hela familjen, och alltid vara närvarande när familjemedlemmar möter sjukvården.

När det gäller lite mer känsliga områden, som till exempel familjeplanering, kan det göra att kvinnor inte får tillgång till de preventivmedel de önskar, eller till abort, eftersom de inte vågar ta upp frågan om deras man eller far är i rummet.

Det kan också påverka tillgången till hälsoinformation. I en del invandrarföreningar kommuniceras hälsoinformation framför allt till pojkarna medan flickorna inte får ta del i lika hög grad.

En del har också krav på att bara få möta sjukvårdspersonal av ett visst kön.

Om ämnet som hanteras är känsligt och det verkar finnas risk för att en migrant inte får all information eller den hjälp hon skulle vilja på grund av ojämlika förhållanden i familjestrukturen, är detta en utmaning att ta sig runt. Men det är ändå viktigt att känna till, och försöka möta.

En väg kan vara att envisas med att få tala med den det berör i enrum, och förklara att det är brukligt här.

”Men jag är ju inte sjuk?”

Idén om att förebygga ohälsa med undersökningar utan att ha sjukdomssymptom är främmande för många migranter.

Det kan vara förbryllande och kan därför påverka inställningen hos migranter till att komma till en hälsoundersökning – om personen mår bra kanske inte motivationen finns att ta sig till vårdcentralen.



I ett fall behövde en kvinna preventivmedel. Hon väntade tills hennes man lämnade rummet för att då visa till tolken att denne i förtroende skulle säga till vårdgivaren att hon behövde preventivmedel för att slippa få fler barn.

(Sjuksköterska i primärvården)

Stereotypa föreställningar – risk för diskriminering

I intervjuer med vårdpersonal vittnar en del om förekomst av okunskap och stereotypa föreställningar, något som kan leda till ett fördomsfullt bemötande.

En del av dem som intervjuas i studien ”It’s a challenge to do it the right way” menar att det förekommit rasism inom vården. Om de som kommer till hälsoundersökning upplever det, sant eller inte, kan det självklart påverka deras motivation till att senare söka vård vid oro för sjukdom.

Att förstå det svenska sjukvårdssystemet

I Sverige är vi sedan länge vana vid relativt jämlika strukturer i vården, där till exempel sjuksköterskor har kvalificerad utbildning och status. Hälsoundersökningarna handläggs som regel av dem, medan läkare involveras först i ett senare skede om det efter hälsoundersökningen och provtagningar visar sig behövas. Vi har numera även en syn där patienten själv ses som en informerad individ, kapabel och med rätt att fatta beslut om sin behandling i samråd med sjukvården.

Så är det långt ifrån överallt i världen. I många av de länder migranterna kommer från ses läkaren som en stor auktoritet, och sjuksköterskor har inte samma grad av utbildning och befogenheter som i Sverige. De asylsökande kan då känna besvikelse över att ”bara” en sjuksköterska undersöker dem, vilket kan upplevas som ett misstroende för sköterskorna själva och skapa frustration för båda parter.

Många vill också att doktorn ska bestämma och blir stressade över att få en stor mängd information om sitt hälsotillstånd att själv fatta beslut om.



Problemet tror jag är att man ser de här människorna som annorlunda. Man förutsätter på något vis att det är människor som kommer från ett land i krig, som inte har någon utbildning. Det finns väldigt mycket fördomar.

(Sjuksköterska i primärvården)

Ovana vid informationsteknologi

En annan svårighet är att en stor del av kontakter och information mellan sjukvården och invånarna sker via informationsteknologi, främst internet. Många gånger hänvisar vårdpersonal migranter till webben för information eller bokning, visar studier.

En del asylsökande saknar vana vid internet eller tillgång till datorer. Man kan även vara helt ovan vid att behöva boka sitt besök i förväg via telefon eller mail. En del förväntar sig att få en tid vid ett oannonserat drop-in-besök, men behöver vända i dörren eftersom varken svensk sjukvård eller Migrationsverket sällan fungerar på det viset.

Detta skapar stress både för den som tagit sig till vårdcentralen och för personalen där.

Förutom att identifiera ohälsa och smittsamma infektioner har den första hälsoundersökningen därför den praktiska funktionen att informera om och ge en introduktion till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Detta är viktigt för att den nyanlände vid behov ska kunna söka vård på rätt nivå, både under asyltiden och därefter.

