

# Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända

Slutrapport oktober 2016

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2016-10-13  
Tryck [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), oktober 2016

# Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en fördjupad analys av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens möjligheter och utmaningar när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända. Analysen har i första hand utgått från vårdens perspektiv men bilden har kompletterats genom kontakter med civilsamhället och även gruppen papperslösa har beaktats. Denna slutrapport presenterar Socialstyrelsens analys.

Viktoria Svensson har varit ansvarig utredare. Jenny Asplund och Charlotte Pihl har ingått i projektgruppen. Ingrid Ström har deltagit vid intervjuer i landstingen. Susanna Dellans har gjort analysen av tolkbrist. Andreas Cederlund och Julius Collin har ansvarat för analyser av tandhälsoregistret respektive patientregistret. Samordnare, medicinskt och juridiskt sakkunniga vid myndigheten har bidragit med sakkunskap. Martin Sparr har varit ansvarig enhetschef.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Uppdraget .....	9
Omfattning och avgränsningar.....	9
Genomförande.....	9
Definitioner .....	13
Rapportens disposition .....	14
Bakgrund .....	15
Berörda grupper och rätt till vård .....	15
Statistik och prognoser för berörda grupper.....	17
Lagstiftning.....	25
Vårdbehov och vårdkonsumtion .....	27
Sex landsting erbjuder utökad vård till asylsökande .....	27
Vårdbehov.....	28
Vårdkonsumtion.....	31
Landstingens planeringsarbete .....	39
Vårdens möjligheter och utmaningar att tillhandahålla vård till berörda grupper .....	42
Omfattning av analysen .....	42
Möjligheter .....	42
Utmaningar .....	45
Gemensamma utmaningar för vården .....	46
Utmaningar ur berörda gruppers perspektiv .....	53
Utmaningar ur ett jämställdhetsperspektiv .....	55
Hälsoundersökningar .....	56
Primärvården.....	59
Barnhälsovården .....	62
Mödrahälsovården .....	64
Förlossningsvården .....	66
Barn- och ungdomsmedicin .....	68
Barn- och ungdomspsykiatri .....	70
Vuxenpsykiatri .....	72
Infektionsvården .....	74
Tandvården .....	76
Andra vårdområden .....	78
Konsekvenser för övrig vård .....	79
Referensgruppens perspektiv .....	82

Möjliga förändringar för att möta utmaningarna.....	85
Socialstyrelsens bedömning.....	86
Utmaningar för vården .....	86
Möjligheter för vården.....	88
Bedömning för vårdområden.....	89
Möjliga förändringar .....	91
Påverkan på vården .....	94
Samråd och dialog .....	95
Referenser .....	99
Bilaga 1. Intervjuguide telefonintervjuer alla landsting.....	103
Bilaga 2. Intervjuguide vårdverksamheter i sex landsting .....	105
Bilaga 3. Deltagare workshoppar .....	106
Bilaga 4. Referensgrupp.....	108
Bilaga 5. Exempel på åtgärder i landstingen .....	109
Bilaga 6. Möjliga förändringar .....	116

# Sammanfattning

Socialstyrelsens fördjupade analys har identifierat möjligheter och utmaningar, inklusive jämställdhetsaspekter, när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända. Analysen har också belyst möjliga förändringar som kan påverka vårdens förmåga och funktionalitet att möta utmaningarna.

## Vårdens tillgänglighet

Vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända varierar. Några har omedelbara vårdbehov medan andra är relativt friska. Asylsökande erhåller mindre vård jämfört med övriga befolkningen, men sökmönstret är annorlunda. Asylsökande personer får mer primärvård och mindre specialiserad vård, med undantag av slutna barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Vuxna asylsökandes begränsade rätt till vård och en annan ålders- och könsstruktur än den övriga befolkningen måste dock beaktas. Nyanlända uppsöker tandvården mest för akuta besvär och i låg utsträckning i förebyggande syfte. Det finns hinder för berörda grupper att nå vården, särskilt specialistvården, och asylsökande får inte alltid tillgång till den vård de har rätt till.

## Möjligheter och utmaningar för vården

Hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kontakter med berörda grupper innebär ett flertal möjligheter. Vårdpersonal kan höja sin kompetens kring nya sjukdomspanorama och få ökad kulturell erfarenhet. Genom att tillvarata sjukvårdsutbildad kompetens bland asylsökande och nyanlända kan vården förstärkas med viktiga resurser. Vårdens möjligheter att bidra till en jämställd och jämlik hälsa är särskilt betydelsefulla för berörda grupper. Samverkan mellan vården och civila organisationer möjliggör förbättrad vård till asylsökande och papperslösa.

De utmaningar som vården ställs inför när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända är inte nya, men omfattningen av dem ökade avsevärt när ett stort antal asylsökande kom till Sverige under kort tid. De identifierade utmaningarna härrör till största delen från vårdåtaganden till asylsökande, såsom att erbjuda hälsoundersökningar, vaccinera barn, behandla infektionssjukdomar, tillhandahålla mödra- och förlossningsvård, att möta omedelbara vårdbehov i psykiatri och i tandvården samt att erbjuda tand- och barnhälsovård till alla barn. Kända utmaningar för vården, såsom en otillräcklig kompetensförsörjning och bristande samverkan, gör det svårare att tillhandahålla vård till berörda grupper.

Många av de utmaningar som är särskilt knutna till berörda grupper är gemensamma för hela vården, medan andra är specifika för olika vårdverksamheter. Gemensamma utmaningar är bland annat ett stort informationsbehov, kommunikationssvårigheter och tolkbrist, tillkommande administration, bedömning av vård som inte kan anstå, särskilda utmaningar

för ensamkommande barn, bristande kulturkompetens, en ojämn påverkan inom och mellan landsting samt att möta vårdbehovet kring psykisk ohälsa. Asylsökandes förflyttningar, deras fysiska placering ofta långt från vården, boendemiljön och familjesituationen försvårar vårdens insatser. Särskilda utmaningar gällande nyanlända utgörs av svårigheter att nå denna grupp, att planera för deras vårdbehov och behov av förebyggande insatser för att främja en god hälsoutveckling på längre sikt. Utmaningar ur ett jämställdhetsperspektiv handlar bland annat om att personalsammansättningen i vården inte alltid är anpassad för båda könen och att det finns skillnader mellan könen i kontakten med vården. Vården har också rapporterat om konsekvenser för övrig vård såsom längre väntetider för planerad vård och uppskjutet förebyggande arbete, bl.a. föräldragrupper i mödra- och barnhälsovården.

## Förändringar som kan stärka vården

För att bättre möta utmaningarna ser Socialstyrelsen ett antal möjliga förändringar som kan stärka vårdens förmåga och funktion att tillhandahålla vård och förbättra vårdens tillgänglighet för berörda grupper. Socialstyrelsen bedömer att många av dessa förändringar kan genomföras på kort sikt. Redan vidtagna åtgärder i landstingen samt pågående initiativ på nationell nivå möter en del av förändringsbehoven. Socialstyrelsen vill särskilt betona vikten av att initiera eller påskynda följande förändringar:

- nationellt samordna information till och om berörda grupper
- utveckla och genomföra utbildningsinsatser till vårdpersonal och annan personal som möter berörda grupper, såsom på asylboenden och HVB
- öka tillgången till tolk och andra former av språkstöd
- förbättra förutsättningar för vården gällande asylsökandes placering, förflyttning och möjligheter att ta sig till och från vården
- förbättra uppföljning av hälsoundersökningars utfall
- utveckla vägledningar för hur tand-, infektions- samt mödrahälso- och förlossningsvården behöver anpassa vårdinsatser för berörda grupper
- förbättra ensamkommande barns stöd i vården
- förbättra bedömning och uppföljning av psykisk ohälsa i berörda grupper
- utveckla särskilt riktade hälsofrämjande program till berörda grupper.

## Vården är fortsatt påverkad

Socialstyrelsens analys har genomförts parallellt med förändrad asyllagstiftning, införda id-kontroller och omvärldsfaktorer som har lett till en kraftig minskning av nya asylsökande i Sverige under 2016. Antalet asylsökande, papperslösa och nyanlända som befinner sig i landet har dock inte minskat i någon nämnvärd utsträckning under denna period. Socialstyrelsens bedömning är att det minskade inflödet av nya asylsökande inte generellt ger omedelbara lättnader för hälso- och sjukvården och tandvården. Flertalet av de beskrivna utmaningarna kvarstår och vården fortsätter att vara påverkad genom vårdbehov för berörda grupper som behöver följas upp.



# Uppdraget

Regeringen gav den 10 december 2015 Socialstyrelsen i uppdrag att göra en fördjupad analys av hälso- och sjukvårdens inklusive tandvårdens möjligheter och utmaningar när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända. Uppdraget har också omfattat att belysa möjliga förändringar av hälso- och sjukvårdssystemets förmåga och funktionalitet, på kort och lång sikt, för att möta dessa utmaningar, samt att analysera flyktingsituationens konsekvenser för hälso- och sjukvården och tandvården ur ett jämställdhetsperspektiv. Uppdraget har genomförts i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Folkhälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

En delrapport för uppdraget publicerades i maj 2016. Denna rapport utgör slutrapporteringen av uppdraget.

## Omfattning och avgränsningar

Enligt uppdragsbeskrivningen omfattar uppdraget vård till asylsökande samt till nyanlända, dvs. de som har beviljats uppehållstillstånd och är i etableringsfasen samt nyanlända anhöriginvandrare. Socialstyrelsen har därutöver även valt att inkludera personer som vistas i Sverige utan tillstånd, s.k. papperslösa, eftersom ett flertal faktorer pekar på att denna grupp kommer att öka framöver. Benämningen *berörda grupper* används för asylsökande, nyanlända och papperslösa. Grupperna definieras och beskrivs vidare i avsnittet Berörda grupper och rätt till vård.

Den fördjupade analysen har haft fokus på ett urval av de mest påverkade vårdverksamheterna, baserat på landstingens rapportering av påverkansgraden i början av 2016. Dessa är uppdraget att genomföra hälsoundersökningar, primärvården, barnhälsovården, mödrahälsovården, förlossningsvården, barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, infektionsvården samt tandvården.

Möjliga förändringar på kort sikt definieras som förändringar som kan genomföras inom ett år. Möjliga förändringar på lång sikt innebär upp till fem år.

Den fördjupade analysen har primärt ett vårdgivarperspektiv. Genom dialog med representanter för civilorganisationer och forskare kommer berörda gruppers perspektiv att belysas till viss del.

## Genomförande

Denna rapport redogör för resultat som inte tidigare har redovisats i delrapporten. Den fördjupade analysen baseras i huvudsak på en kvalitativ datainsamling från representanter och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården och Folktandvården. Insamling av underlag genomfördes under mars–juni 2016. Även kvantitativt underlag för vårdkonsumtion har analyserats. En kartläggning har genomförts av alla 21 landsting och en

fördjupning har genomförts i sex utvalda landsting. En referensgrupp har ingått i arbetet för att komplettera bilden från hälso- och sjukvården och tandvården.

## Kartläggning av samtliga landsting

Strukturerade telefonintervjuer har genomförts med representanter för hälso- och sjukvården samt tandvården i samtliga 21 landsting. Syftet med intervjuerna var att få en heltäckande bild av landstingens förmåga att möta vårdbehovet och deras strategiska planering (se intervjuguide i bilaga 1).

## Fördjupning i sex landsting och urval av vårdverksamheter

I ett urval av sex landsting har semistrukturerade intervjuer genomförts med representanter från de utvalda vårdområdena inom hälso- och sjukvården samt från Folk tandvården (se intervjuguide i bilaga 2).

De vårdområden som har inkluderats baseras på tidigare lägesrapportering om de mest påverkade vårdområdena samt vård som inkluderas i den vård berörda grupper har rätt till. Vårdområden som har ingått i den fördjupade analysen är

- uppdraget att genomföra hälsoundersökningar
- primärvården
- barnhälsovården
- mödrahälsovården
- förlossningsvården
- barn- och ungdomsmedicin
- barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- vuxenpsykiatri
- infektionsvården
- tandvården.

Det finns fler vårdverksamheter som tillhandahåller vård till berörda grupper, såsom akutvården, elevhälsan, ungdomsmottagningar, beroendevården och habiliteringsverksamheter. Dessa har inte ingått i Socialstyrelsens fördjupade analys av avgränsningsskäl. Den kännedom om påverkan och utmaningar i dessa verksamheter som ändå har belysts inom ramen för uppdraget redovisas kortfattat.

Urvalet av landsting baserades på följande urvalskriterier: storlek, geografiskt läge, andel mottagna asylsökande och andel ensamkommande barn samt andel asylsökande i eget boende respektive anläggningsboende. En spridning och variation eftersträvades och landstingen som valdes ut var Skåne, Västra Götaland, Kalmar, Dalarna, Jämtland och Norrbotten. Intervjuerna omfattade frågor om vårdbehov, utmaningar, möjligheter, förslag på förändringar, konsekvenser för övrig vård och resursbehov.

## Workshoppar

Socialstyrelsen har anordnat tre workshoppar med särskilt inbjudna deltagare som representanter för vården och professionsföreningar. Workshopparna hade följande tre teman:

- mödrahälsovård och förlossningsvård
- vård till barn och unga
- vuxenpsykiatri.

Syftet med workshopparna var att diskutera utmaningar samt möjliga förändringar på kort och lång sikt för att möta vårdbehovet inom respektive område. I bilaga 3 redovisas vilka verksamheter som var representerade vid respektive workshop. I workshopen för barn och unga deltog även vårdverksamheter som inte har ingått i den fördjupade analysen (elevhälsa, ungdomsmottagningar, beroendevård) samt RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning).

## Kvantitativt underlag för vårdkonsumtion

Kvantitativt underlag för vårdkonsumtion i berörda grupper har inhämtats och redovisas, dels baserat på Socialstyrelsens hälsodataregister, dels på SKL:s årliga redovisning av vårdkonsumtion för asylsökande. I delrapporten redovisades vårdkonsumtion baserat på analys av patientregistret och läkemedelsregistret. För denna rapport har två nya analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister genomförts:

- nyanlända vuxnas tandhälsa baserat på tandhälsodataregistret
- könsuppdelad analys av vårdkonsumtion baserat på patientregistret.

Rapporten redogör även för en pågående registerbaserad analys av vårdkonsumtion i syfte att göra en prognos för långsiktig hälsoutveckling hos flyktingar. Detta arbete drivs av Folkhälsomyndigheten tillsammans med Socialstyrelsen, SKL och Västra Götalandsregionen.

## Referensgrupp

En referensgrupp med deltagare från civila organisationer, forskare och kompetenscenter har knutits till arbetet för att komplettera bilden från hälso- och sjukvården och tandvården (se bilaga 4). Referensgruppen har också använts för att fånga papperslösas vårdbehov eftersom civila organisationer i större utsträckning än vården träffar dessa. Två dialogmöten har genomförts med referensgruppen.

## Samlad analys

Socialstyrelsen har genomfört en samlad analys av möjligheter, utmaningar och möjliga förändringar baserat på alla delar av datainsamlingen: kartläggningen av alla landsting, intervjuer med vårdverksamheter i 6 landsting, de tre workshopparna samt möten med referensgruppen. Några delar av kartläggningen presenteras separat (landstingens planeringsarbete samt hur landstingen hanterar rätten till vård för asylsökande och papperslösa).

## Samråd och dialog med myndigheter och andra aktörer

Samråd kring uppdraget har skett kontinuerligt med SKL, Folkhälsomyndigheten och IVO, genom ett flertal möten och löpande

kontakt. Samrådande myndigheter har bidragit med underlag för rapporten samt getts möjlighet att komma med synpunkter på resultat och rapport. Socialstyrelsen har även deltagit på möten med SKL:s asylnätverk och tandvårdsnätverk och genom dessa fått återkoppling på arbetet. Mer detaljer om formerna för och resultatet av samrådet redovisas under rubriken Samråd och dialog.

I uppdraget har även en dialog förts med Migrationsverket, gällande statistik kring antal och fördelning av asylsökande, boendeprocessen samt om de utmaningar som har identifierats och som berör Migrationsverket. Socialstyrelsen har också träffat personal vid Transkulturellt Centrum i Stockholms läns landsting för en dialog om deras erfarenheter av arbete för att stödja vården till berörda grupper.

# Definitioner

Begrepp och definitioner som de används i rapporten.

Berörda grupper	Samlad benämning för asylsökande, nyanlända och papperslösa personer
Vården	Samlad benämning som i rapporten syftar på både hälso- och sjukvården och tandvården
Landsting	Syftar på både landsting och regioner
Vårdpersonal	Syftar på både hälso- och sjukvårdspersonal och tandvårdspersonal
Tandvård	Syftar på Folktandvården
Kulturkompetens	Transkulturell kompetens, eller kulturell sensibilitet för att möta och förstå personer från andra kulturer. Förmågan att vara lyhörd för det kulturella sammanhanget, bakgrunden och erfarenheterna hos den som hälso- och sjukvården och tandvården möter.
HVB	Hem för vård eller boende
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
SRHR	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter
MRSA	Meticillinresistent staphylococcus aureus, multiresistenta bakterier som kan orsaka infektion
EBO	Eget boende, under väntetiden kan en asylsökande välja att ordna boendet på egen hand, till exempel hos släkt eller vänner
ABO	Anläggningsboende, boende som Migrationsverket erbjuder asylsökande under väntetiden
Egenvård	I rapporten används egenvård på två olika sätt: 1) enklare medicinska åtgärder som man själv kan vidta mot lindrigare sjukdomar och skador utan kontakt med hälso- och sjukvården som t.ex. huvudvärk, förkylning och mindre sårskador. 2) enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2009:6 om att egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. <i>Definition 2 markeras i text med en fotnot.</i>

# Rapportens disposition

I ovanstående inledande avsnitt har uppdraget, inklusive omfattning och avgränsningar, genomförande och metodval, beskrivits. Även definitioner av centrala begrepp som används genomgående i rapporten har introducerats.

I bakgrundsavsnittet beskrivs berörda gruppers rätt till vård, statistik och prognoser för antal asylsökande, nyanlända och papperslösa samt nya och förändrade regelverk som har konsekvenser för tillströmningen av berörda grupper.

Avsnittet om vårdbehov och vårdkonsumtion kompletterar motsvarande avsnitt som redovisades i delrapporten [1]. I delrapporten redogjordes för vårdbehov hos flyktingar baserat på en litteraturgenomgång. Här beskrivs vårdbehov utifrån uppgifter från vårdverksamheter samt uppdragets referensgrupp. En kartläggning av vilka landsting som erbjuder vuxna asylsökande och papperslösa utökad vård presenteras. Resultat av nya analyser av vårdkonsumtion hos asylsökande och nyanlända presenteras, bl.a. tandvårdskonsumtion hos nyanlända samt vårdkonsumtion för asylsökande för 2015. Pågående arbete som drivs av Folkhälsomyndigheten för att ta fram prognoser för hälsoutveckling på längre sikt hos nyanlända beskrivs.

Därefter redovisas en kartläggning av landstingens planeringsarbete för att tillhandahålla vård till berörda grupper.

Rapportens huvudresultat följer sedan, dvs. den fördjupade analysen av möjligheter och utmaningar för hälso- och sjukvården när det gäller att tillhandahålla vård till berörda grupper. Analysen har primärt ett vårdgivarperspektiv men kompletteras med referensgruppens perspektiv. Analysen omfattar även konsekvenser för övrig vård, och möjliga förändringar som kan påverka vårdens förmåga och funktion för att möta utmaningarna. Möjliga förändringar presenteras i detalj i en bilaga. Även exempel på vidtagna åtgärder i landstingen återfinns i en bilaga.

Socialstyrelsen redogör därefter för myndighetens sammanfattande bedömning av utmaningar och möjligheter samt för situationen för respektive vårdområde. Socialstyrelsen gör också en bedömning av vilka förändringar som kan vara möjliga att genomföra på kort respektive lång sikt och föreslår vilka förändringar som bör prioriteras. Kapitlet avslutas med myndighetens bedömning av påverkan på vården i oktober 2016.

Slutligen redovisas dialogen med samrådande myndigheter (SKL, Folkhälsomyndigheten och IVO) samt med Migrationsverket och referensgruppen.

# Bakgrund

Ett flertal faktorer kan påverka hälso- och sjukvårdens och tandvårdens förmåga att tillhandahålla vård till asylsökande, nyanlända och papperslösa. Förändringar av migrationsströmmar och förändrad lagstiftning är två områden som beskrivs i detta kapitel. Kapitlet inleds med en redogörelse för berörda gruppers rätt till vård.

## Berörda grupper och rätt till vård

### Delgrupper och reglering

Uppdraget omfattar grupperna asylsökande och nyanlända. Socialstyrelsen har valt att inkludera även papperslösa, dvs. individer som vistas i Sverige utan tillstånd, eftersom myndigheten bedömer att denna grupp kommer att öka och komma till vården i större utsträckning än tidigare. Hur dessa tre delgrupper definieras samt vilken rätt till vård varje delgrupp har beskrivs i detta avsnitt.

### Asylsökande

Med asylsökande menas en utländsk medborgare som själv söker sig till ett land och där uppger sig vara i behov av skydd, asyl. Den asylsökande har under tiden för prövning av skyddsbehovet rätt att stanna i landet tills ansökan har prövats av Migrationsverket eller Migrationsdomstolen [2].

Asylsökande omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Den hälso- och sjukvård samt tandvård som landstingen enligt lagen är skyldiga att erbjuda asylsökande är olika för vuxna och barn. Asylsökande barn under 18 år omfattas av samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är folkbokförda i landet, medan vuxna asylsökande har begränsad rätt till vård.

Vuxna asylsökande har rätt till vård och tandvård som inte kan anstå (se nedan) samt mödrahälsovård, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, läkemedel som förskrivs i samband med angiven vård<sup>1</sup> och hälsoundersökning. Hälsoundersökning ska erbjudas alla asylsökande, både vuxna och barn. Landstingen är berättigade att erbjuda vård i större omfattning än vad som anges i lagen.

### Vård som inte kan anstå

Vad som räknas som *vård som inte kan anstå* måste alltid avgöras i det enskilda fallet av behandlande läkare, tandläkare eller annan ansvarig vårdpersonal. Socialstyrelsen publicerade år 2014 en rapport om vård till papperslösa där tillämpningen av begreppet förtydligades. Socialstyrelsen konstaterade då att det inte är etiskt och medicinskt möjligt eller lämpligt att i listor ange vilka diagnoser, tillstånd eller åtgärder som omfattas av begreppet vård som inte kan anstå [3].

---

<sup>1</sup> Gäller läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen.

I propositionen 2012/13:109 *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd* anges att begreppet är avsett att vara en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar. Vård som inte kan anstå omfattar

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd
- vård för att undvika mer omfattande vård och behandling
- vård för att minska användningen av mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder
- vård som är följdinsatser av vård som getts (inklusive psykiatrisk vård)
- hjälpmedel vid funktionshinder (om inte patienten kan få tillgång till sådana på annat sätt).

Vård för personer med särskilda behov (som utsatts för tortyr, allvarliga övergrepp eller trauma) bör bedömas särskilt omsorgsfullt.

## Nyanlända

Enligt Migrationsverkets definition är en nyanländ person någon som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd på grund av flyktingskäl eller andra skyddsskäl, till exempel kvotflykting. Även anhöriga till dessa personer anses vara nyanlända [4]. En person räknas som nyanländ under tiden som han eller hon omfattas av lagen om etableringsinsatser, det vill säga i två till tre år.

Nyanlända omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) med samma rätt till subventionerad vård som alla personer som är folkbokförda i landet. Nyanlända ska också erbjudas en hälsoundersökning om de inte genomgått någon sådan som asylsökande.

## Papperslösa

Papperslös är en person som befinner sig i Sverige utan något tillstånd att vistas i landet. Det beror vanligen på att personen inte har ansökt om uppehållstillstånd eller håller sig gömd för att undgå en beslutad utvisning eller utlämning.

Papperslösa omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Papperslösa har rätt till hälso- och sjukvård och tandvård i samma utsträckning som asylsökande (se ovan). Även EU/EES-medborgare kan i enstaka fall omfattas av lagen om de har vistats i Sverige i mer än tre månader och saknar uppehållsrätt eller uppehållstillstånd och därmed vistas inom landet utan stöd av något myndighetsbeslut eller någon författning.

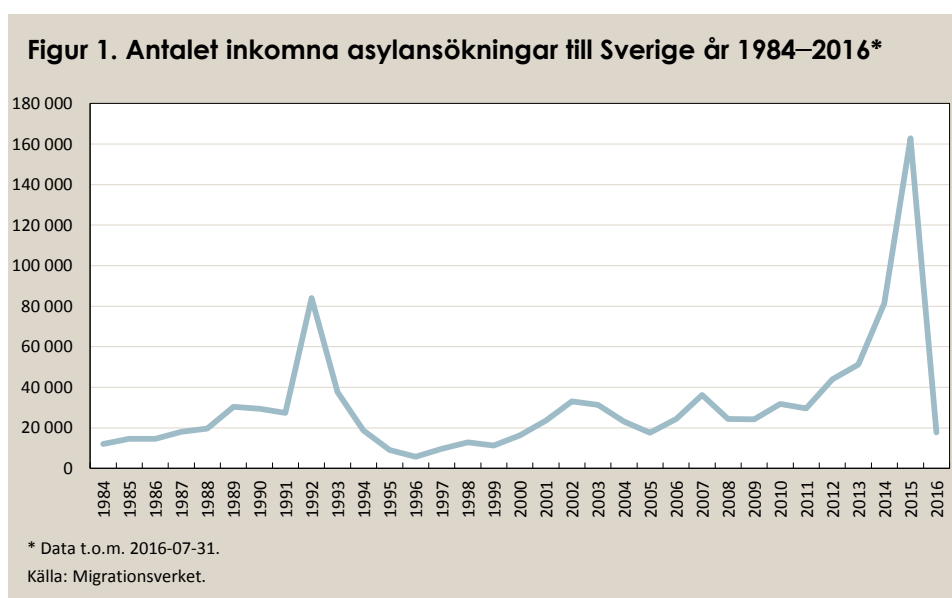


## Statistik och prognoser för berörda grupper

Här beskrivs statistik för antal asylsökande och nyanlända personer t.o.m. juli 2016, samt Migrationsverkets prognoser för asylsökande och nyanlända för resten av 2016 och 2017. Demografin och fördelningen av asylsökande och nyanlända över landet presenteras också. Uppskattningar kring antal papperslösa redovisas också.

### Statistik för asylsökande

Figur 1 visar antal personer som har sökt asyl i Sverige från 1984 till den 31 juli 2016. Konflikten på Balkan i början på 1990-talet medförde att ett stort antal människor sökte asyl i Sverige. År 1992 ansökte cirka 84 000 personer om asyl i Sverige, varav 30 500 barn [5, 6]. Antal asylansökningar minskade drastiskt efter 1992 för att i början av 2000-talet öka något igen.



Från 2012 ökade antalet asylsökande ytterligare (se tabell 1). År 2014 inkom cirka 81 000 ansökningar om asyl, dvs. ungefär lika många som 1992. Under 2015 var det historiskt många som sökte asyl i Sverige, nära 163 000, varav drygt 70 000 barn och cirka 35 000 ensamkommande barn.

Antalet asylsökande har kraftigt minskat under 2016, till följd av olika politiska åtgärder i Sverige och andra länder. Till och med juli 2016 har totalt knappt 18 000 personer sökt asyl. Fler män än kvinnor söker asyl i Sverige men under 2016 har andelen kvinnor ökat något (se tabell 1).

Antal asylsökande har under 2016 minskat i alla åldersgrupper jämfört med 2015, inklusive antalet ensamkommande barn. Till och med juli 2016 har det kommit nära 7 000 asylansökningar från barn, varav 1 600 från ensamkommande. Figur 2 visar antalet asylsökande ensamkommande barn 2010–2016 (se figur 2).

**Tabell 1. Antal asylsökande 2010–2016\***

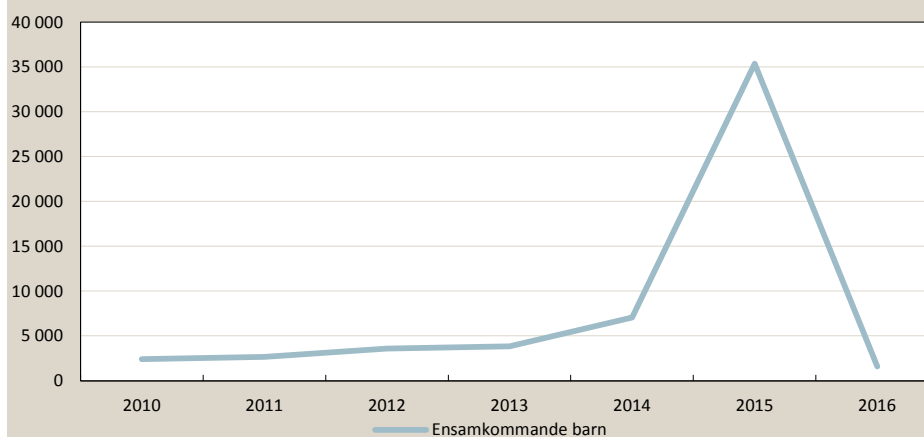
Antal asylsökande fördelat på andel barn respektive fördelningen av män och pojkar samt kvinnor och flickor.

År	Antal asylsökande	Varav män/pojkar (%)	Varav kvinnor/flickor (%)
2010	31 819	62	38
2011	29 648	64	36
2012	43 887	63	37
2013	54 259	64	36
2014	81 301	67	33
2015 helår	162 877	70	30
2015 t.o.m. 2015-07-31	37 030	69	31
2016 t.o.m. 2016-07-31	17 687	60	40

\* Data t.o.m. 2016-07-31.

Källa: Migrationsverket.

**Figur 2. Antal ensamkommande barn per år 2010–2016\***



\*Data t.o.m. 2016-07-31.

Källa: Migrationsverket.

Ungefär hälften av asylsökande under 2015 och 2016 är i åldern 18–44 år. Gruppen asylsökande i åldern 13–17 år, som under 2015 utgjorde 24 procent av de asylsökande, har minskat till 12 procent under 2016. Samtidigt har andelen asylsökande i åldersgruppen 0–6 år ökat från 11 procent till 19 procent (se tabell 2).

De största grupperna av asylsökande som kom till Sverige under 2016 är medborgare i Syrien (20 procent), Afghanistan (11,5 procent) och Irak (10 procent). Jämfört med 2015 har andelen asylsökanden från dessa länder minskat. Under 2015 kom 32 procent av de asylsökande från Syrien och 26 procent från Afghanistan.

**Tabell 2. Ålder- och könssammansättning bland asylsökande 2016\***

Åldersgrupp	Andel (%)	Varav kvinnor/flickor (%)	Varav män/pojkar (%)
0–6 år	19	48	52
7–12 år	7	45	55
13–17 år	12	25	75
18–24 år	15	35	65
25–34 år	24	36	64
35–44 år	13	39	61
45–64 år	8	49	51
> 64 år	2	59	41

\* Data t.o.m. 2016-07-31.

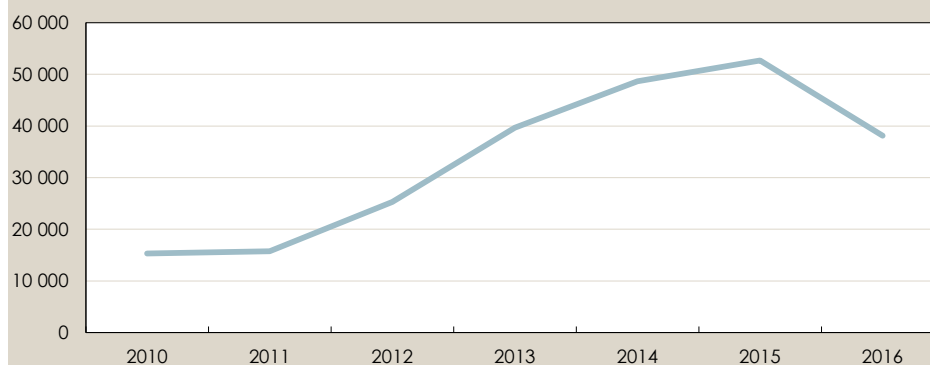
Källa: Migrationsverket.

Den sista juli 2016 var totalt cirka 152 000 personer inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem, en minskning med nära 30 000 sedan 31 december 2015. Närmare 64 000 av dessa var barn och drygt 29 000 (46 procent) av dessa var ensamkommande.

## Statistik för nyanlända

Nyanlända flyktingar är asylsökande som har beviljats uppehållstillstånd samt anhöriga till nyanlända som har beviljats uppehållstillstånd genom anknytning. Denna grupp har ökat kraftigt från 2011 och framåt (se figur 3). Från 2014 och t.o.m. juli 2016 har totalt cirka 140 000 nyanlända flyktingar blivit placerade i kommuner runt om i landet.

**Figur 3. Antal nyanlända\* per år 2010–2016\*\***



\*Beviljade uppehållstillstånd till asylsökande och till anhöriga.

\*\*Data t.o.m. 2016-07-31.

Källa: Migrationsverket.

Av de nyanlända hittills under 2016 utgörs 78 procent av beviljade uppehållstillstånd till asylsökande och 22 procent av uppehållstillstånd till anhöriga (se tabell 3). Fler män än kvinnor beviljas uppehållstillstånd som asylsökande, medan det är fler kvinnor än män som får uppehållstillstånd genom anknytning.

**Tabell 3. Antal nyanlända 2010–2016\***

Beviljade uppehållstillstånd till asylsökande och till anhöriga.

År	Beviljade uppehållstillstånd asylsökande	Beviljade uppehållstillstånd anhöriga	Totalt
2010	12 130	3 166	15 296
2011	12 726	3 037	15 763
2012	17 407	7 897	25 304
2013	28 998	10 673	39 671
2014	35 546	13 100	48 646
2015	36 462	16 251	52 713
2016*	29 669	8 487	38 156

\*Data t.o.m. 2016-07-31.

Källa: Migrationsverket.

## Osäkerhet i prognoser

Migrationsverket redovisar vid fem tillfällen per år en verksamhets- och utgiftsprognos. Prognosen presenterar olika beräkningsalternativ för antalet asylsökande som beräknas komma till Sverige kommande år [7].

Migrationsverket anger att prognoserna är osäkra och baseras på scenarion som är föränderliga över tid. Bland annat görs prognoserna utifrån EU:s samt enskilda medlemsländers politiska åtgärder, t.ex. åtstramningar och begränsningar för att minska antalet asylsökande till Europa [7].

### *Prognoser för asylsökande*

Enligt Migrationsverkets prognosrapport publicerad i juli 2016 har antalet asylsökande för 2016 och 2017 skrivits ner jämfört med tidigare prognos. Prognosen utgår från ett nedre och ett övre scenario samt ett planeringsantagande däremellan. Svårigheterna att ta sig till och genom Europa har medfört att antalet asylsökande i Sverige hittills har utvecklats enligt det nedre scenariot utifrån prognosen från april. Migrationsverket bedömer att dessa förutsättningar sannolikt fortsätter under 2016.

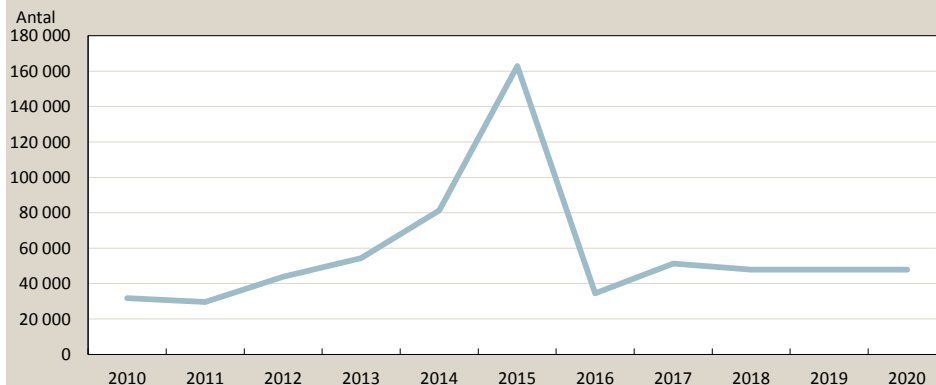
Prognosen för antalet asylsökande för 2016 har skrivits ned till mellan 30 000 och 50 000. I prognoserna som publicerades i februari respektive april i år var motsvarande antal 100 000 respektive 60 000<sup>2</sup> asylsökande för 2016. Planeringsantagandet är att 34 500 personer, varav 3 000 ensamkommande barn, söker asyl i Sverige under 2016. Även prognosen för 2017 har skrivits ned, till mellan 35 700 och 77 700. Planeringsantagandet är att 51 200 personer, varav 4 500 ensamkommande barn, söker asyl i Sverige under 2017.

Antalet asylsökande de senaste åren samt de som beräknas komma under 2016–2020 enligt prognosen från juli 2016 illustreras i figur 4.

<sup>2</sup> Varav 18 000 respektive 7 000 ensamkommande barn.