Möta individer mot en kulturell bakgrund

När sjukvårdspersonal i ökande grad ställs inför situationer där de möter patienter med skilda kulturella och etniska tillhörigheter ställs allt högre krav på förmågan till interkulturell kommunikation.

Trots att alla människor är ganska lika i grund och botten kan vi inte bortse från den kulturella tillhörighetens betydelse i mötet mellan migranten och tjänstemannen på Migrationsverket eller i hälso- och sjukvården. Risken blir annars att patienten känner sig objektiviserad i mötet med läkaren som fokuserar på den kliniska aspekten av mötet. Viktig information till patienten riskerar att försvinna och missförstånd uppstår lätt som kan leda till felbehandlingar.



Vi behandlar innan man känner sig sjuk. Det är någonting som är väldigt svårt att ta till sig för den som kommer från en andra kultur eller andra omständigheter. Jag menar, man tar ju itu med ett problem när det dyker upp.

(Sjuksköterska i primärvården)

Överbetonar man istället de kulturella skillnaderna är risken å andra sidan att man ser människor som fångna i sin kultur och de individuella skillnaderna förbigås. Detta leder lätt till ett ”vi och dom”-tänkande och en benägenhet att tillskriva individen uppfattningar utifrån. Här finns stor risk för stereotypisering och därmed diskriminering.

Människors sätt att uttrycka sjukdom, lidande och ohälsa påverkas av traditioner, utbildning och omgivande sociala och kulturella faktorer. Sättet att förmedla att man behöver stöd och hjälp kan vara olika. Viktigt att tänka på i hälsomötet med den asylsökande:

- Försök förstå den unika patientens sätt att uppfatta sin sjukdom och beskriva den.
- Tillskriv aldrig en patient en uppfattning utifrån hans/hennes etniska bakgrund eller kultur.
- Sök uppgifter om patientens perspektiv genom att fråga om de aktuella besvaren och situation.

Kulturer är flytande och ständigt stadda i förändring, fulla med inbördes motsättningar, nyanser och sprickor på samma sätt som en individs etnicitet och identitet är flytande och beroende av sammanhang. Kulturer är maktsystem som består av sociala relationer som är ojämlika vad gäller tillgång till och kontroll av symboliska och materiella resurser.

Människors ålder, kön, hudfärg, geografiska hemvist, sexualitet, klass och hälsostatus placerar dem i olika sociala hierarkier. Detta sätt att förstå kultur som maktsystem är ett användbart sätt att analysera skillnader vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård för att få en utgångspunkt mot förändring mot en mer jämlik hälsovård för hela befolkningen.

Att tänka på:

- Var tydlig med att tid måste bokas i förväg om så är fallet, samt att avbokning måste göras vid förhinder. Var noga med att se till att informationen har uppfattats.
- Uppmana inte en nyanländ att använda internet för information eller bokning utan att vara säker på att personen har tillgång till dator och uppkoppling.

Vid mötet med den asylsökande individen som möter det svenska samhället, först på Migrationsverket och sedan i sjukvården, behöver handläggare och sjukvårdspersonal ha båda storheterna för ögonen: Individen och den kulturella hemvisten.

Det ideala är ett bemötande som möjliggör erkännandet av viktiga kulturella skillnader samtidigt som den tar hänsyn till varje individs specifika belägenhet.

Olika landsting – olika lösningar

Landstingen organiserar verksamheten kring hälsoundersökningarna olika.

Man skulle kunna säga att det finns lika många sätt att organisera detta på som det finns landsting. Men några huvudkategorier för organisation kan märkas.

Tre olika organisationsformer:

Utspridd organisation. Här genomförs hälsoundersökningar på ett stort antal vårdcentraler, oftast den som ligger närmast den asylsökandes bostad. Graden av samordning mellan vårdcentralerna kan variera, men den är oftast låg.

Sammanhållen organisation. Här är verksamheten koncentrerad till en vårdcentral och/eller ett mobilt team som genomför alla hälsoundersökningar i länet.

En blandning av dessa båda organisationsformer.