**Figur 4. Antal asylsökande per år 2010–2020**

Baserad på statistik för 2010–2015 och prognos för 2016–2020.



Källa: Migrationsverket.

### *Prognoser för nyanlända*

Prognoser för antal nyanlända flyktingar baseras dels på förväntat antal uppehållstillstånd som kommer att beviljas till asylsökande, dels på förväntat antal uppehållstillstånd som kommer att beviljas för anhöriga, s.k. anknytningsärenden. Prognoserna baseras på scenarion och regelverk enligt ovan och beror även på handläggningstider för asylansökningar. De flesta asylärenden från hösten 2015 återstår fortfarande att handlägga varför handläggningstiderna är fortsatt långa. Migrationsverket anger i sin rapport i juli 2016 att den genomsnittliga handläggningstiden kommer att öka från 9 månader till 12 månader, bl.a. eftersom antalet asylärenden kommer att öka p.g.a. den nya lagen om tillfälliga uppehållstillstånd<sup>3</sup>.

Från 2010 och till och med sista juli 2016 har cirka 235 000 personer beviljats uppehållstillstånd på asylgrunder. Figur 5 illustrerar antal nyanlända per år från 2010 samt prognos fram till och med 2020.

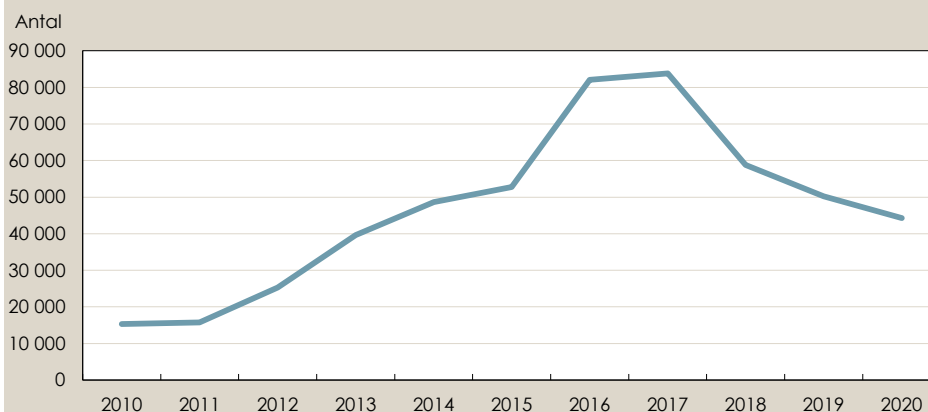
Migrationsverket bedömer att cirka 63 000 nya uppehållstillstånd för asylärenden kommer att beviljas under 2016. Det är en ökning jämfört med 2015 då drygt 36 500<sup>4</sup> uppehållstillstånd för asylärenden beviljades [7]. Enligt prognosen kommer kommunernas mottagande av nyanlända flyktingar att stiga under 2017 och 2018 för att sedan gå tillbaka till samma nivåer som under föregående år.

<sup>3</sup> Se avsnittet Lagstiftning nedan.

<sup>4</sup> Beviljade uppehållstillstånd i första instans, exklusive förlägningsärenden eller omprövning av beslut.

**Figur 5. Antal nyanlända\* per år 2010–2020**

Baserat på statistik för 2010–2015 och prognos för 2016–2020.



\*Uppehållstillstånd till asylsökande.

Källa: Migrationsverket.

## Papperslösa

Antalet papperslösa i Sverige är svårt att uppskatta på grund av att det inte finns någon tillförlitlig statistik. Olika tidigare uppskattningar talar dock för att omkring 10 000–35 000 personer lever som papperslösa i Sverige varav 2 000–3 000 uppskattas vara barn [8, 9].

Det är troligt att antalet papperslösa kommer att öka framöver, bland annat på grund av den nya asyllagstiftningen som innebär att färre asylsökande kommer att få permanenta uppehållstillstånd samt ändringar av rätten till bistånd enligt lagen om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA). Det saknas dock uppskattningar över hur stor ökningen av antal papperslösa kommer att bli. Landstingen redovisar statistik för vård till papperslösa, men enligt Statskontoret är det ett stort bortfall i denna statistik. Statskontoret konstaterar dock att antalet redovisade besök i vården av papperslösa ökade med 56 procent under 2015 jämfört med 2014 till nästan 30 000 besök [10]. Enligt samma statistik ses en koncentration av vård till papperslösa i storstadsregionerna.

## Ojämn fördelning av flyktingmottagandet i kommuner och landsting

Asylsökande och nyanlända är ojämnt fördelade över landet. Ojämnheten kan bland annat förklaras av att det inte finns någon princip om jämn fördelning när Migrationsverket upphandlar asylboenden. Gällande nyanlända personer så väljer majoriteten att bosätta sig på egen hand vilket bidrar till att man väljer att bosätta sig på orter där det redan finns många landsmän.

### Ojämn fördelning mellan landsting

I tabell 4 redovisas andelen asylsökande i förhållande till folkmängden i alla landsting. Kalmar har högst andel asylsökande i relation till befolkningen<sup>5</sup>, 3,2 procent, följt av Västernorrland, Jämtland och Värmland. Stockholm har minst andel asylsökande, 0,8 procent, i relation till befolkningen i länet.

**Tabell 4. Antal och andel asylsökande per landsting samt boendeform**

Antal och andel asylsökande (vuxna och barn) inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem 2016-07-31, i relation till folkmängd i respektive landsting (SCB 2016-03-31).

Landsting	Folkmängd (SCB)	Inskrivna i Migrationsverkets system	Andel av totala folkmängden (%)	Andel i anläggningsboende (%)	Andel i enskilt boende (%)	Andel i övrigt boende (%)*
Blekinge	156 590	3 587	2,3	66	18	16
Dalarna	281 359	6 875	2,4	67	16	17
Gotland	57 405	748	1,3	55	18	27
Gävleborg	282 270	6 040	2,1	64	23	13
Halland	315 427	4 620	1,5	66	17	17
Jämtland	127 654	3 484	2,7	79	6	15
Jönköping	348 822	5 785	1,7	54	25	21
Kalmar	238 105	7 615	3,2	73	15	12
Kronoberg	191 935	4 304	2,2	60	23	17
Norrbottnen	249 800	5 943	2,4	81	5	14
Skåne	1 306 951	16 499	1,3	35	42	23
Stockholm	2 239 217	18 757	0,8	9	66	25
Sörmland	284 470	5 928	2,1	54	31	15
Uppsala	355 466	3 390	1,0	24	28	48
Värmland	276 280	7 499	2,7	71	15	14
Västerbotten	263 876	3 863	1,5	65	10	25
Västernorrland	244 034	6 844	2,8	80	9	11
Västmanland	264 796	5 011	1,9	50	29	21
Västra Götaland	1 652 641	23 834	1,4	46	32	22
Örebro	291 617	6 363	2,2	64	22	14
Östergötland	446 663	5 455	1,2	43	35	22
<b>Riket</b>	<b>9 875 378</b>	<b>152 464</b>	<b>1,5</b>	<b>51</b>	<b>29</b>	<b>20</b>

\*HVB eller stödboende.

Källa: Migrationsverket, SCB.

<sup>5</sup> Antal asylsökande inskrivna i Migrationsverkets system per kommun 2016-07-31 i relation till befolkningen 2016-03-31, SCB.

Andelen asylsökande som bor i anläggningsboenden (ABO) eller i eget boende (EBO) skiljer sig kraftigt mellan olika landsting. I Stockholm bor 66 procent i enskilt boende jämfört med 5 respektive 6 procent i Norrbotten och Jämtland. Storstadsregionerna Stockholm, Skåne och Uppsala har minst andel asylsökande i anläggningsboende.

Ensamkommande barn bor nästan alltid i annat boende (HVB, familjehem eller stödboende). Andelen ensamkommande barn i förhållande till befolkningen och andel ensamkommande av det totala antalet inskrivna barn skiljer sig också mycket över landet. I Uppsala län utgör andelen ensamkommande barn 77 procent av alla barn som är inskrivna i Migrationsverkets system, följt av Stockholms län med 63 procent och Skåne med 53 procent (se tabell 5). I förhållande till befolkningen har Kalmar län för närvarande störst andel ensamkommande barn (6,8 procent), medan Stockholm har minst andel (1,5 procent).

**Tabell 5. Andel asylsökande barn i relation till totala antalet personer under 18 år i respektive landsting**

Barn 0–17 år fördelat över riket, i relation till folkmängd i respektive landsting (SCB 2016-03-31).

Landsting	Antal personer under 18 år (SCB)	Antal personer under 18 år inskrivna i Migrationsverkets system	Andel asylsökande barn av totala antalet personer under 18 år (%)	Varav andel ensamkommande barn (%)
Blekinge	30 769	1 432	4,6	38
Dalarna	54 806	2 969	5,4	38
Gotland	10 316	423	4,1	46
Gävleborg	54 511	2 261	4,1	33
Halland	66 460	1 906	2,8	39
Jämtland	24 635	1 465	5,9	38
Jönköping	73 798	2 552	3,4	45
Kalmar	44 778	3 076	6,8	30
Kronoberg	39 815	1 876	4,7	39
Norrbotten	45 649	2 327	5,1	36
Skåne	270 848	7 010	2,6	53
Stockholm	485 687	7 336	1,5	63
Sörmland	59 379	2 187	3,7	39
Uppsala	72 703	2 005	2,8	77
Värmland	51 621	3 141	6,1	33
Västerbotten	51 166	1 916	3,7	49
Västernorrland	47 419	2 482	5,2	29
Västmanland	53 442	2 052	3,9	50
Västra Götaland	337 557	10 315	3,1	49
Örebro	59 379	2 537	4,3	35
Östergötland	90 327	2 364	2,6	49
<b>Riket</b>	<b>2 025 065</b>	<b>63 633</b>	<b>3,1</b>	<b>46</b>

Källa: Migrationsverket, SCB.



### *Ojämn fördelning inom landsting*

Även inom landstingen är det en ojämn fördelning av både asylsökande och kommunmottagna mellan kommunerna. Den nya lagen om bosättning<sup>6</sup> syftar till att fördela bosättningen jämnare. Dock väljer en stor del av de nyanlända själva var de bosätter sig, och väljer då ofta orter där det sedan tidigare finns släktingar eller andra landsmän. Detta innebär att många kommuner kommer ha ett fortsatt stort mottagande.

Här följer några exempel på den ojämna fördelningen av asylsökande och nyanlända. I Kalmar landsting är Hultsfred den kommun som har störst andel asylsökande i relation till sin befolkning, 10 procent, medan motsvarande siffra för Kalmar kommun som tar emot minst andel asylsökande är 0,1 procent. På samma sätt så är Högsby den kommun i landstinget som under 2015 och 2016 tagit emot flest kommunplacerade, 5,7 procent i relation till sin befolkning, medan Kalmar kommun har tagit emot minst andel kommunplacerade med 0,5 procent.

## Lagstiftning

Antalet personer som söker asyl i Sverige samt det förväntade antalet framöver påverkas bland annat av begränsningar i uppehållsrätten samt ökade kontroller vid de yttre gränserna. Nedan beskrivs de förändringar i lagar och förordningar som har införts under 2016.

### Tillfälliga gränskontroller och id-kontroller

Sedan den 4 januari 2016 har tillfälliga id-kontroller införts vid resor till Sverige från Danmark<sup>7</sup>. Förordningen om id-kontroller<sup>8</sup> hade giltighetstid på 6 månader och syftade till att lättare kunna klarlägga vilka som reser in i landet och att minska trycket på samhällsfunktionerna i stort. I juni 2016 beslutade regeringen om att förlänga id-kontrollerna till och med den 4 november 2016.

Den tillfälliga lagen har troligtvis, tillsammans med andra åtgärder, bidragit till minskningen av antalet personer som sökt asyl i Sverige under 2016. Regeringen har initierat en utvärdering av lagen under hösten 2016 där ett flertal myndigheter, däribland Socialstyrelsen, har fått i uppdrag att göra en bedömning av effekterna av lagen. Socialstyrelsen har lämnat en bedömning av lagens effekter på hälso- och sjukvården och socialtjänsten [11].

### Bosättningslag, anvisning av nyanlända till kommuner

Sedan den 1 mars 2016 är samtliga kommuner skyldiga att ta emot nyanlända för bosättning<sup>9</sup>. Enligt den nya lagen ska anvisningar till kommuner i första

<sup>6</sup> Lag (2016:38) om mottagning av vissa nyanlända invandrare för bosättning, se avsnittet Lagstiftning.

<sup>7</sup> Lag (2015:1073) om särskilda åtgärder vid allvarig fara för den allmänna ordningen eller den inre säkerheten i landet.

<sup>8</sup> Förordning (2015:1074) om vissa identitetskontroller vid allvarig fara för den allmänna ordningen eller den inre säkerheten i landet.

<sup>9</sup> Lag (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrade för bosättning.

hand omfatta nyanlända som bor i Migrationsverkets anläggningsboende samt kvotflyktingar. Antalet nyanlända som respektive kommun är skyldig att ta emot bestäms av kommunens storlek, arbetsmarknadsläge, det sammantagna mottagandet av nyanlända och ensamkommande barn samt antalet asylsökande. Det övergripande syftet med den nya bosättningslagen är att den ska förbättra nyanländas etablering på arbetsmarknaden och i samhällslivet. Beroende på var i landet nyanlända blir kommunplacerade kan påverkan på hälso- och sjukvården och tandvården komma att variera i relation till antalet nyanlända inom respektive landsting. Majoriteten av alla nyanlända ordnar dock sitt eget boende, vilket leder till en stor koncentration till vissa orter, såsom Malmö och Södertälje.

## Rätten till bistånd enligt lagen om mottagande av asylsökande

Sedan den 1 juni 2016 har en ändring i lagen om mottagande av asylsökande m.fl. införts<sup>10</sup>. Ändringen innebär att en asylsökande inte har rätt till bistånd om den asylsökande har fått ett beslut om avvisning eller utvisning som har börjat gälla, eller om tidsfristen för frivilligt återvändande har gått ut. Ändringen gäller inte vuxna som bor tillsammans med sina barn under 18 år.

Bakgrunden till lagändringen är det stora antalet asylsökande och behoven av att förbättra resurserna i systemet för att ta emot asylsökande. Därför har regeringen föreslagit att rätten till bistånd ska upphöra tidigare än i dag för vuxna asylsökande som inte bor tillsammans med ett eget barn under 18 år.

## Begränsad rätt till uppehållstillstånd

Riksdagen beslutade i juni 2016 om att införa en ny lag som trädde i kraft den 20 juli som innebär begränsade möjligheter för asylsökande att få uppehållstillstånd i Sverige<sup>11</sup>. Lagen är tidsbegränsad och har föreslagits gälla i maximalt tre år. Bakgrunden är den ökade belastningen på det svenska asylsystemet och på centrala samhällsfunktioner. Lagen innebär tidsbegränsade uppehållstillstånd istället för permanenta som idag är huvudregel för flyktingar och alternativt skyddsbehövande som beviljas skydd i Sverige. Vidare innebär lagen skärpta försörjningskrav vid anhöriginvandring, med undantag för när anknytningspersonen är flykting eller alternativt skyddsbehövande. Lagen omfattar dem som har sökt asyl efter den 24 november 2015 då regeringen presenterade utkastet till lagförslaget, samt även vuxna utan barn som ansökte om asyl före 24 november 2015.

---

<sup>10</sup> Lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

<sup>11</sup> Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige.

# Vårdbehov och vårdkonsumtion

I detta kapitel beskrivs kunskap om vårdbehov och vårdkonsumtion hos berörda grupper som inhämtats inom ramen för uppdraget. Vårdkonsumtion hos vuxna asylsökande påverkas bland annat av den begränsade rätten till vård och hur begreppet *vård som inte kan anstå* bedöms, men även av ålders- och könsfördelning. Kapitlet inleds med en kartläggning av vilken vård som landstingen erbjuder vuxna asylsökande och papperslösa. Landstingen är berättigade att erbjuda vård i större omfattning än vad som anges i lagen, och flera landsting har valt att arbeta fram lokala riktlinjer för vilken vård som bör erbjudas asylsökande och papperslösa. Vissa landsting har valt att erbjuda vård i större omfattning än vad som anges i lagen.

## Sex landsting erbjuder utökad vård till asylsökande

Fram till våren 2016 hade Västmanland, Västerbotten, Sörmland, Gävleborg, Östergötland och Västernorrland valt att utöka den vård som erbjuds till vuxna asylsökande och papperslösa. Dessa sex landsting som erbjuder utökad vård har valt att göra det på lite olika sätt.

Fyra landsting, Västmanland, Västerbotten, Sörmland och Gävleborg, har valt att ge vuxna asylsökande och papperslösa utökad rätt till både hälso- och sjukvård och tandvård. Det innebär att asylsökande och papperslösa vuxna även har rätt till planerad vård. Vård ges på samma villkor som till övriga befolkningen i landstinget och avgiften är densamma som för övriga befolkningen. Östergötland erbjuder vuxna asylsökande och papperslösa samma tillgång till hälso- och sjukvård som övriga invånare i länet. I Västernorrland har ett politiskt beslut fattats om att vården för papperslösa ska utvidgas, men beslutet är ännu inte implementerat.

Bakgrunden till besluten i alla landsting har varit etiska och moraliska skäl i kombination med politisk vilja. I underlaget till ett av landstingsbesluten beskrivs att begreppet *vård som inte kan anstå* leder till att de vårdetiska principerna inte alltid kan följas och att människovärdesprincipen är särskilt svår att följa. Västmanland har valt att skjuta till pengar för vuxna asylsökande och papperslösa som får tandvård, motsvarande den ersättning övrig befolkning har rätt till från Försäkringskassan. Det förekommer dock knappt att detta blir nödvändigt då asylsökande och papperslösa sällan har sökt sig till tandvården mer än vid akuta behov.

Två av landstingen som erbjuder utökad vård till asylsökande har följt upp dessa beslut. I Sörmland har man i sin uppföljning av vårdkonsumtionen sett att för sjukvård som oftast bedöms kunna anstå, t.ex. sjukgymnastik, ligger Sörmland över rikets snitt mätt i antal besök. En uppskattning är att beslutet om vård på lika villkor leder till en merkostnad om 1–2 miljoner kronor per år. En fördel med beslutet är att vårdpersonal inte behöver utsättas för etiska dilemman. Östergötland har följt upp beslutet om utökat vårdåtagande ur fyra

perspektiv: ekonomiskt, administrativt, för verksamheten och för patienten. Beslutet har lett till ökad administration för personal som registrerar och tar betalt av patienter. Andra slutsatser om kostnader och vårdkonsumtion har inte kunnat dras på grund av svårigheter att särskilja om antalet besök och ökade kostnader för asylsökande och papperslösa patienter beror på att dessa grupper ökat eller på det utökade vårdåtagandet.