Även om Socialstyrelsens föreskrifter vägleder erbjudandet om hälsoundersökning samt hälsoundersökningens innehåll så finns det skillnader i upplägg. Det kan röra exempelvis hur mycket tid som avsätts för en hälsoundersökning, rutiner kring kallelse, användande av tolk, vem som ansvarar för hälsoundersökning av



Reflektera

Inför mötet med en människa som inte delar ens egen kultur eller kollektiva erfarenheter kan man fundera på om individen vi möter kommer från:

- en muntlig eller skriftlig kultur?
- en kollektiv eller individualistisk tradition?
- ett sekulärt eller religiöst sammanhang?

barn och unga, möjlighet till extra resurser såsom kuratorskontakt i samband med hälsoundersökning, samt vilka prover som rutinmässigt tas vid hälsoundersökning.

Oavsett organisation är nätverk med möjlighet till kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan vårdpersonal som genomför hälsoundersökningar viktiga. När ansvaret för hälsoundersökningar är fördelat på ett större antal vårdcentraler kan en ”spindel-i-nätet-funktion” vara värdefull för att säkerställa informationsspridande och erfarenhetsutbyte mellan hälso- och sjukvårdspersonal som genomför hälsoundersökningar.

Exemplet Östergötland

I Östergötlands läns landsting – som varit en samarbetspartner i EU-projektet – finns en av flera fungerande modeller för landstingens organisation av hälsoundersökningar för asylsökande. Här är arbetet organiserat på följande sätt.

Medicinsk mottagning för nyanlända (MMN) ansvarar för att utföra hälsoundersökningar i Östergötland. MMN är en av tre enheter under Flyktingmedicinskt centrum (FMC). MMN är länsövergripande och MMN:s sjuksköterskor är utstationerade på nio vårdcentraler i länet med syfte att komma nära dem som erbjuds hälsoundersökning. MMN:s anställda har regelbundna team-träffar och teamhandledning.

Riktade hälsoundersökningar erbjuds till nyanlända asylsökande, kvotflyktingar, anhöriganknytningar och ”kärleksanknytningar”. MMN har samarbete och kontakt med Migrationsverket, skolhälsovården och Arbetsförmedlingen för att identifiera de personer som bör kallas till hälsoundersökning. En serie möten har hållits med Arbetsförmedlingen i olika delar av länet för att diskutera vilken information Arbetsförmedlingen ger om hälsoundersökningen



Reflektera

Frågor att ställa sig själv som handläggare eller vårdgivare:

- Vilken kultur kommer jag ifrån? Är den muntlig, skriftlig, individualistisk eller kollektivistisk? Sekulär eller religiös?
- Vad blir ”lost in translation”? Tonfall, pauser, röstläge?

Läs mer

- Se landstingens egna hemsidor hur man regionalt löst sin hälsoundersökningsorganisation. Landstingens sidor nås på ett samlat vis via Socialstyrelsens hemsida.

samt stärka informationsutbyte om vilka som bör kallas till hälsoundersökning.

I regel avsätts 45 minuter för hälsoundersökning av en person och platstolk används vanligtvis. Man har tillgång till läkare och två kuratorer inom enheten vid behov. Sjuksköterska håller i hälsoundersökningen av barn. Alla barn under 6 år får även träffa läkare inom MMN. Barn över 6 år träffar skolläkare.

Hälsokommunikatörerna i landstinget, som utgör en separat enhet under FMC, används ibland i samband med hälsoundersökningen.

Vägen framåt

EU-projektet ”Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar av asylsökande” avslutades i juni 2014. Syftet att öka antalet asylsökande som får hälsoundersökningar kommer förhoppningsvis kunna nås inom de närmaste åren, just genom att strukturer och samordning har förbättrats och ny informationsteknologi har introducerats i kommunikationen mellan de två i detta sammanhang viktigaste aktörerna: Migrationsverket och hälso- och sjukvården.

Det viktiga för att nå målet är att alla aktörer arbetar engagerat i de delvis nya strukturerna för samordning och genomförande av hälsoundersökningarna.

Det övergripande målet för hela arbetet är alltid:

En god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Den visionen måste genomsyra hela verksamheten, på alla nivåer.

Sammanfattningsvis visar projektets resultat följande områden för fortsatt utveckling.

Samverkansarbetet

Projektet har på flera sätt medverkat till att nya kontaktytor och mötesplatser skapats för dem som på olika vis arbetar med information om hälso- och sjukvård till asylsökande med flera, eller som genomför hälsoundersökningar.

Ett sådant exempel är de kompetenshöjande utbildningar som utvecklats för Migrationsverkets personal och de landsting som deltagit i projektet, där drygt 300 personer har deltagit. Utvärderingarna visar att utbildningarna upplevts som mycket meningsfulla och användbara.