Majoriteten av de 15 landsting som inte erbjuder utökad vård till asylsökande och papperslösa vittnar om svårigheter för vårdpersonalen att bedöma vad som ingår i vård som inte kan anstå. Dessa svårigheter utgör en utmaning både för hälso- och sjukvården och tandvården och beskrivs under rubriken Gemensamma utmaningar för vården.

## Vårdbehov

Hälsostatusen och vårdbehovet hos de flyktingar som kommer till Sverige varierar i stor utsträckning eftersom grupperna är mycket olika. Behovet av insatser från hälso- och sjukvården samt tandvården påverkas av bland annat ålder, kön, förekomst av ohälsa, ursprungsland och själva migrationsprocessen. Migrationsprocessens olika faser kan ha en stor påverkan på individens hälsa och öka behovet av hälso- och sjukvård och tandvård [12]. Att tvingas fly till ett nytt land kan innebära en social degradering samt i viss utsträckning en social och kulturell kollision med det nya samhället vilket kan leda till en social utsatthet och ökad sårbarhet [6]. Efter ankomsten till det nya landet kan den asylsökande uppleva svårigheter att knyta an till ett okänt språk, kultur och samhällsliv. Alla dessa faktorer innebär ökad risk för psykisk ohälsa [12, 13]. En djupare beskrivning av vårdbehoven hos de berörda grupperna finns i den litteraturgenomgång som presenterades i uppdragets delrapport [1].

Socialstyrelsen har här sammanställt vårdbehovet hos berörda grupper, främst hos asylsökande, såsom det beskrivs av de utvalda vårdverksamheterna samt av uppdragets referensgrupp. Först redovisas om och i vilken utsträckning landstingen själva har genomfört någon inventering av vårdbehovet för framtida planering.

### Få landsting har kartlagt vårdbehovet

Det är bara Sörmland och Östergötland som har genomfört en analys av vårdbehovet. Sörmlands analys berör såväl asylsökande, nyanlända som papperslösa och utifrån intervjuer med verksamheter konstaterar man att vårdbehovet är stort. De allra flesta har vårdbehov kopplat till både psykiska och fysiska problem samtidigt som många i de berörda grupperna har en stor okunskap om hälsa. Många saknar eller har ofullständigt vaccinationsskydd och till följd av detta är förekomsten av infektionssjukdomar förhöjd. Behovet av tandvård varierar mycket beroende på ursprungsland och munstatus. Det är vanligt förekommande med karies, tandskador samt tandlossnings- och bettfel. Barn- och ungdomspsykiatri i Sörmland ser att barnen behöver stöd i vardagen och att en väl genomförd introduktion till samhället är väsentlig. Stöttning i vardagslivet är något som flertalet intervjuade respondenter tar upp som en viktig och avgörande faktor för

gruppens välmående [14]. Östergötlands behovsanalys har fokus på hur hälso- och sjukvården tillgodoser behoven hos asylsökande och nyanlända [15].

I Skåne och Västra Götaland pågår kartläggningar av vårdbehovet. I Skåne görs en kartläggning i samarbete med Malmö högskola, Region Skåne, Lunds universitet, Arbetsförmedlingen och Länsstyrelsen. Syftet är att få en väl underbyggd bild av hälsoläget för nyanlända flyktingar i Skåne. Kartläggningen är beräknad att publiceras under 2016.

Västra Götaland kommer att med hjälp av befolkningsdata från SCB studera nyanländas vårdkonsumtion i en retrospektiv studie (läs mer i avsnittet Vårdkonsumtion under rubriken Hälsoutveckling på lång sikt för flyktingar som kommer till Sverige).

Värmland inventerar löpande tandvårdsbehovet bland asylsökande barn genom att gradera deras behov på en skala mellan 1 och 3. Klinikerna får då underlag för att prioritera sin verksamhet. Denna typ av inventering ger endast en nulägesbild, men det finns potential att använda informationen om tandvårdsbehovet i en mer långsiktig planering.

Övriga landsting har andra pågående aktiviteter men har inte genomfört något som kan betecknas som en regional kartläggning eller inventering av de berörda gruppernas vårdbehov.

## Psykiska vårdbehov identifierade av verksamheterna

Psykisk ohälsa bedöms av vården som orsak till ett stort vårdbehov och något som kommer att öka med tiden hos berörda grupper. Psykisk ohälsa har hittills identifierats främst bland ensamkommande barn där BUP upplever en påverkan medan vuxenpsykiatri inte tagit emot så många asylsökande och nyanlända patienter. Vårdbehovet varierar dock stort mellan individer och det kan vara svårt att generalisera.

### *Barn*

Vårdbehovet hos barn handlar främst om posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), självskadebeteenden och sömnsvårigheter. Det förekommer även bedömning och vård vid självmordsplaner och självmordsförsök. Det finns ett stort behov av akut vård särskilt för ensamkommande barn. Mest framträdande är dock behovet av stöd i vardagen och regelbundna vardagsrutiner kring mat, sömn och aktiviteter. Avsaknaden av detta påverkar barnens psykiska hälsa och skapar efterfrågan av psykisk vård. Samsjuklighet mellan psykiatriska och somatiska besvär, som t.ex. magont och sömnsvårigheter, är vanligt. Den psykiska hälsan påverkas också negativt av psykosociala förhållanden, ovisshet om familjeåterförening och uppehållstillstånd. En del ensamkommande barn har även problem med drogmissbruk som påverkar den psykiska hälsan. Uppgivenhetssymtom är något som vården ännu inte har mött i så stor utsträckning. Det finns mycket som talar för att den psykiska ohälsan i berörda grupper kan komma att öka framöver på grund av fördröjningseffekter.

### *Vuxna*

För vuxna har vården hittills främst identifierat ett vårdbehov för PTSD samt för akuta besvär som svår ångest och depression. Patienterna har ofta inte

enbart en psykiatrisk problematik utan den är kombinerad med en social problematik. Precis som för barn finns det en stor samsjuklighet mellan psykiatriska symptom och somatiska besvär. Personerna mår också psykiskt dåligt till följd av social problematik såsom bland annat otrygga boendeförhållanden, ovisshet om familjeåterförening och uppehållstillstånd samt brist på sysselsättning. Det finns en del missbruksproblematik, och även en annan syn på vad som kan betraktas som missbruk, t.ex. att ta hasch och marijuana. Den psykiska ohälsan kan komma att öka framöver även hos vuxna av flera skäl. Dels kan psykisk ohälsa visa sig i en senare fas på grund av att långa handläggningstider orsakar ovisshet under asylperioden, dels kan psykisk ohälsa visa sig när man påbörjat etablering orsakad av ovisshet och problem knutna till sysselsättning, boende och integrering. Den nya asyllagen riskerar att öka den psykiska ohälsan genom tillfälliga uppehållstillstånd, avvísingsbeslut och att familjeåterförening försvåras.

Det finns en risk för att psykisk ohälsa hos kvinnor i berörda grupper är mer dold. Till exempel är sexuellt våld och övergrepp tabu. Problem kan komma fram många år senare. Det är dock viktigt att uppmärksamma att även män och pojkar kan vara utsatta för sexuella övergrepp.

## Somatiska vårdbehov som verksamheterna har identifierat

Även det somatiska vårdbehovet skiljer sig inom berörda grupper. Vårdenheter som genomför hälsoundersökningar beskriver dock att grupper av de asylsökande som kom 2015 är relativt friska.

### *Barn*

Många barn är i behov av vaccinationer, men vården vet inte alltid vilka vaccinationer barnen har fått tidigare och att bedöma vaccinationsbehovet är ett omfattande arbete. Vården möter barn med kroniska sjukdomar som är i progressiva skeenden. Dessa barn har inte alltid fått behandling i sitt hemland eller har inte kunnat upprätthålla sin behandling under flykten. Det leder till att vården möter barn i sämre tillstånd än man annars är van vid. Vården möter också barn med infektioner, barn i behov av habilitering och barn i behov av neonatalvård.

### *Vuxna*

Infektionssjukdomar som tuberkulos, HIV och hepatit B och C förekommer oftare bland migranter [16]. Dessa sjukdomar kräver framförallt preventiva insatser såsom information för att minska risken för smittspridning men ibland är även behandling aktuellt. Den tuberkulos som vården främst möter är den latent och icke-smittsamma varianten. Inom mödrhälsovård och förlossningsvården rapporteras ett stort vårdbehov för kvinnor i fertil ålder samt en hög förekomst av multiresistenta bakterier som kan orsaka infektion (MRSA). Det förekommer också skabb, löss, kroniska sjukdomar och missbruk.

## Tandvårdsbehov som verksamheterna har identifierat

Behovet av tandvård är stort för både barn och vuxna. Tandhälsa och tandstatusen varierar dock beroende på vilket land man kommer från.

Tandvården möter barn som har omfattande karies och det är ett vårdbehov som svenska tandläkare inte är vana att möta. Flera landsting uppger att tandstatusen hos berörda grupper liknar situationen i Sverige för 40 år sedan.

Det finns också ett behov av tandvård bland vuxna och vissa har en dålig tandstatus som kräver omfattande tandvård som inte kan anstå. Utöver en ojämn och dålig tandhälsa bland barn och vuxna asylsökande har många landsting identifierat ett omfattande tobaksbruk och en hög sockerkonsumtion som är oroväckande. Det är levnadsvanor som kommer att öka behovet av tandvård även på sikt.

## Vårdbehov som referensgruppen har identifierat

Socialstyrelsen har diskuterat vårdbehov hos berörda grupper med referensgruppen. Deras bild stämmer överens med den som beskrivs av företrädare för hälso- och sjukvården och tandvården. De vårdbehov som lyftes fram av referensgruppen är

- dåliga förhållanden före flykt och långs flyktvägen som orsakar skabb, dysenteri, difteri, tuberkulos, mässling
- trauman från flyktvägen
- ökad risk för psykisk ohälsa
- deprimerade kvinnor med barn som befunnit sig länge i asylprocessen
- kvinnor, män och barn som utsatts för sexuella övergrepp
- oönskade graviditeter till följd av övergrepp
- bristande kunskap om preventivmedel, sex och samlevnad
- apatiska barn/uppgivenhetssymtom
- låg kunskap om egenvård och friskvård
- ökad risk för folkhälsosjukdomar, såsom diabetes och hjärt-/kärlsjukdomar
- karies.

## Vårdkonsumtion

Kunskapen om vårdkonsumtion i berörda grupper, särskilt nyanlända, är begränsad. Vårdkonsumtion hos asylsökande sammanställs årligen av SKL baserat på landstingens rapportering. Resultaten för 2015 publicerades i september 2016 och sammanfattas här kort [17]. Detta avsnitt beskriver även resultat av analyser av Socialstyrelsens hälsodataregister som kompletterar de som presenterades i uppdragets delrapport, inklusive en analys av nyanländas tandstatus och tandhälsa.

Samkörning av Socialstyrelsens hälsodataregister med SCB:s befolkningsregister möjliggör en förfinad analys av vårdkonsumtion över tid för olika grupper som tidigare har migrerat till Sverige. Detta kan bidra med kunskap om nyanländas hälsoutveckling på längre sikt och ge underlag för att utveckla prognoser för vårdbehov för de som nu kommer till Sverige. En

sådan registerbaserad analys har initierats av Folkhälsomyndigheten och genomförs i samarbete med SKL, Socialstyrelsen och Västra Götalandsregionen. Den beskrivs sist i detta avsnitt.

## Hälso- och sjukvård till asylsökande baserat på landstingens rapportering

SKL rapporterar årligen omfattningen av den hälso- och sjukvård som landstingen har erbjudit asylsökande och begärt ersättning för. Den senaste rapporten omfattar vårdkonsumtion under 2015 med jämförelser från 2010–2014 [17].

Besöken i primärvården ökade år 2015 till 1,6 besök per asylsökande, jämfört med 1,1 besök året innan. I övrig somatisk och specialiserad vård är förändringarna relativt små från 2014 till 2015. En trolig förklaring kan vara att flest asylsökande kom under årets sista månader och därför inte hann komma i kontakt med den specialiserade vården.

Inom både vuxen- och barn- och ungdomspsykiatrin minskar antalet vårdinsatser per asylsökande över åren. Men det totala antalet vårddagar och vårdtillfällen i psykiatrin för asylsökande som grupp ökar från 2014 till 2015, vilket sannolikt speglar det ökade antalet asylsökande under dessa år. SKL menar att minskningen av insatser per asylsökande kan tyda dels på underbehandling, dels på att begreppet *vård som inte kan anstå* tolkas mer restriktivt inom vuxenvården när trycket på vården ökar samtidigt som kapaciteten är begränsad.

Vårdkonsumtionen per asylsökande är lägre än hos övriga befolkningen, med undantag för läkarbesök i primärvården och vårddagar inom barn- och ungdomspsykiatrin. Vid jämförelsen med övriga befolkningen är det viktigt att notera att vuxna asylsökande inte har rätt till samma vård samt att gruppen asylsökande har en annan ålders- och könsstruktur än övriga befolkningen.

Under 2015 begärde hälso- och sjukvården ersättning för drygt 64 000 hälsoundersökningar, vilket nästan är en fördubbling från året innan. Hälso- och sjukvården har därmed lyckats öka sin kapacitet att utföra hälsoundersökningar under 2015. Andelen genomförda hälsoundersökningar av det totala antalet asylsökande för 2015 har dock minskat jämfört med föregående år, från 44 till 39 procent, eftersom antalet asylsökande under 2015 var så mycket högre. En förklaring till att genomförandegraden minskade för 2015 är att majoriteten av alla asylsökande kom under årets sista månader och hälso- och sjukvården hade begränsade möjligheter att hinna erbjuda dessa en hälsoundersökning innan årets slut.

## Hälso- och sjukvård baserat på Socialstyrelsens hälsodataregister

Med hjälp av Socialstyrelsens hälsodataregister kan man följa upp och utvärdera hälso- och sjukvården och tandvården. Hälsodataregistren ger också möjligheten att belysa och analysera ojämlikheter i vårdtillgången bland särskilt utsatta grupper i Sverige. Uppdragets delrapport redovisar analyser av vård- och läkemedelskonsumtion hos asylsökande och nyanlända baserat på patientregistret och läkemedelsregistret.



I dessa register är det dock en begränsning att det är svårt att identifiera individerna som ingår i gruppen asylsökande, nyanlända och papperslösa. Individer i registren identifieras med svenska personnummer eller i ett begränsat antal med samordningsnummer. När detta saknas registreras fortfarande vårdhändelsen eller läkemedelsuttaget, men kan inte ingå i analyser på individnivå. Detta gäller därför för asylsökande och papperslösa, som registreras utan personnummer eller samordningsnummer i dessa register. Dessa grupper kan dock studeras på gruppnivå genom ett ungefärligt urval. Vårdkonsumtionen för dessa grupper presenteras i relation till den totala vårdkonsumtionen.

### *Vårdkonsumtion baserat på patientregistret och läkemedelsregistret*

Den analys som Socialstyrelsen presenterade i delrapporten är baserad på patientregistret och läkemedelsregistret och den tyder på att vårdkonsumtionen för vissa diagnos- och läkemedelsgrupper kan vara vanligare bland asylsökande och nyanlända jämfört med andra grupper i befolkningen [1]. Det gäller t.ex. infektionssjukdomar som tuberkulos samt mödrahälsovård- och förlossningsvården.

En ny analys baserad på patientregistret presenteras här uppdelad på män och kvinnor. Urvalet som ungefär motsvarar gruppen asylsökande, papperslösa och nyanlända utgörs av vårdtillfällen som saknar personnummer och vårdtillfällen där inflyttningsdatum för individen var inom två år från vårdtillfället. Vårdkonsumtionsmönstret är relativt jämnt mellan könen (se tabell 6). Undantag är diagnosgrupperna *Graviditet, förlossning och barnsängstid* samt *Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker* där män generellt är överrepresenterade. De diagnosgrupper där både män och kvinnor i berörda grupper utgör en relativt stor andel av vårdvolymen är, i fallande storleksordning,

- vissa infektions- och parasitsjukdomar
- faktorer av betydelse för hälsotillståndet
- psykiska sjukdomar och beteendestörningar
- sjukdomar i örat och mastoidutskottet<sup>12</sup>
- sjukdomar i blod och blodbildande organ
- sjukdomar i ögat och närliggande organ.

Den absolut största diagnosgruppen för kvinnor i berörda grupper är dock *Graviditet, förlossning och barnsängstid*. Här utgör gruppen 8 procent respektive 7 procent av den totala vårdvolymen i sluten- respektive specialiserad öppenvård.

Vårdkonsumtionen bland män i berörda grupper utgör en större andel av männens totala vårdvolym jämfört med kvinnornas. Detta förklaras troligen av att männen utgör en större andel av berörda grupper än kvinnor. Skillnaden betyder inte att dessa män har en större vårdkonsumtion eller vårdbehov än kvinnor i berörda grupper.

---

<sup>12</sup> Ett rundat utskott av tinningbenet som sitter nedanför hörselgången.