För att säkra kompetenshöjningens hållbarhet har en kursplan till en akademisk kurs utvecklats, med de utbildningar som hållits under projekttiden som förebild – det vill säga riktade mot både Migrationsverkets mottagningshandläggare och landstingens utförare av hälsoundersökningar.

Inom varje landsting/region behöver lokala samordningsfunktioner och nätverk finnas för att få effektiva kontaktvägar mellan sjukvården och Migrationsverkets lokala avdelningar, vilket projektet verkat för. Vilka nätverkslösningar man väljer beror framför allt på landstingets/regionens egen organisation kring hälsoundersökningar för nyanlända migranter.

Mötena med de asylsökande och andra migranter

Inom ramen för EU-projektet har en rad studier tagit fram mycket ny kunskap kring hur de asylsökande upplever kommunikationen kring hälsoundersökningar – från informationen på Migrationsverket, till kallelsen, själva hälsoundersökningen och uppföljningen.

Resultaten pekar på en rad problem och svårigheter som skildras mer utförligt i tidigare kapitel. Men i korthet handlar det om dessa områden:

- Misstänksamhet mot Migrationsverkets roll i frågor rörande hälso- och sjukvård
- Otydlighet kring hälsoundersökningens syfte.

För att målgruppsanpassa informationen har en radioteaterserie för somalier tagits fram, ”Amina gifter sig”, som ett pilotförsök. Detta eftersom somalier är en migrantgrupp där muntlig tradition är stark.

En av studierna har också särskilt tittat på hur vårdgivare upplever hälsundersökningarna och det som kommer fram där pekar på flera ganska komplicerade, och ökande, utmaningar för vården. Kompetenshöjande insatser för personal behöver fortlöpande genomföras, så att kommunikationen med migranterna blir bättre.

Forskningsstudiernas resultat behöver spridas och implementeras i utbildningar och kompetenshöjande insatser till främst Migrationsverkets och landstingens personal, men även andra aktörer som kan medverka till att nå målet om hälsundersökningar för nyanlända.

Informationsstrukturerna

Migrationsverket har i samarbete med EU-projektet utvecklat ett integrerat, digitalt informationssystem – MELKER (Migrationsverkets E-tjänster för Landstings och Kommuners Ersättningsansökningar).

Systemet innehåller tre tjänster som är relevanta för hälsundersökningarna: överföring av uppgifter gällande nyanlända – ”nyanlända-listan”, registrering av utförda hälsundersökningar, samt en tjänst för landstingen att begära statlig ersättning för hälsundersökningarna man gjort.

De landsting som ingått i EU-projektet har också fått hjälp att se över hur rutiner för informationen kring hälsundersökningar kan hanteras på ett funktionellt och patientsäkert sätt.

Den integrerade informationsöverföringen gör det också möjligt att få statistik på genomförandegraden av hälsundersökningar per landsting, vilket inte gått tidigare.

För att Migrationsverket ska kunna lämna ut uppgifter om andra nyanlända migranter än asylsökande behövs en förordningsändring med en sekretessbrytande regel, vilket vore en angelägen förändring.

För landstingen är det även angeläget att få uppgifter om ursprungsland och telefonnummer till de nyanlända asylsökande för att bland annat kunna ordna lämplig tolk, men för att Migrationsverket ska få lämna ut sådana uppgifter krävs också här en ändring i förordningen.

Avslutande ord

Projektet ”Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar till asylsökande” har genom forskning, utbildning och kommunikationsteknisk utveckling skapat avsevärt förbättrade förutsättningar för att målet med att nå alla asylsökande och andra migrantgrupper med hälsoundersökningar. Projektet har nu avslutats, och de viktigaste resultaten och slutsatserna finns beskrivna i denna vägledning.

Trots allt vad som sagts här kan naturligtvis mycket hända som gör att saker förändras. Hur framtiden kommer se ut vad gäller flyktingströmmar, nya ohälsoproblem och epidemier, är svårt att sia om. Regelverk samt politiska och ekonomiska förutsättningar kan också förändras.

Men att allt fler människor i ökad omfattning rör sig över gränser i allt snabbare takt – det kommer sannolikt att fortsätta. Att ha en öppenhet och beredskap för det, och en flexibilitet i hanteringen och bemötandet av de människor är en både bra och nödvändig hållning.