**Tabell 6. Andel av totala antalet vårdtillfällen per kön, som utgörs av personnummerslösa eller vårdtillfällen med inflyttningsdatum inom två år från vårdtillfället. 2009–2014.**

Diagnosgrupp (ICD kapitel)	Slutenvård		Specialiserad öppenvård	
	Män (%)	Kvinnor (%)	Män (%)	Kvinnor (%)
Vissa infektions- och parasitsjukdomar	3,3	2,6	6,2	5,5
Tumörer	1,3	1,1	1,1	1,2
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	2,6	1,7	2,9	2,8
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar	1,6	1,3	1,3	1,7
Psykiska sjukdomar och beteendestörningar	3,2	2,1	2,4	1,8
Sjukdomar i nervsystemet	1,7	1,4	1,6	1,4
Sjukdomar i ögat och närliggande organ	2,5	1,4	1,4	0,9
Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	2,7	2,0	2,4	1,9
Cirkulationsorganens sjukdomar	1,1	0,7	1,0	0,8
Andningsorganens sjukdomar	1,1	0,8	2,1	1,7
Matsmältningsorganens sjukdomar	1,8	1,1	2,0	1,7
Hudens och underhudens sjukdomar	1,7	1,0	2,3	1,8
Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	1,2	0,7	1,5	0,9
Sjukdomar i urin- och könsorganen	1,3	1,4	2,1	2,6
Graviditet, förlossning och barnsängstid		8,0		7,0
Symtom, sjukdomstecken och onormala fynd som ej klassificeras annorstädes	1,7	1,4	2,8	2,8
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	2,3	0,9	3,7	2,5
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	3,5	3,2	2,6	3,6

## Tandhälsa och tandvårdsbesök bland nyanlända

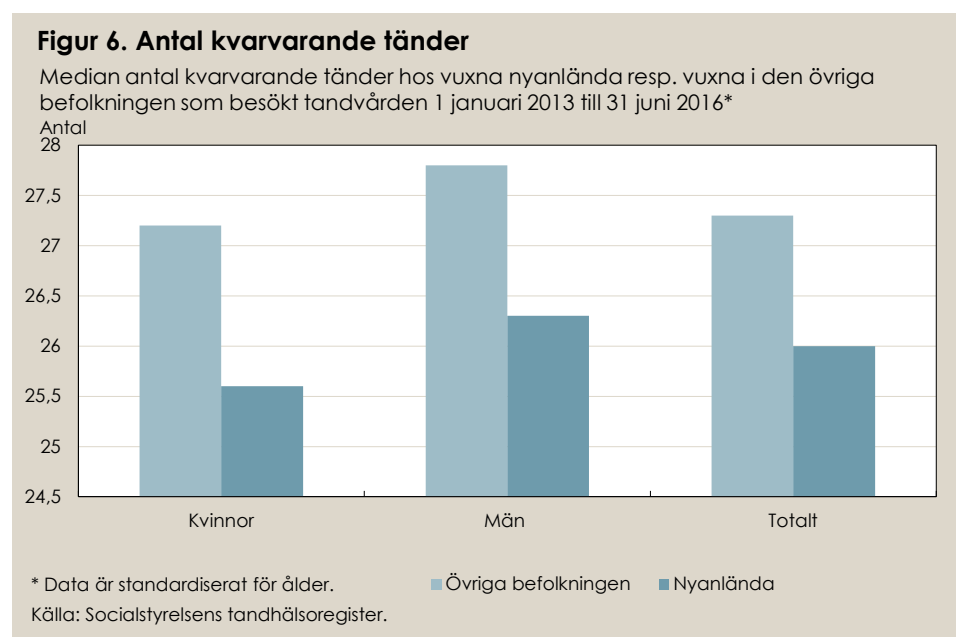
Informationen om tandhälsa bland asylsökande och nyanlända personer i Sverige är begränsad. I Socialstyrelsens tandhälsoregister finns uppgifter om tandhälsa och tandvård endast för personer som är 20 år och äldre och bosatta i Sverige, dvs. uppgifter saknas helt för asylsökande.

Socialstyrelsen har för denna rapport analyserat tandhälsa och tandvårdskonsumtion under tidsperioden 1 januari 2013 till 31 juni 2016 bland nyanlända personer från de sju vanligaste invandringsländerna<sup>13</sup>. Urvalet av nyanlända har baserats på datum för invandring till Sverige som sattes till maximalt tre år innan registrerat besök i tandvården.

### *Tandhälsan bland nyanlända varierar*

När en person som är bosatt i Sverige besöker tandvården och utnyttjar sitt allmänna tandvårdsbidrag som del i betalningen ska patientens generella tandhälsa rapporteras till tandhälsoregistret. Rapportering ska göras om antal kvarvarande tänder och antalet kvarvarande intakta<sup>14</sup> tänder. Sammantaget ger dessa variabler en översiktlig bild av individens tandhälsa och tidigare tandvård men också en indikation på framtida behov av tandvård.

Antalet kvarvarande tänder hos vuxna är ett mått på tidigare genomgången tandsjukdom och en övergripande indikator för oral hälsa. Figur 6 visar medianen kvarvarande tänder hos vuxna personer fördelat på nyanlända och övriga befolkningen som besökt tandvården mellan den 1 januari 2013 och 31 juni 2016.



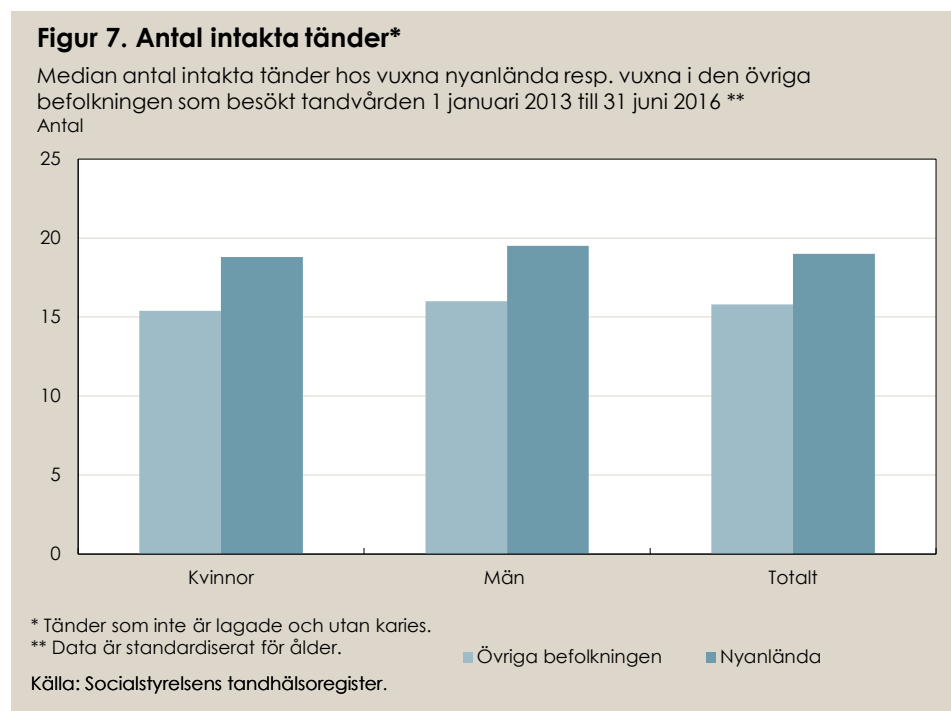
Nyanlända har i genomsnitt drygt en kvarvarande tand färre jämfört med den övriga befolkningen. Det föreligger dock stora skillnader mellan personer från olika invandringsländer. Den grupp av nyanlända med flest kvarvarande tänder hade i median 27,9 kvarvarande tänder, vilket är 0,6 fler tänder än den övriga befolkningen, medan den grupp av nyanlända med minst antal kvarvarande tänder hade 23,8 tänder, 3,5 tänder färre än den övriga befolkningen. Kvinnor, både bland nyanlända och i den övriga befolkningen, har 0,7 respektive 0,6 färre tänder än män. Att behöva få en tand uttagen kan

<sup>13</sup> Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran, Somalia, Syrien och Turkiet.

<sup>14</sup> En tand som inte är lagad sedan tidigare och utan karies.

vara orsakat av uttalad tandsjukdom men kan också vara ett uttryck för vilken typ av tandvård man haft tillgång till och har möjlighet att välja. Färre antal kvarvarande tänder kan leda till problem att tugga, äta och tala samt kan vara socialt stigmatiserat om tandförlusterna är synliga. Färre kvarvarande tänder kan därför indikera ett behov av rehabiliterande tandvård där förlorade tänder ersätts med protetiska ersättningar.

Av figur 7 framgår att nyanlända personer som besökt tandvården i genomsnitt har fler intakta tänder än den övriga befolkningen, 19 respektive 15,8.



Även här skiljer sig resultaten åt inom gruppen nyanlända. Medianantal intakta tänder varierar mellan 16,4 och 24,3 tänder. Kvinnor har något färre intakta tänder än män. Detta gäller för både gruppen nyanlända och för övriga befolkningen i Sverige. Antalet intakta tänder beskriver väl behovet av tandvård. En hög andel tänder som inte är intakta indikerar ett ökat behov av framtida tandvård då en tidigare lagad tand är en tydlig riskfaktor för framtida tandsjukdom eller tandskador.

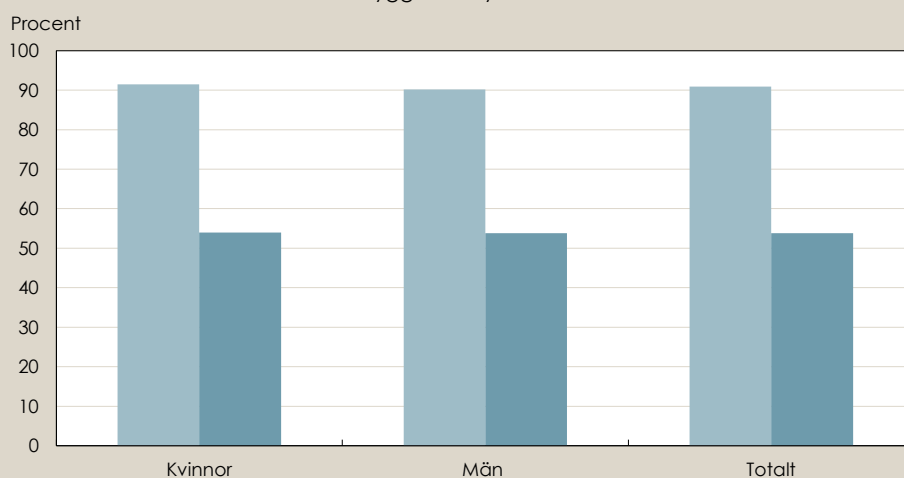
Sammantaget ger denna analys en bild av att nyanlända som besöker tandvården i genomsnitt har något färre kvarvarande tänder än den övriga befolkningen, men att de kvarvarande tänderna i högre utsträckning är intakta. Det är dock tydligt att tandhälsan bland nyanlända varierar kraftigt beroende på invandringsland. Olika grupper har olika erfarenhet av tandsjukdomar och det finns skillnader i vilken tandvård man haft tillgång till och erhållit. Det betyder i sin tur att olika grupper kan ha olika behov av tandvård.

### Akuta besök vanligare bland nyanlända

I Socialstyrelsens tandhälsoregister finns uppgifter om antal och typer av tandvårdsbesök. Att besöka tandvården för undersökning i förebyggande syfte gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på sjukdomar i munhålan i ett tidigt stadium. Detta kan minska framtida behov av tandvård. Av de nyanlända personer som besökte tandvården i perioden 1 januari 2013 till 31 juni 2016 gjorde 53,8 procent minst ett besök för undersökning i förebyggande syfte. Motsvarande andel i den övriga befolkningen var 90,9 procent (se figur 8).

**Figur 8. Andel personer som besökt tandvården i förebyggande syfte**

Andel personer som besökt tandvården 1 januari 2013-31 juni 2016 och som gjort ett eller fler besök i tandvården i förebyggande syfte\*



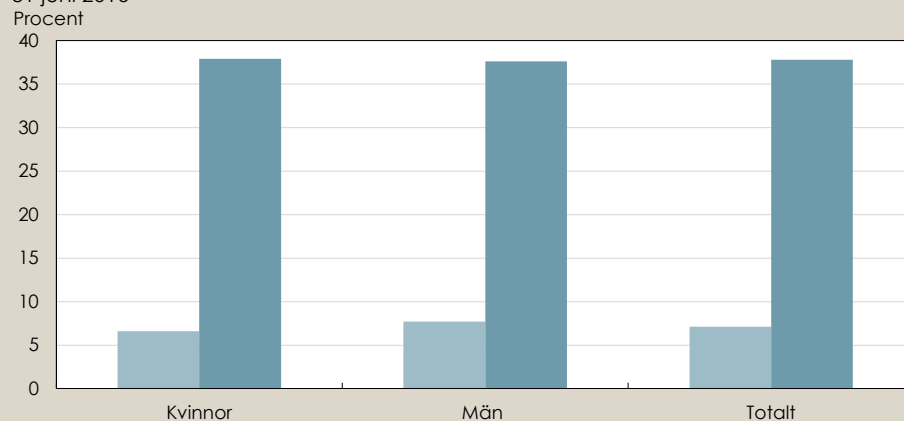
\* Data är standardiserat för ålder.

■ Övriga befolkningen ■ Nyanlända

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

**Figur 9. Andel personer som besökt tandvården akut**

Andel personer som besökt tandvården för endast akut behandling\* 1 januari 2013-31 juni 2016



\* Data är standardiserat för ålder.

■ Övriga befolkningen ■ Nyanlända

Källa: Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Att nyanlända som besöker tandvården i hög grad gör det för akuta besvär framgår av figur 9. I gruppen nyanlända gjorde 37,8 procent endast akuta besök till tandvården under perioden 1 januari 2013–31 juni 2016. I den övriga befolkningen var andelen som endast besökt tandvården akut 7,1 procent. I gruppen nyanlända förelåg ingen skillnad mellan könen medan män i den övriga befolkningen endast besöker tandvården akut i något högre grad än vad kvinnor gör, 7,6 respektive 6,6 procent. Inom gruppen nyanlända fanns dock skillnader i vilken utsträckning man endast besöker tandvården akut beroende på invandringsland. Andelen kvinnor och män i det land som i högst utsträckning endast besöker tandvården akut var 42,4 procent. För det land som i lägst utsträckning endast besökt tandvården akut var andelen 26,9 procent. Att besöka tandvården akut kan indikera ett ökat tandvårdsbehov men kan också vara ett uttryck för hur man väljer att besöka tandvården.

### *Tandvårdsbehov bland nyanlända*

Socialstyrelsens analys av tandhälsa och besök i tandvården bland nyanlända och personer i den övriga befolkningen visar att det föreligger skillnader mellan grupperna. Dock föreligger det även stora skillnader inom gruppen nyanlända beroende på vilket land individen kommer ifrån.

Att ha många egna och tidigare olagade tänder ger en god förutsättning för fortsatt god tandhälsa genom livet. Omvänt kommer personer med många tidigare lagade tänder att ha ett högre tandvårdsbehov. Nyanlända som besökt tandvården har i genomsnitt färre lagade tänder än den övriga befolkningen. Det ger således goda förutsättningar för att uppnå en god tandhälsa. Samtidigt besöker nyanlända tandvården för undersökning i förebyggande syfte i betydligt lägre utsträckning än vad den övriga befolkningen gör. Det kan ses som ett bekymmer i ett sjukdomsförebyggande perspektiv. Inom gruppen nyanlända finns det fler som saknar tänder jämfört med den övriga befolkningen. Bland dessa kan det finnas ett ökat behov av rehabiliterande tandvård i form av protetiska ersättningar.

I denna analys redovisas inte tandhälsa och tandvårdskonsumtion separat för respektive ursprungsland inom gruppen nyanlända. Resultaten visar dock på stora skillnader och ur ett tandhälso- och tandvårdsperspektiv är det tydligt att gruppen nyanlända inte kan analyseras som en enda grupp då det kan leda till att man riskerar att samtidigt både överskatta och underskatta behovet av tandvård.

## Hälsoutveckling på lång sikt för flyktingar som kommer till Sverige

Folkhälsomyndigheten har initierat ett projekt med målsättningen att kartlägga den långsiktiga utvecklingen av hälsa och ohälsa för flyktingar som har kommit till Sverige de senaste åren. Projektet, som initierades under våren 2016, genomförs i samverkan med SKL, Socialstyrelsen och Västra Götalandsregionen (VGR). Projektet ska avrapporteras i början av 2017.

Projektets övergripande mål är att prognostisera hälsoutvecklingen på lång sikt, dvs. de kommande 5 till 10 åren, hos några grupper av flyktingar som kommit till Sverige under 2015 och 2016. Kartläggningen är ett första steg till att identifiera möjliga preventiva insatser specifikt kring

infektionssjukdomar, psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och förebyggbar sjuklighet.

Som källa till analysen kommer historiska uppgifter om hälsoutvecklingen i olika grupper av flyktingar från befintliga register att användas. I vilken grad vårdkonsumtion i dessa grupper skiljer sig från övriga befolkningen kommer att analyseras.

Projektet kommer särskilt att analysera hälsoutvecklingen på lång sikt hos flyktingar från Syrien, Afghanistan och Irak, samt för ensamkommande barn. Målet är att göra prognoser för framtida hälsa och vårdkonsumtion i dessa grupper av nyanlända flyktingar avseende vård för somatisk och psykiatrisk sjuklighet:

- Somatisk sjuklighet
  - Total vårdkonsumtion
  - Infektionssjukdomar
  - Kroniska sjukdomar (kardiovaskulär sjuklighet och cancerdiagnoser)
  - ”Förebyggbara” resp. ”icke förebyggbara” somatiska diagnoser
- Psykiatriska diagnoser
  - Total vårdkonsumtion
  - Diagnosspecifik psykiatrisk sjuklighet (depression, ångest, beroendesjukdomar, PTSD, självmord)

Datakällor som kommer att användas är STATIV (en databas hos Statistiska centralbyrån, SCB), SCB:s befolkningsregister samt Socialstyrelsens hälsodataregister: patientregistret, läkemedelsregistret och cancerregistret. Specifikt kommer registerdata kring diagnosspecifik öppen- och slutenvård och behandling samt läkemedelsförskrivning att användas.

## Landstingens planeringsarbete

Socialstyrelsen har kartlagt samtliga landstings planeringsarbete för att kunna möta vårdbehovet i berörda grupper. Nedan följer en redovisning av planeringsarbetet inom hälso- och sjukvården samt tandvården.

### Långsiktig planering för berörda grupper saknas

Vid tidpunkten för Socialstyrelsens kartläggning i april 2016 saknar alla landsting utom Örebro en konkret sammanhållen plan på regional nivå för hur hälso- och sjukvården ska möta vårdbehovet i de berörda grupperna. Det pågår dock mycket annat arbete i landstingen för att kunna möta vårdbehovet, även om primärt fokus är på nuläget och inte på längre sikt.

### *Planeringsarbete i hälso- och sjukvården*

Följande planeringsaktiviteter pågår i landstingen i april 2016:

- Ett landsting har utarbetat och publicerat en övergripande regional handlingsplan (Örebros regionala handlingsplan).
- Fem landsting har planerat att ta fram en plan för hur vårdbehovet ska kunna mötas.
- Fyra landsting har identifierat ett behov av en regional planering eller har inlett diskussioner om behovet av en regional planering.

- Fyra landsting ska integrera planeringen för berörda grupper i övrig ordinarie planering.
- Fyra landsting säger att det inte går att ha någon planering eftersom läget och prognoserna är för osäkra. De kan inte planera för grupper av personer de inte vet kommer att finnas kvar i länet eller för grupper som kan tillkomma.
- Tre landsting menar att det inte behövs någon planering för att möta vårdbehovet.

Landstingen har fram till våren 2016 hanterat den akuta fasen av vårdbehovet i och med det stora antalet asylsökande 2015. Många landsting uppger att de därför inte hunnit ta fram en plan för att möta vårdbehovet hos berörda grupper på längre sikt (2–5 år). Men alla landsting ämnar inte heller att ta fram en särskild planering utan menar att det faller in under det årliga planeringsarbetet. Detta planeringsarbete måste alltid anpassas efter befolkningsunderlaget i landstinget. Prognoser för befolkningsunderlaget påverkas bland annat av osäkerheten i hur antal asylsökande och nyanlända kommer att förändras (se mer under rubriken Statistik och prognoser för berörda grupper).

### *Planeringsarbete i tandvården*

Inom Folktandvården är det tre landsting (Värmland, Kalmar och Örebro) som har tagit fram en regional plan för att möta behovet av tandvård. Planerna omfattar främst asylsökande.

I Värmland arbetar Folktandvården med projektet ”Operation asyl” som bidrar till planering av verksamheten för att möta vårdbehovet bland asylsökande barn. Ett screeningteam prioriterar alla barns vårdbehov på en skala från 1 till 3. Klinikerna får sedan information om vilka barn som har omgående behov och vilka som kan vänta. Detta används som underlag för planeringsarbetet. Det har inte kommit till Socialstyrelsens kännedom om ”Operation asyl” genererar sådant underlag att det kan användas i ett mer långsiktigt planeringsarbete. Screeningsteamet har besökt asylboendena och planerar att även besöka boenden för ensamkommande flyktingbarn. Asylsökande barn som bor i eget boende har inte inkluderats.

I Kalmar finns en handlingsplan från Folktandvården som riktar sig till asylsökande och kommunplacerade barn och ungdomar. Handlingsplanen omfattar tre insatser:

- Asylsjukvården screenar för akuta tandvårdsbehov vid hälsoundersökningarna.
- Alla kliniker har sin egen kontaktperson som hanterar administration och planering för asylsökande barn.
- Arbete med att stärka egenvård och kunskaperna kring munhälsa och svensk tandvård.

Ytterligare tre landsting – Skåne, Jämtland och Norrbotten – har för avsikt att börja ett planeringsarbete gällande tandvård till berörda grupper. I Norrbotten och Jämtland kommer tandvården att inkluderas i planeringen för hälso- och sjukvården.



## Örebro regionala handlingsplan

Örebro är det enda landsting som vid tidpunkten för kartläggningen hade en konkret regional övergripande handlingsplan [18]. Planen innehåller hur landstinget ska utforma sin organisation och verksamhet med anledning av de ändrade förutsättningarna till följd av flyktingsituationen. Planen omfattar både hälso- och sjukvården och tandvården. Planen fokuserar på asylsökandes behov på kort sikt (under 2016) och lång sikt (2017–2020). Problem och utmaningar som har identifierats i handlingsplanen är:

- Arbetsmiljön har påverkats på vårdcentraler, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler och i Folktandvården.
- Det är en utmaning att fördela arbetsbördan.
- Arbetet med hälsoundersökningar och vaccinationer till asylsökande.
- Längre väntetider för planerade vårdinsatser förekommer, samt diskussioner om undanträngd verksamhet.
- Oklarheter om vilken vård som ska tillhandahållas till asylsökande och papperslösa.
- Oklarheter om verksamheter får full ekonomisk ersättning för de insatser som görs till flyktingar.
- Den psykiska hälsan kan komma att försämrans.
- Efterfrågan på somatisk specialistvård kommer troligtvis att öka.
- Det är viktigt med informationsinsatser till asylsökande.

I handlingsplanen finns fem förslag kopplade till tandvården:

- Personer med utländsk vårdutbildning ska få praktikplatser inom Folktandvården.
- Folktandvården ska arbeta uppsökande för att informera.
- Kartlägga var i länet belastningen är som störst.
- Utredda vårdbehov, omfattning och volymer av asyltandvård.
- Utredda möjligheter till omprioritering inom och mellan uppdragen i Folktandvårdens överenskommelse med regionstyrelsen.

Det finns flera andra förslag i handlingsplanen som rör olika vårdområden, samverkan, tolkar, transporter och förslag för organisationen som helhet. Några exempel är:

- En fortsatt flyktingsamverkansgrupp underställd regiondirektören.
- Följa upp förstärkningar för närsjukvården som beslutades 2015.
- Översyn av ersättningssystemet för utökad ersättning till vårdcentraler som har många asylsökande.
- Erbjudna värdar/värdinnor med utländsk bakgrund som läser svenska på SFI till alla vårdcentraler och kliniker.
- Hälso- och kulturkommunikatörer på barnmorskemottagningen och vårdcentralen som har i uppdrag att ge stöd och information till gravida på ett språk som den gravida förstår.
- Ett uppdrag till asyl- och invandrarhälsan att fråga och registrera uppgift om asylsökandes yrke och utbildning.
- Psykiatrin ska utreda vilka kompetenser som behövs för att kunna bistå vårdcentraler med bedömning av vårdbehov och direkt patientstöd.

# Vårdens möjligheter och utmaningar att tillhandahålla vård till berörda grupper

## Omfattning av analysen

Socialstyrelsens samlade analys baseras i huvudsak på vårdens erfarenheter av att möta asylsökande eftersom vården har svårt att urskilja nyanlända från den övriga befolkningen. Det är också svårt för landstingen att veta hur många av de asylsökande som kommer att få uppehållstillstånd, vilket gör det svårt att planera för vårdbehoven hos nyanlända.

Samtliga verksamhetsrepresentanter som Socialstyrelsen har mött säger sig ha mycket liten erfarenhet av papperslösa som söker vård. Verksamheterna möter en del EU-migranter och det finns en osäkerhet om dessa ska bedömas som papperslösa eller inte. Det är inte alltid personerna kan legitimeras sig eller uppvisa ett europeiskt sjukförsäkringskort. Antalet papperslösa förmodas öka framöver till följd av avslag på asylansökningar men landstingen menar att detta är svårt att planera för.

## Möjligheter

Hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kontakter med berörda grupper i och med det stora flyktingmottagandet erbjuder flera möjligheter, såsom att

- ta tillvara sjukvårdsutbildad kompetens i berörda grupper
- vårdpersonal kan höja sin kompetens kring nya sjukdomspanorama
- vårdpersonal får ökad kulturell erfarenhet av att möta berörda grupper
- vården har en möjlighet att bidra till en jämställd och jämlik hälsa i berörda grupper
- vården samverkar mer med civila organisationer.

## Tillvarata kompetens hos berörda grupper

### *Sysselsättning för asylsökande*

Staten har redan tagit flera initiativ för att kunna tillvarata kompetens hos både nyanlända och asylsökande. Migrationsverket startade hösten 2015 organiserad sysselsättning för asylsökande för att bidra till en meningsfull väntan. Den organiserade sysselsättningen består i självhushåll, praktik, svenskundervisning, samhällsinformation och organiserade mötesplatser.

### *Snabbspår för nyanlända*

Regeringen presenterade under 2015 ett så kallat snabbspår för hälso- och sjukvårdsyrken för att nyanlända snabbare ska kunna etablera sig på arbetsmarknaden. Snabbspåret är ett samarbete med Arbetsförmedlingen och arbetsmarknadens parter och omfattar alla 21 reglerade hälso- och sjukvårdsyrken men med fokus på läkare, sjuksköterskor, tandläkare och

apotekare. I februari månad 2016 var 357 läkare, 170 sjuksköterskor och 256 tandläkare inskrivna i etableringsuppdraget [19].

### *Landstingen tar tillvara kompetens*

Socialstyrelsens kartläggning visar att alla landsting arbetar för att tillvarata hälso- och sjukvårdskompetens hos asylsökande eller nyanlända. Det finns stora likheter i de åtgärder landstingen har vidtagit för att tillvarata kompetens hos berörda grupper. Det handlar om att erbjuda språkundervisning, språkpraktik, vårdpraktik, studiebesök och nätverksträffar. Det varierar mellan landstingen om man både erbjuder någon form av praktik och språkundervisning eller endast en av dessa åtgärder. I övrigt är det främst två aspekter som skiljer sig åt mellan landstingen och det är hur berörda grupper identifieras, samt om landstinget vänder sig till både asylsökande och nyanlända eller enbart nyanlända.

### *Identifiera personer med hälso- och sjukvårdskompetens*

Landstingen identifierar hälso- och sjukvårdskompetens hos asylsökande respektive nyanlända på olika sätt.

#### Asylsökande

- Frågar och kartlägger via hälsoundersökningen.
- Inventerar via anläggningsboenden.
- Migrationsverket identifierar åt landstinget. Personerna får sedan komma på intervju hos landstinget som bedömer om kompetensen är lämplig för att erbjudas deras snabbspår.

#### Nyanlända

- Förmedlas via Arbetsförmedlingen.

### *Flest insatser för nyanlända*

Landstingen som vid tidpunkten för kartläggningen har insatser som vänder sig till nyanlända är något fler än landstingen som vänder sig till asylsökande. Insatser till nyanlända sker ofta i samarbete med Arbetsförmedlingen och Migrationsverket i samband med etableringsfasen. Tre landsting har planer på att vidga sina insatser till att gälla även asylsökande. Men det finns vissa svårigheter för landstingen att inkludera asylsökande i olika insatser. Fyra landsting säger att de inte kan ta tillvara kompetens hos asylsökande då de anser att landstinget inte ska genomföra inventering av asylsökandes kompetens vid hälsoundersökningen.

### *Intresse och ökad kompetens hos personalen*

Det finns ett intresse hos vårdpersonal att ta sig an vårdbehovet inom berörda grupper och uppdatera sin kompetens för att möta behovet. Det har särskilt lyfts fram inom infektionsvården, mödrahälsovård och barn- och ungdomsmedicinsk vård. Inom infektionsvården finns en vilja att lära sig mer om de sjukdomar som annars inte är så vanligt förekommande i Sverige. Flera landsting anger att det finns ett särskilt intresse bland personalen i mödra- och förlossningsvården att lära sig mer samt hjälpa kvinnor som kommer till Sverige att få en bra start. Vårdens möten med berörda grupper

bidrar till ökade erfarenheter och den transkulturella kompetensen hos personalen.

## Kunskap genom hälsoundersökningar kan användas bättre

Genom hälsoundersökningar finns goda möjligheter att få kunskap om ohälsa i berörda grupper. Den kompetens om asylsökandes hälsotillstånd och vårdbehov som byggs upp i verksamheter som genomför hälsoundersökningar kan dock tillvaratas bättre. Utfallet av hälsoundersökningar tycks för närvarande inte utvärderas systematiskt eller användas som planeringsunderlag på övergripande nivå i landstingen.

## Vården samverkar med civila organisationer

På många håll samarbetar och samverkar vården med civila organisationer för att tillhandahålla vård till asylsökande och papperslösa. Civila organisationer, såsom Röda Korset, Rädda Barnen, Läkare i Världen, Stadsmissionen och Svenska kyrkan utför ett stort och viktigt arbete för berörda grupper som kompletterar vården. Ett exempel på samverkan med vården är Röda Korsets behandlingsverksamhet för krigsskadade och torterade flyktingar.<sup>15</sup>

## Tidigare erfarenheter en fördel

Det är en stor fördel för vårdenheter att ha vana och erfarenheter sedan tidigare av att möta berörda grupper. Till exempel har många inom mödra- och förlossningsvården en lång erfarenhet av att arbeta med asylsökande och kvinnor från andra kulturer.

Erfarenheter skiljer sig dock mycket mellan olika landsting där Skåne, Västra Götaland och Stockholm sedan lång tid är vana att möta dessa grupper, till skillnad från exempelvis Jämtland och Norrbotten som har mindre erfarenhet.

## En mångkulturell personalgrupp

Vården är en mångkulturell arbetsplats. Folkandvården lyfter särskilt fram att många av deras anställda har olika bakgrund, vilket kan underlätta i mötet med berörda grupper. Även denna förutsättning skiljer sig mellan olika delar av landet, med mer mångkulturell personal i storstadsregioner jämfört med glesbygd.

## Möjligheter ur ett jämställdhetsperspektiv

Vården kan medverka till att skapa bättre förutsättningar för att uppnå en jämlik hälsa bland befolkningen. En jämställd hälso- och sjukvård och tandvård bidrar till att kvinnor, flickor, män och pojkar har samma makt att forma samhället och påverka sina egna liv. Vården spelar en tydlig roll genom en ökad tillgänglighet för grupper med behov av behandlande insatser samt insatser som är hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. En god

---

<sup>15</sup> Röda Korset bedriver behandlingscenter för krigsskadade och torterade flyktingar på sex orter i Sverige: Stockholm, Malmö, Skövde, Uppsala, Skellefteå och Göteborg.

hälsa hos kvinnor, flickor, pojkar och män ger ökade förutsättningar för ett jämställt samhälle med ett aktivt deltagande och integrering i samhället.

Vårdens roll i detta avseende kan vara särskilt betydelsefull för berörda grupper, då en del kommer från samhällen som är mindre jämställda än Sverige. Förutom vårdens generella möjlighet att bidra till jämställdhet har även några särskilda möjligheter förts fram.

### *Vården kan sprida kunskap om SRHR och jämställdhet*

Många verksamheter i vården kan verka för att lyfta frågor kring jämställdhet och SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) i vårdkontakter med personer i de berörda grupperna. Frågorna kan och bör lyftas redan i samband med hälsoundersökningen.

Mödrahälsovården har i uppdrag att ge information och kunskap i SRHR för att ge kvinnor en ökad möjlighet att påverka sina liv. Mödrahälsovården möter familjer under tiden för graviditet, vilket ger en bra möjlighet till att diskutera ett jämställt föräldraskap. Mödrahälsovården och barnhälsovården har också en viktig roll och möjlighet i att upptäcka våld i nära relationer.

Andra nyckelaktörer är elevhälsan och ungdomsmottagningar som har en viktig roll när det gäller att erbjuda ungdomar kunskaper om lika rättigheter, jämställdhet, HBTQ<sup>16</sup> samt SRHR.

### *Möjligheter att nå män och kvinnor genom regelbundna vårdkontakter*

Vården har en större möjlighet att identifiera vårdbehovet hos kvinnor i berörda grupper eftersom de har en mer frekvent kontakt med vården, bland annat i samband med graviditet och förlossning eller besök på barnavårdscentralen. Det är svårare att nå männen.

Mödra-, förlossnings- och barnhälsovården har i uppdrag att uppmärksamma grupper med särskilda behov. Dessa verksamheter kan spela en stor roll i att ge kvinnor ökade möjligheter att påverka sin egen situation.

## Utmaningar

I detta avsnitt beskrivs utmaningar för hälso- och sjukvården och tandvården när det gäller att tillhandahålla vård till berörda grupper som har identifierats genom Socialstyrelsens samlade analys.

Först beskrivs utmaningar som är gemensamma för flera vårdverksamheter, inklusive utmaningar ur ett jämställdhetsperspektiv. Några utmaningar belyses också ur berörda gruppers perspektiv. Därefter beskrivs utmaningar som är specifika eller särskilt uttalade för de vårdverksamheter som har analyserats. Några utmaningar tas upp både i det avsnitt som är gemensamt för flera vårdverksamheter och i det avsnitt som behandlar ett visst vårdområde. I dessa fall är utmaningen särskilt påtaglig för det vårdområdet.

Avsnittet avslutas med att kort belysa påverkan på andra vårdverksamheter som inte har ingått i den fördjupade analysen (akutvård, habilitering, elevhälsa, ungdomsmottagningar och beroendevård).

---

<sup>16</sup> Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner.

## Gemensamma utmaningar för vården

Flertalet av de gemensamma utmaningar som beskrivs här är specifika för berörda grupper. Några utgör befintliga utmaningar för vården som innebär försvårande förutsättningar för att tillhandahålla vård till berörda grupper:

- Stort informationsbehov till och om berörda grupper
- Språkproblem och tolkbrist
- Tillkommande logistiskt och administrativt arbete för vårdpersonal
- Behov av ökad kulturkompetens och utbildning till personal
- Svårigheter att bedöma vad som är ”vård som inte kan anstå”
- Olika förutsättningar och ojämn påverkan mellan och inom landsting
- Berörda grupper får inte vård på lika villkor som övriga befolkningen
- Särskilda utmaningar för ensamkommande barn
- Bristande samverkan i vården och mellan vården och andra verksamheter
- Möta vårdbehovet av psykisk ohälsa hos berörda grupper
- Hälsorisker på lång sikt hos berörda grupper
- Svårigheter för landstingen att planera framåt
- Statliga ersättningen för vård till berörda grupper täcker inte kostnaderna
- Personalbrist och bristande kompetensförsörjning
- Utmaningar ur berörda gruppers perspektiv
  - Hinder att nå vården
  - Patientsäkerhetsrisker för berörda grupper
- Utmaningar ur ett jämställdhetsperspektiv.

### *Stort informationsbehov till och om berörda grupper*

Gemensamt för vården är att man upplever svårigheter att nå ut till berörda grupper. Personer i behov av vård måste komma till vården och komma till rätt vårdnivå. Det handlar dels om information om hur hälso- och sjukvården är organiserad och dels om hur man söker vård. Det saknas översättningar av informationsmaterial och det behövs information i annan form än text, då vissa personer är analfabeter. Brist på information leder bland annat till diskussioner mellan patient och vårdgivare om vilken vård patienten har rätt till. Bristen på information riskerar också att skada patienters förtroende för vården.

Det är ofta oklart för vården vilken information som ges från Migrationsverket till asylsökande, om information har getts överhuvudtaget. Personal på asylboenden har i många fall bristande kunskaper om vården och landstingen ser en utmaning i att sprida information till boendepersonal så att personer inte hänvisas till vården i onödan.

Vårdpersonal behöver också få information om berörda gruppers rätt till vård, inklusive stöd för tolkning av begreppet vård som inte kan anstå, samt om interkulturellt bemötande (se även rubrikerna Svårigheter att bedöma vad som är vård som inte kan anstå och Behov av ökad kulturkompetens och utbildning till personal nedan).

Huvudmän inom hälso- och sjukvården har rapporterat om att information om nya boendeanläggningar inom det egna upptagningsområdet ibland har kommit med kort varsel. Detta har gjort det svårt att planera vården och huvudmännen önskar en bättre dialog med Migrationsverket.

### *Språkproblem och tolkbrist*

Vården har tagit upp bristen på tolkar, och framförallt kvalificerade tolkar, som en stor utmaning. Socialstyrelsen konstaterade redan i sin tidigare kartläggning våren 2016 att de befintliga systemen för förmedling av tolktjänster och utbildning av tolkar inte räcker till för att tillgodose vårdens behov av tolkar i talade språk samt att det finns ett stort behov av kompletterande språkstöd [20]. Det framkom även att akut hälso- och sjukvård och tandvård i störst utsträckning drabbas av tolkbristen och att bristen verkar påverka vården i glesbygd i högre grad än i tätort.