Referenser

Inledning

”Förbättrad struktur och samordning vid hälsoundersökningar för asylsökande”. Information om projektet. Smittskyddsinstitutet, 2012.

Hälsa – en mänsklig rättighet

”EG-rätten och mottagande av asylsökande.”
SOU 2003:89.

”*Ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. V. Rätten till hälsa.*” Frivilligorganisationernas fond för mänskliga rättigheter, Stockholm 2001.

Europeiska sociala stadgan, art 11 och art 13

Europeiska unionens direktiv om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna 2003/9/EG

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948), artikel 25.

Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (1965), artikel 5.

FN:s internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, ESK-konventionen (1966), artikel 12.

Förordning 2008:347 om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl.

”*Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*” (Statens folkhälsoinstitut, 2007).

”*Hälsoundersökning av asylsökande m fl*”, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11).

”*Innehåll och kvalitet i hälsoundersökningar för nyanlända migranter – en guide för berörd vårdpersonal*”, se www.adlongruppen.se, MIG-projektet.

Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (1979), artikel 11 och 12.

Konventionen om barnets rättigheter (1989), artikel 24.

Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2006).

Lag 2008:344 om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl.

Lobo, Lubin; Jonzon, Robert och Hurtig, Anna-Karin: *Asylum seekers' perspectives on the health assessment and their right to health in Sweden*. Umeå universitet, 2014.

Mygind, Anna m fl. *Tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU. En jämförande analys*. Läkartidningen nr 17 2006, volym 103.

”Nationell strategi för hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar”, prop. 2005/06:60.

Smittskyddsläkarföreningens rekommendationer för vilken provtagning vid hälsoundersökning, se www.socialstyrelsen.se.

”Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet.” SOU 2011:48.

”Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd”. Socialstyrelsen, 2014.

www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf

www.who.int/hhr/information/en/Adoption_of_General_Comment_14.pdf?ua=1

www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf?ua=1

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>

Varför kommer inte fler till hälsoundersökning?

Adlongruppens utvärdering av kallelser till hälsoundersökningar samt modell för kostnadsanalys finns på hemsidan, www.adlongruppen.se.

”Hälsoundersökning av asylsökande m fl”, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOFS 2011:11.

Jonzon, Robert; Lindkvist, Pille och Johansson, Eva: *Missed opportunities – Health assessment at arrival in Sweden, as perceived by former Eritrean asylum seekers*. Umeå universitet, 2014.

Lindkvist, Pille; Johansson, Eva och Hylander, Ingrid: *Denial and fear. Fogging the issue of HIV – Barriers for testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea*. Karolinska Institutet, 2014.

Lobo, Lubin; Jonzon, Robert och Hurtig, Anna-Karin: *Asylum seekers' perspectives on the health assessment and their right to health in Sweden*. Umeå universitet, 2014.

Nkulu Kalengayi, Faustine: *A World on the Move – Challenges and opportunities for HIV/AIDS/TB care and prevention among vulnerable migrant populations in Sweden*. Umeå Universitet, 2013.

Nkulu Kalengayi, Faustine et al: *Fear of deportation may limit legal immigrants' access to HIV/AIDS related care: A survey of Swedish language school students in Northern Sweden*. Immigrant Minority Health, 2012.

Nkulu Kalengayi, Faustine et al: *Screening migrants for tuberculosis – a missed opportunity for improving knowledge and attitudes in high-risk groups*. BMC Public Health, 2010.

Sveriges kommuner och landsting www.skil.se

Vägen till en bra hälsoundersökning – samverkan och kommunikation

Angel, Birgitta & Hjern, Anders. *Att möta flyktingar*. Studentlitteratur, 2004. Andra upplagan.

Bischoff, A. Et al. *Language barriers between nurses and asylum seekers; their impact on symptom reporting and referral*. Social Science & Medicine, 2003.

Björngren Cuadra, Carin. *Omvårdnad i mångkulturella rum – frågor om kultur, etik och reflektion*. Studentlitteratur, 2010.

Dias, S m fl. *Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries*. BMC Public Health, 2011.

Fossum, Björn. *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Studentlitteratur, 2007.

Haroon, Sophie. *The health of the asylum seekers. Briefing statement*. London, Faculty of Public Health, May 2008.

Helman, Cecil. *Culture, health and illness*. Hodder Arnold förlag, 2007. Femte utgåvan.