Tolkningens låga kvalitet kan utgöra ett hinder i vårdens möte med patienter, samtidigt kan det vara svårt för vårdpersonal att bedöma tolkningens kvalitet. Bristande kvalitet hos tolken kan få felaktiga diagnoser och felriktad behandling till följd vilket utgör en patientsäkerhetsrisk. Det kan också resultera i att patienten inte förstår läkarens ordination av ett läkemedel eller annan behandling. Bristande kvalitet hos tolken, att inte följa god tolksed<sup>17</sup> kan ta sig uttryck i att tolken i vissa sammanhang vägrar att översätta vissa saker för att hen inte känner sig bekväm att tala om det. I många landsting och regioner är verksamheterna hänvisade till att använda telefontolk. Några föredrar att använda telefontolk utifrån sekretesskäl och liknande samtidigt som många rapporterar att kvaliteten på tolkning blir sämre om tolken inte är på plats.

### *Tillkommande logistiskt och administrativt arbete för vårdpersonal*

De berörda grupperna medför mer logistiskt och administrativt arbete än övriga patientgrupper. Läkarbesöken tar längre tid eftersom kommunikation behöver ske via tolk och information förmedlas på annat sätt. Det krävs också ökad administration för att boka tolk till besöken.

Långa avstånd till vården och svårigheter med transporter från framför allt anläggningsboenden leder till att vårdpersonal behöver hjälpa till med detta. I vissa landsting är det långt till specialistvården och anläggningsboenden ligger i många fall på avlägsna platser med dåliga möjligheter till allmänna kommunikationer.

Vården rapporterar om merarbete med att skicka kallelser på grund av att asylsökandes kontaktuppgifter inte alltid är korrekta. En annan utmaning är att många patienter inte kommer på bokade tider eller dyker upp oanmälda vid ett senare tillfälle. Detta påverkar resursutnyttjandet negativt och innebär en särskild utmaning eftersom besöken kräver tolk och en tolk är svårt att boka med kort varsel. Ytterligare en orsak som kan bidra är en annan syn hos personer i berörda grupper på hur och när man söker vård. Man söker vård då man anser sig ha ett behov av vård, men man kommer inte till vården i samma utsträckning då vården initierar besöket.

Det är också en administrativ utmaning att följa upp patienter som plötsligt flyttar mellan landsting och inom regionen. Det saknas samordningsnummer

---

<sup>17</sup> Tolken följer inte god tolksed: tolkar till exempel inte allt som sägs, lägger till saker i tolkningen som inte sägs, pratar med patienten om andra saker än vårdssituationen.

för asylsökande vilket försvårar uppföljning. Detta påverkas också i hög utsträckning av bristen på gemensamma journalsystem inom och mellan landsting.

Det innebär också ökad administration för att begära ersättning för vården till berörda grupper.

### *Behov av ökad kulturkompetens och utbildning till personal*

En stor utmaning är kulturkrockar mellan patienter och vården. Det handlar både om bristande kulturkompetens hos vårdpersonal och om förväntningar på hälso- och sjukvård och tandvård hos de berörda grupperna.

Erfarenheter av vård i sitt hemland medför förväntningar på vad svensk vård ska göra. Dessa förväntningar stämmer inte alltid överens med hur svensk hälso- och sjukvård och tandvård fungerar. I Sverige får patienten inte alltid träffa en läkare, det ställs ibland stora krav på egenvård<sup>18</sup> och en restriktiv förskrivning av antibiotika. Många är också ovana vid att svensk hälso- och sjukvård och tandvård även handlar om förebyggande arbete. Det är vidare en utmaning för vården att förklara att sjukvården är till för individen då det finns en rädsla för och skepsis till offentliga organisationer hos berörda grupper.

Det kan vara svårt för vården att förstå de berörda grupperna och deras vårdbehov på grund av språksvårigheter, kulturella skillnader eller avsaknad av känd sjukdomshistoria. Det finns ett behov av utbildning till vårdpersonal med avseende på transkulturell kompetens och bemötande. Det finns även behov av ökad kompetens och utbildning till annan personal som möter berörda grupper, såsom boendepersonal.

### *Svårigheter att bedöma vad som är*

#### *"vård som inte kan anstå"*

Begreppet *vård som inte kan anstå* är en utmaning för vården att tolka och bedöma, trots att begreppet nu har funnits en tid och att Socialstyrelsen gjort ett förtydligande om tillämpningen av begreppet [3].

Bedömning av vård som inte kan anstå skiljer mellan vårdområden. I hälso- och sjukvården skiljer det mellan olika vårdområden hur man ser på begreppet vård som inte kan anstå och hur det fungerar i den kliniska vardagen. I Socialstyrelsens intervjuer framkom att begreppet inte skapar några större problem inom infektionsvården och vuxenpsykiatri eftersom det är tydligt när behandling bör påbörjas. Men det förekommer även olika uppfattningar inom dessa vårdområden. Primärvården beskriver en mer problematisk situation och att begreppet för de flesta är svårt att bedöma och förhålla sig till. Mödrahälsovård ingår i rätten till vård, men det finns vårdbehov inom kvinnosjukvården som är svårbedömda och orsakar osäkerhet. Det handlar bland annat om vård vid upprepade missfall, blödningsrubbingar, fosterdiagnostik, framfall, sterilisering och inkontinens. Skillnaden mellan vårdområdena i hur begreppet tolkas kan bero på i vilket skede man möter patienten, om det är i första kontakten eller efter remiss.

Det krävs en viss erfarenhet för att kunna förhålla sig till begreppet, men då begreppet nu funnits en tid är fler bekanta med det och kan lättare förhålla

---

<sup>18</sup> Egenvård enligt SOSFS 2009:6.



sig till det. En utmaning är dock att bedömningen görs av enskilda behandlare och att det därmed förekommer olika tolkningar. Det kan leda till en ojämlik vård. Det förekommer fortfarande uppfattningar att vård som inte kan anstå likställs med akutvård, vilket inte är korrekt. Samtidigt menar flera att det också förekommer väldigt generösa bedömningar om vad som inkluderas i begreppet.

När den enskilda behandlaren bedömer att vårdbehovet kan anstå kan en pedagogiskt svår situation uppstå när denne måste förklara för patienten att en behandling finns men att det inte kan erbjudas på grund av patientens juridiska status. Ett par landsting har försökt förtydliga begreppet med egna beskrivningar och lathundar, andra önskar tydligare riktlinjer från Socialstyrelsen.

Vård som inte kan anstå är också en utmaning för tandvården. Gemensamt för alla landsting är att begreppet vård som inte kan anstå är svårt att förhålla sig till för tandvården. Flera menar att det har varit svårt att hitta en enighet i begreppet och det har skapat etiska problem och svårigheter eftersom beslutet ligger hos den enskilda behandlaren. Detta leder till att det blir stor variation av bedömningen mellan behandlare, särskilt för mindre erfarna behandlare. Det finns en efterfrågan av ytterligare stöd för att tydliggöra begreppet och fylla det med mer innehåll. Men det finns också åsikter om att det inte går att ha helt bestämda riktlinjer utan det måste avgöras i varje enskild situation.

Ett landsting poängterar särskilt att det är svårt för nytexaminerade och mindre erfarna tandläkare att förhålla sig till begreppet. I ett annat landsting upplever man att det är mindre problematiskt med begreppet nu när det är mer känt och när personalen har fått en vana att arbeta utifrån begreppet i ett par år.

Flera landsting beskriver att vård som inte kan anstå definieras som akuttandvård. Landstingen har försökt underlätta för behandlarna i tandvården att bedöma vad som är vård som inte kan anstå. Här är några exempel på vad landstingen har gjort för att underlätta:

- Skapat vägledning om vad som ingår i begreppet *vård som inte kan anstå*
- Anställt pensionerad tandvårdspersonal för att öka antalet erfarna i personalgruppen
- Erfaren personal vägleder mindre erfaren personal
- Central support
- Initierat utbildningar.

### *Olika förutsättningar och ojämna påverkan mellan och inom landsting*

En utmaning för landstingen att tillhandahålla vård till berörda grupper är att förutsättningarna mellan och inom landstinget skiljer sig. Erfarenhet av att möta berörda grupper är väldigt olika och likaså hur vården är organiserad. I en del landsting är vården till asylsökande centraliserad till speciella enheter medan i andra är ansvaret fördelat på många enheter. Även landstingets storlek, geografiska läge och avstånd inom landstinget påverkar förutsättningarna att tillhandahålla vård. En ojämna fördelning inom och

mellan landsting av antal asylsökande i förhållande till lokalisering av boenden genererar en ojämn påverkan på vårdenheter och kliniker. Förutsättningarna skiljer sig också stort mellan landstingen med avseende på tillgång till resurser, möjligheter till kompetensförsörjning och befintlig kultur- och språkkompetens bland personalen.

### *Berörda grupper får inte vård på lika villkor som övriga befolkningen*

Det är en utmaning för hälso- och sjukvården att tillhandahålla en jämlik vård, både inom de berörda grupperna och mellan berörda grupper och övriga befolkningen.

Olika tillämpningar av vård som inte kan anstå mellan landsting och mellan enskilda behandlare kan skapa ojämlig vård för asylsökande och papperslösa vuxna. Det råder också osäkerhet huruvida asylsökande som bor i eget boende respektive anläggningsboende nås av information och insatser (t.ex. erbjudande om hälsoundersökning) i lika stor utsträckning.

En särskild utmaning som har lyfts fram är att barn från berörda grupper inte får vård i samma utsträckning som barn i övriga befolkningen. Ensamkommande barn är särskilt utsatta då de ofta besöker vården utan medföljande boendepersonal eller god man och ofta saknar stöd under behandling. Barn som bor med vårdnadshavare i eget boende är å andra sidan svåra att nå och mer osynliga. Vård inom t.ex. barn- och ungdomspsykiatri sker vanligtvis i nära samarbete med barnets vårdnadshavare. Arbetssättet kan således behöva förändras när vårdnadshavare saknas eller då vårdnadshavare har begränsad förmåga till stöd. Barnhälsovården har svårt att följa basprogrammet i sin helhet för asylsökande barn. Hembesök för spädbarn på anläggningsboende har lyfts fram som en särskild utmaning, bl.a. på grund av att vårdpersonalen får många frågor och önskemål om att undersöka andra personer på boendet.

Förmågan till egenvård kan vara sämre hos berörda grupper till följd av deras livssituation samt brist på kunskap och ekonomiska resurser. Detta gäller inte minst ensamkommande barn.

### *Särskilda utmaningar för ensamkommande barn*

Vården har rapporterat om att ensamkommande barn har otillräckligt stöd i kontakter med vården. Ensamkommande barn kommer ofta till vården ensamma utan någon medföljande (god man eller boendepersonal), vilket innebär mer krävande omsorgsinsatser och detta kan också försvåra bedömning och behandling. Barn- och ungdomspsykiatri arbetar normalt sett mycket med vårdnadshavare, särskilt i eftervården, och detta försvåras för ensamkommande när gode män och den som ansvarar för den dagliga omvårdnaden och tillsynen på boendet inte är delaktiga.

När det gäller ensamkommande barn så krävs i många fall samverkan mellan vården och socialtjänsten, och att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Vården har rapporterat om att kontakterna med socialtjänsten inte fungerar optimalt överallt för ensamkommande.

Läkemedelsbehandling är en annan utmaning som särskilt har berörts gällande ensamkommande barn. Det är en utmaning hur läkemedel ska hanteras och vem som är ansvarig för att barnet eller ungdomen fullföljer sin

läkemedelsbehandling. Läkaren behöver göra en bedömning om barnet eller ungdomen kan sköta sin medicinering själv eller om boendepersonal på HVB kan hjälpa till. Om patienten inte själv kan fullfölja en läkemedelsbehandling så innebär det utmaningar för vården som ska behandla patienten. Det kan också finnas brister i kunskap hos boendepersonal eller familjehemsföräldrar eller brister gällande andra förutsättningar för egenvård<sup>19</sup> på boenden eller i familjehem. Det kan då krävas mer resurser än i normalfallet för motsvarande sjukdomstillstånd.

Åldersbedömning av ensamkommande barn har tagits upp av vården (framför allt av barn- och ungdomspsykiatrin) som ett bekymmer. Vården gör inte själv någon bedömning av individernas ålder, utan utgår från Migrationsverkets bedömning. Men i fall då åldern har omprövats och skrivits upp så förändras bl.a. förutsättningarna för en pågående behandling. Individerna måste då flytta till ett boende för vuxna med ytterligare försämring av stöd vid akuta vårdbehov och vidare vårdkontakter.

### *Bristande samverkan i vården och mellan vården och andra verksamheter*

Det finns ett stort behov av samverkan inom hälso- och sjukvården och tandvården, dels mellan olika vårdverksamheter men också mellan vården och aktörer utanför vården för att möta vårdbehovet till berörda grupper. Framförallt kring barn lyfter landstingen fram vikten av samverkan i arbetet med att möta vårdbehovet och identifiera hälsorisker hos barn. Bristande samverkan mellan vården och socialtjänst, elevhälsa, kommuner, boenden för asylsökande och HVB anges vara vanligt. Förutsättningarna för att åstadkomma samverkan, när det gäller t.ex. rutiner, avsatt tid för samverkan, geografiskt avstånd och stöd från ledningen i planering och genomförande, kan variera stort.

Ett särskilt behov av samverkan finns mellan vården och socialtjänsten för ensamkommande barn. Representanter för vården har lyft fram att det ofta är oklart vem som gör vad i vården respektive sociala omsorgen på grund av alltför lite kontakter på individnivå med socialtjänsten.

Landstingen rapporterar om brister i samverkan kring att identifiera psykisk ohälsa bland vuxna och barn. Flera vårdverksamheter uppger svårigheter i att veta vart man ska skicka patienter som uppvisar symtom på psykisk ohälsa, t.ex. trauma, PTSD och depression. Mödra- och förlossningsvården, primärvården och tandvården redogör för stora utmaningar kring samverkan med andra aktörer kring psykisk ohälsa.

Tandvården har identifierat en stor utmaning i att tandvården är organisatoriskt skild från hälso- och sjukvården. Tandvården önskar att munhälsan i större utsträckning beaktas vid bedömning av hälsotillstånd, eftersom mun- och tandhälsan kan påverka övriga hälsotillstånd.

### *Möta vårdbehovet av psykisk ohälsa hos berörda grupper*

Det finns stora utmaningar när det gäller att möta vårdbehovet av psykisk ohälsa i berörda grupper, hos såväl barn som vuxna. En delmängd av dessa utmaningar beskrivs i rapportens avsnitt om barn- och ungdomspsykiatrin

---

<sup>19</sup> Egenvård enligt SOSFS 2009:6.

och psykiatrin. Den specialiserade vården är dock varken uppbyggd eller dimensionerad för att kunna hantera all form av psykisk ohälsa. Det ingår inte heller i specialistvårdens primära uppdrag att arbeta förebyggande även om de kan bidra genom utbildningsinsatser, konsultativt arbete och vid uppbyggnad av en första linjens vård. Här beskrivs utmaningar att tillhandahålla vård för psykisk ohälsa i berörda grupper utöver de specialiserade vårdverksamheternas ansvar.

En stor utmaning för hälso- och sjukvården är att identifiera och bedöma psykisk ohälsa hos berörda grupper i bl.a. asyl- och primärvården, barnhälsovården och mödrahälsovården. Företrädare för dessa verksamheter har rapporterat om att specialistvården skickar tillbaka många remisser, vilket skulle kunna bero på brister i beskrivningen av hälsotillståndet så att underlaget för specialiserad vård inte framgår eller att specialistvården har begränsade resurser.

Samverkan behöver förbättras (se även föregående utmaning ovan). Elevhälsan och verksamheter utanför vården, såsom personal på asylboenden, behöver få en ökad kompetens att uppmärksamma och bemöta psykisk ohälsa. Arbetet med att etablera en första linjens vård, både för barn och vuxna, har kommit olika långt i olika delar av landet. För vuxna ligger detta uppdrag i primärvården. När det gäller barn och ungdomar kräver en första linjens vård samverkan mellan flera verksamheter, såsom specialistvården, primärvården och elevhälsan, med varierande förutsättningar för detta arbete.

Tidiga och förebyggande insatser är nödvändiga för att möta vårdbehovet kring psykisk ohälsa som riskerar att öka med tiden. Här är det många aktörer som har ansvar för eller kan bidra med viktiga insatser. Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med ett övergripande ansvar för folkhälsofrågor och elevhälsan har i uppdrag att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

### *Hälsorisker på lång sikt hos berörda grupper*

En utmaning för vården är hur hälsan på sikt utvecklas i berörda grupper. Landstingen uttrycker en oro över att hälsoutvecklingen i berörda grupper kan bli en stor utmaning för landstingen att möta på längre sikt. Faktorer som är oerhört viktiga för hur hälsan utvecklas hos berörda grupper är hur väl samhället lyckas med integrering, sysselsättning, boende, familjeåterförening och andra viktiga samhällsliga förutsättningar. Individer som tidigare har varit friska kan bli sjuka på grund av omständigheterna de lever under som asylsökande, nyanländ eller papperslös. Dessa yttre faktorer påverkar vilka vården kommer att möta och vilket vårdbehov som finns framöver. Riktade förebyggande insatser i vården och preventivt folkhälsoarbete som utförs av andra aktörer är viktiga.

### *Svårigheter för landstingen att planera framåt*

Förutsättningarna för vården att planera vårdbehovet och vården för berörda grupper framåt i tiden (2–5 år) är dåliga. Det är en utmaning eftersom man saknar information om hur många av de asylsökande som förväntas bli kvar i landstinget och om anläggningsboenden kommer att bli kvar, flyttas eller

tillkomma. Vården får inte heller information av kommuner när nya nyanlända och anhöriginvandrare bosätter sig i regionen. Landstingen menar att osäkerheten i prognoserna gör att de har svårt att planera, eftersom de inte vet hur deras population kommer att se ut framöver. Väldigt få av landstingen har gjort kartläggningar av vårdbehov i berörda grupper. Sammantaget innebär detta att landstingen inte har någon beredskap för hur den faktiska påverkan för olika verksamheter kommer att utvecklas på längre sikt med anledning av vårdbehov i berörda grupper. Behovet av planering på längre sikt gäller inte minst psykiatrin, eftersom vårdbehov för psykisk ohälsa riskerar att öka men beredskapen att möta detta är dålig.

### *Statliga ersättningen för vård till berörda grupper täcker inte kostnaderna*

Flera landsting rapporterar om att kostnaderna för hälso- och sjukvården och tandvården till asylsökande inte täcks av den statliga ersättning som landstinget får. Den statliga ersättningen för vård till asylsökande omfattar ersättning för genomförda hälsoundersökningar samt ett schablonbelopp per asylsökande som varierar med ålder. Landstingens kostnader för asylsökande omfattar även extra kostnader för läkemedel och vaccin. Landstingens intäkter översteg dock kostnaderna för asylsjukvården 2014 och 2015 enligt SKL. SKL:s bedömning är att detta beror på att många asylsökande kom i slutet av året och inte hann få så mycket vård samtidigt som den kvartalsvisa ersättningen föll ut till fullo [17].