Hjelm, Katarina. ”Kommunikation med eller utan tolk. Bemötande i vård och omsorg, ett transkulturellt perspektiv.” Institutionen för Hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.

”Hälsoundersökning av asylsökande m fl”, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOFS 2011:11.

Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik. Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV. Andra upplagan. Transkulturellt centrum (Stockholms läns landsting), Stockholm 2009.

Lindkvist, Pille; Johansson, Eva och Hylander, Ingrid: *Denial and fear. Fogging the issue of HIV – Barriers for testing in a migrated population from Ethiopia and Eritrea*. Karolinska Institutet, 2014.

Migration och psykisk ohälsa. FoU Rapport 2008:3, Malmö högskola, 2008.

Migration, sexuell hälsa och prevention. Smittskyddsinstitutet, 2012.

Nkulu Kalengayi, Faustine: *Hälsoundersökning av nyanlända migranter ur ett triadperspektiv*. Umeå universitet, 2014

Nkulu Kalengayi, Faustine et al: *'It's a challenge to do it the right way': an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden*.

BMC Health Services Research, 2012.

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), "Att tolka hbt", 2010

Svenberg, Kristian m fl. *A person of two countries? Life and health in exile: Somali refugees in Sweden*. Anthropology & Medicine. Vol. 16, No 3, 2009.

Svenberg, Kristian. *Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning*. Göteborgs universitet, 2011.

Svenberg, Kristian; Skott, Carola och Lepp, Margret. *Ambiguous expectations and reduced confidence: Experience of Somali Refugees Encountering Swedish Health Care*. Journal of Refugee Studies, vol. 24, no 4.

Wamala, Sarah m fl. *How do gender, class and ethnicity interact to determine health status?* Journal of Gender Studies, vol. 18, no 2, June 2009, 115-129.

Wångdahl, Josefin: "Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande?", Uppsala universitet, 2014

Åkerman, Eva: "Hälsoundersökningens betydelse för den sexuella och reproduktiva hälsan hos asylsökande". Uppsala universitet, 2014.

Adlonggruppen, www.adlonggruppen.se

Migrationsverket, www.migrationsverket.se

Hälsolitteracitet www.halsolitteracitet.se

Folkhälsomyndigheten,
www.folkhalsomyndigheten.se

World value survey, www.worldvaluesurvey.org

Vägen framåt

Migrationsverket, www.migrationsverket.se

Folkhälsomyndigheten,
www.folkhalsomyndigheten.se

Socialstyrelsen, www.socialstyrelsen.se

Denna titel kan beställas från:

Folkhälsomyndighetens beställningsservice c/o Strömberg,
120 88 Stockholm. Fax: 08-779 96 67.

E-post: folkhalsomyndigheten@strd.se.

Den kan även laddas ner från:

www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2014.

ISBN 978-91-7603-124-7 (pdf)

ISBN 978-91-7603-125-4 (print)

Text: Gudrun Renberg.

Foto omslag: Juliana Wiklund/Johnér.

Foto inlaga: s. 7, Jörgen Wiklund/Scandinav. S. 15, Atikinka/Shutterstock. S. 20 Andreas Kindler/Johnér. S. 26 och 33, Scandinav.

Grafisk produktion: Matador kommunikation 2014

Tryck: Edita Bobergs, 2014

En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen är målet enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen.

Alla som söker asyl i Sverige ska enligt lag erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning. Syftet med hälsoundersökningen är att upptäcka ohälsa och erbjuda nödvändig vård och smittskydd, som är bra för både den enskilde och för samhället. Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande kan därför även ses som ett medel för att förverkliga idén om hälsa som en mänsklig rättighet.

Denna vägledning handlar om möten mellan asylsökande och tjänstemän vid myndigheter samt inom hälso- och sjukvården. Vägledningen tar upp centrala teman och frågor som är aktuella vid dessa möten, som samverkan och kommunikation. Den täcker inte in alla aspekter på området, utan är en allmän vägledning kring olika teman, inspiration till reflektion, samtal och vidare fördjupning.

Vägledningen är producerad med stöd från Europeiska Flyktiondfonden inom ramen för projektet "Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar för asylsökande" av Folkhälsomyndigheten i samverkan med Migrationsverket, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Norrbottens läns landsting, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland, Region Skåne, Socialstyrelsen samt Umeå universitet.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Forskarens väg 3, 831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se