Finansieringen av vården till nyanlända ska rymmas inom den ordinarie landstingsbudgeten och flera landsting är oroade över det. Fler nyanlända innebär att sammansättningen av befolkningsunderlaget i landstingen förändras och befintliga ersättningssystem behöver anpassas för att motsvara kostnaderna.

### *Personalläst och bristande kompetensförsörjning*

En stor och övergripande utmaning enligt alla landsting är personalläst. Personallästen fanns redan innan det stora antalet asylsökande under 2015, men landstingen menar att det nu har blivit extra problematiskt när vissa verksamheter behöver förstärkas. Det är svårt att skala upp och det saknas beredskap för svängningar i systemet. I vissa landsting menar man att personaltillgången är den största utmaningen. I landsting med stora svårigheter att rekrytera personal har extra tillskott av ekonomiska medel ingen påverkan då man ändå inte kan rekrytera personal. De personalgrupper som det råder störst brist på är tandläkare, tandhygienister, barnmorskor, specialistsjuksköterskor och läkare, särskilt inom allmänmedicin och psykiatrin. Det varierar såväl mellan landstingen som mellan de olika vårdområdena i vilken utsträckning det råder kompetensbrist.

### *Utmaningar ur berörda gruppers perspektiv*

Några utmaningar ur berörda gruppers perspektiv beskrivs här, dels med avseende på hinder för berörda grupper att nå vården, dels med avseende på risker för berörda grupper som kan medföra konsekvenser för patientsäkerheten.

### *Hinder att nå vården*

Vården är inte alltid tillgänglig för berörda grupper vilket kan bidra till en del av de utmaningar som vården upplever. Vården beskriver t.ex. en utmaning i att personer i berörda grupper har ett annat sökmönster och inte alltid dyker upp på bokade besök. Ur berörda gruppers perspektiv är det en utmaning för dessa individer att inte kunna nå vården när de har ett vårdbehov. Det finns flera orsaker till detta som kan relateras till vårdens tillgänglighet för berörda grupper.

Många asylboenden och HVB är placerade långt från vården och de asylsökande är i stor utsträckning beroende av de allmänna kommunikationerna. Dessa finns inte alltid tillgängliga eller är inte möjliga att välja för den asylsökande. Ibland går endast en buss per dag och det är inte alltid de har råd att betala för resan. Asylsökandes ekonomiska situation kan också bidra till att de inte söker vård även om den är subventionerad. Dagersättningen räcker inte heller alltid för att köpa läkemedel eller följa rekommendationer om egenvård.

Det förekommer trauman bland berörda grupper och en följd av trauma är att individen kan glömma saker i närtid. Detta kan innebära en utmaning i att passa tider. Berörda grupper kan därför gynnas av mer flexibla besökstider, t.ex. drop-in mottagning.

Vården kräver ofta att man ska ringa och boka en tid, vilket är en utmaning för berörda grupper. Det är vanligt med ett så kallat tele-Q system som innebär att patienten knappar in sina uppgifter för att sedan bli uppringd. För asylsökande som inte förstår språket och inte kan följa instruktionerna som ges<sup>20</sup> försvåras då möjligheten att komma i kontakt med vården.

Svårigheter att boka in tolk, särskilt med kort varsel, påverkar berörda gruppers möjlighet att få komma till vården. Förutom tolkbrist så kan det i vissa fall också handla om personalens inställning till att arbeta med tolk.

Sammantaget finns det hinder för berörda gruppers möjligheter att nå vården. Om man inte kommer till primärvården blir hindren att nå specialistvården ännu större. Civilsamhället har en viktig roll för att överbygga svårigheten för berörda grupper att nå vården. Civila organisationers insatser tydliggör brister i vårdens tillgänglighet för berörda grupper.

### *Patientsäkerhetsrisker för berörda grupper*

Det finns en rad utmaningar kring de berörda grupperna som kan leda till risker för patientsäkerheten. De risker som beskrivs nedan kan ses som patientsäkerhetsrisker eftersom de kan leda till skador som kan förebyggas eller undvikas.

En asylsökande kan ha flera reservnummer vilket innebär att personen kan ha flera journaler hos samma vårdgivare. Det kan medföra svårigheter att få en samlad bild av givna och pågående vårdinsatser, men också att en förväxling av patienter kan ske.

Det är en risk vid läkemedelsförskrivning om patientens sjukdomshistoria och övrig läkemedelsbehandling är okända. För berörda grupper är det inte ovanligt att kännedomen om patientens sjukdomshistoria är otillräcklig. Dels

---

<sup>20</sup> Information kan även ges på engelska i vissa fall.

kan det bero på att patientens sjukdomshistoria från tidigare land saknas eller är svårt att inhämta p.g.a. språksvårigheter. Dels kan det bero på bristande tillgång till uppgifter om patientens vård p.g.a. flera reservnummer, dels på att den asylsökande har flyttat från ett annat landsting som använder ett annat journalsystem.

Kommunikationsproblem och filtrerad information vid användande av okvalificerade eller felrekryterade tolkar kan innebära en risk. Det kan leda till att patienten och vårdpersonalen inte får ta del av all information som ska förmedlas till honom eller henne. Kommunikationssvårigheter kan bli särskilt påtagliga vid akuta situationer då information måste förmedlas snabbt mellan vårdgivaren och patienten.

Den asylsökande kan ha svårt att få ta del av återkoppling från vården om provsvar eller bokning av uppföljande besök. Språkproblem gör det svårt att kommunicera via telefon och brev och kontaktuppgifter stämmer inte alltid. När reservnummer skapas i journalen så läggs personens adress in manuellt, till skillnad från personer som är folkbokförda, vars uppgifter förs in per automatik. Kallelser riskerar att inte komma fram och det blir svårt att följa upp patientens hälsotillstånd.

Inom förlossningsvården uppstår risker för kvinnor som inte har varit inskrivna i mödrahälsovården innan de kommer till förlossningen. Det kan då vara svårt att fastställa graviditetsvecka, vilket försvårar bedömningen av fostrets tillväxt. Om kvinnan ska genomgå ett planerat kejsarsnitt kan det då vara svårt att bestämma optimal tidpunkt för ingreppet. Det i sin tur kan innebära risk för att barnet förlöses för tidigt.

## Utmaningar ur ett jämställdhetsperspektiv

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att analysera flyktingsituationens konsekvenser för hälso- och sjukvården samt tandvården ur ett jämställdhetsperspektiv. Några utmaningar ur ett jämställdhetsperspektiv som har lyfts fram är:

- Personalsammansättningen är inte anpassad för båda könen.
- Det finns skillnader mellan könen i att söka vård.
- Hälso- och sjukvårdspersonal behöver kunskap och kompetens att upptäcka våld och sexuella övergrepp.
- Möjligheten att följa upp vården kvantitativt för berörda grupper med avseende på könsskillnader är idag otillräcklig.

### *Personalsammansättningen är inte anpassad för båda könen*

Landstingen har rapporterat om verksamheter och situationer där personalsammansättningen kan utgöra en utmaning när det gäller vård till berörda grupper. Ett exempel är kvinnor i berörda grupper som efterfrågar att bli undersökta av kvinnliga läkare. Det finns även behov och efterfrågan av kvinnliga tolkar till asylsökande och nyanlända kvinnor som inte alltid kan tillgodoses.

Inom slutenvård psykiatrien förekommer det att problem uppstår vid extra övervakning för kvinnor, särskilt nattetid om det bara finns manlig personal

på plats. En del kvinnor vill inte bli övervakade av män på grund av tidigare övergrepp som innebär att de känner rädsla och otrygghet i dessa situationer.

Ungdomsmottagningar har en viktig roll i att nå såväl pojkar som flickor. I diskussion med professionen framkommer farhågor kring att en låg andel män bland personalen på ungdomsmottagningar försvårar kontakt med pojkar i berörda grupper. Detta riskerar leda till att många pojkar väljer att inte uppsöka ungdomsmottagningarna.

### *Skillnader mellan könen i att söka vård*

Vården har en större möjlighet att fånga upp vårdbehov av olika slag hos kvinnor i berörda grupper eftersom de har en mer frekvent kontakt med vården, t.ex. i samband med graviditet och förlossning eller besök på barnavårdscentralen. Det är en utmaning att nå män som inte har samma, återkommande kontakter med vården.

Inom barn- och ungdomspsykiatri har man framfört att flickor i berörda grupper ofta mår sämre psykiskt men fullföljer och svarar på behandling i högre utsträckning än pojkar i berörda grupper.

### *Förmåga att identifiera våld och sexuella övergrepp*

Vården behöver bli bättre på att identifiera och fånga upp sexuella övergrepp som individer varit utsatta för. Här är det viktigt att uppmärksamma att både kvinnor och män, flickor och pojkar kan ha varit utsatta. Några representanter har lyft fram att flickor är mer utsatta på HVB där pojkar ofta är i majoritet. Det är därför viktigt att HVB säkerställer att de kan erbjuda en trygg miljö för alla, oavsett kön.

Vården behöver vara uppmärksam på och fånga upp familjekonflikter och våld i nära relationer. I samband med migration till ett annat land rubbas ofta balansen i familjen och konflikter kan uppstå. Dessa konflikter kan vara svåra för vården att identifiera. Vårdens bemötande är viktigt för att upptäcka personer som är utsatta för våld i nära relationer.

### *Otillräcklig möjlighet till könsuppdelad vårdstatistik*

Möjligheten att följa upp vården för berörda grupper är idag begränsad och otillräcklig. Statistik för vårdkonsumtion bland asylsökande som SKL sammanställer är inte uppdelad på kön. Det finns inte heller någon sammanställd könsuppdelad statistik på genomförandegraden av hälsoundersökningar. Detta begränsar det kvantitativa underlaget för jämställdhetsanalyser när det gäller vårdkonsumtion bland asylsökande.

## Hälsoundersökningar

### *Organisation av hälsoundersökningar*

I detta avsnitt beskrivs utmaningar som identifierats för uppdraget att erbjuda och genomföra hälsoundersökningar, ett uppdrag som oftast ligger under primärvården.

Alla asylsökande ska enligt lag<sup>21</sup> erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning, som är frivillig för individen. Hälsoundersökning erbjuds för att uppmärksamma eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder,

---

<sup>21</sup> Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl.



samt för att informera om rätten till hälso- och sjukvård och tandvård. Hälsoundersökningen ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:11) innehålla ett samtal om individens hälsa med avseende på tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd, bedömning av vaccinationsstatus, identifiering av smittsamma sjukdomar och provtagning. Även nyanlända ska erbjudas en hälsoundersökning om den inte har genomförts tidigare. Papperslösa ska vid en längre vistelse i landet erbjudas en hälsoundersökning i samband med att de söker vård.

Genomförandet av hälsoundersökningar till asylsökande har organiserats på olika sätt. I vissa landsting har uppdraget centraliserats till någon eller några få specialiserade mottagningar, i andra är det utspritt på flera vårdmottagningar utan specialisering. Hälsoundersökningar genomförs i vissa landsting genom ambulerande team som åker ut till anläggningsboenden, i andra landsting vid fasta verksamheter eller som en kombination av dessa. I vissa landsting genomförs hälsoundersökningar på alla grupper av asylsökande vid centrala asylvårdsenheter. I andra landsting genomförs hälsoundersökningen av vissa delgrupper, såsom barn eller ensamkommande barn, helt eller delvis även av andra verksamheter, såsom elevhälsa och barn- och ungdomsmottagningar.

### *Utmaningar*

De viktigaste utmaningarna som har identifierats för att genomföra hälsoundersökningar är

- att uppnå en hög genomförandegrad för asylsökande
- att innehållet i hälsoundersökningen varierar
- begränsad kunskap om hälsoundersökningars utfall
- att nå nyanlända med erbjudande om hälsoundersökning.

Uppnå en hög genomförandegrad för asylsökande

Att erbjuda alla asylsökande en hälsoundersökning och genomföra dem är en verksamhet som prioriteras i landstingen. Barn och barnfamiljer har prioriterats i första hand. Tidigare erfarenheter av att genomföra hälsoundersökningar, hur man har valt att organisera arbetet och hur väl man har lyckats att mobilisera resurser är några faktorer som kan påverka genomförandegraden. Dessa faktorer varierar också mellan landstingen.

En del av utmaningen utgörs av hur de asylsökande ska få information om och nås om erbjudandet om hälsoundersökningar från vården. Att förklara syftet med hälsoundersökningen och hur den går till är en viktig förutsättning för att asylsökande ska komma på hälsoundersökningen. Hälsoundersökningar har organiserats på olika sätt i olika landsting, vilket även påverkar hur man gått ut med extra information och kallelse. Vården har rapporterat om att det är lättare att nå asylsökanden som bor på anläggningsboenden men svårare att nå ut med information till och få de som bor i eget boende att komma.

Vården får information om vilka asylsökande som finns i landstinget och vilka som ska kallas till hälsoundersökning genom Migrationsverkets webbsystem Melker. Alla asylsökande nås inte av erbjudande om hälsoundersökning, troligen av flera skäl. Vården rapporterar om att många

kallelser kommer tillbaka p.g.a. felaktiga adresser och att asylsökande flyttar. När asylsökande flyttar till ett annat landsting finns inte någon uppgift tillgänglig för det nya landstinget<sup>22</sup> huruvida hälsoundersökningen är genomförd eller inte. Även uppföljning av hälsoundersökning, t.ex. av provsvar, försvåras då asylsökande flyttar inom landstinget eller till ett annat landsting.

Det är vanligt att flera olika verksamheter är involverade i hälsoundersökningar till barn, vilket kan kräva samverkan med bl.a. elevhälsan och barnhälsovården. Bedömning av vaccinationsbehovet för barn är ett omfattande arbete, då det tar tid att ta reda på vilka vaccinationer barnen har sedan tidigare.

Innehållet i hälsoundersökningen varierar. Vad hälsoundersökningen ska innehålla anges i Socialstyrelsens föreskrift och dessutom ges preciserade förslag i en mer utförlig webbaserad vägledning. Det som anges i vägledningen har grund i evidens eller i överenskommelser mellan berörda professioner och utgör en miniminivå. Utöver miniminivån kan innehåll och omfattning av hälsoundersökningen se olika ut mellan landsting, inom landsting och mellan enskilda vårdgivare. Bland annat skiljer sig innehåll med avseende på om och hur tandhälsan bedöms.

Flera landsting har efterfrågat tydligare riktlinjer för innehållet i hälsoundersökningen, ofta med önskemål om tillägg av ytterligare undersöknings- eller provtagningsmoment. Många landsting tar fram sina egna lathundar och mallar. Innehållet i hälsoundersökningen kan också behöva anpassas mer för olika delgrupper, såsom för barn, ensamkommande, kvinnor etc. Gällande hälsoundersökningar på barn så finns det olika uppfattningar mellan yrkesgrupper om dessa borde utföras av personal med särskild kompetens (såsom barnläkare).

Att innehållet i hälsoundersökningen varierar över landet kan försvåra uppföljning när asylsökande flyttar, då det kan vara oklart vad som är genomfört sedan tidigare. Varierande innehåll i hälsoundersökningen kan också innebära en risk för ojämlig vård.

Det är mycket som ska hinnas med i hälsosamtalet. En stor del av hälsosamtalet upptas av information och av att skapa förtroende. Det kan också gå åt mycket tid att prata om situationen på boendet. Detta innebär att det kan vara svårt att hinna med det som hälsoundersökningen ska omfatta.

Det finns svårigheter att hantera trauma och psykisk ohälsa. Det kan vara svårt att ställa dessa frågor vid första kontakten samtidigt som kompetensen att hantera svaren eller möjligheter att remittera patienter vid behov är begränsade. På en del håll frågar man om svåra upplevelser som kan ge upphov till trauman och erbjuder samtal med kurator eller hänvisar till Röda Korsets tortyrcentrum<sup>23</sup>. Det finns screening-instrument för psykisk ohälsa som eventuellt skulle kunna användas i hälsoundersökningen. Ett sådant instrument testas för närvarande i ett landsting (läs mer i bilaga 5 Exempel på åtgärder i landstingen).

<sup>22</sup> Migrationsverket har uppgivit att de inte har skyldighet att lämna ut dessa uppgifter.

<sup>23</sup> Röda Korset bedriver behandlingscenter för krigsskadade och torterade flyktingar på sex orter i Sverige: Stockholm, Malmö, Skövde, Uppsala, Skellefteå och Göteborg.

Begränsad kunskap om hälsoundersökningars utfall  
Genom hälsoundersökningen finns en möjlighet och potential att fånga upp ohälsa i berörda grupper. Att erbjuda och genomföra alla hälsoundersökningar innebär en stor insats som prioriteras i vården, men resultat och erfarenheter av hälsoundersökningarna följs inte upp i samma utsträckning.

Utfall av hälsoundersökningar utvärderas inte systematiskt för närvarande och används inte heller som planeringsunderlag på övergripande nivå i landstingen. Resultatet av hälsoundersökningen följs i bästa fall upp på individnivå, t.ex. då remisser skrivs till kuratorer eller till psykiatrin.

Den kunskap om hälsa och ohälsa hos asylsökande samt erfarenheter av att arbeta med denna grupp som erhålls genom hälsoundersökningar kan tillvaratas bättre. I en del landsting är kommunikationen mellan vårdenheter som genomför hälsoundersökningar och andra vårdenheter, t.ex. primärvården, bristfällig, medan den i andra landsting fungerar bättre.

Tidpunkten för när hälsoundersökningen genomförs har betydelse för nytta och utfall. För att identifiera smittorisker och informera om hälso- och sjukvården är det viktigt att hälsoundersökningen genomförs så tidigt som möjligt. När det gäller att identifiera psykisk ohälsa så kan detta vårdbehov även behöva följas upp vid senare tillfälle (under eller efter asylperioden), eftersom det psykiska hälsotillståndet riskerar att försämrans under asylperioden. Tidpunkten för hälsoundersökningen kan variera mellan landsting beroende på antal asylsökande, hur lång kötiden är och hur väl man lyckas med att uppnå en hög genomförandegrad (se ovan).

Nå nyanlända med erbjudande om hälsoundersökning  
Kunskapen om i vilken utsträckning nyanlända erbjuds hälsoundersökning är bristfällig. Detta gäller såväl tidigare asylsökande som inte redan genomgått hälsoundersökning som anhöriginvandrare och kvotflyktingar.

Dessa grupper kan också ha vårdbehov för bl.a. smittsamma sjukdomar och psykisk ohälsa, varför det är angeläget att hälsoundersökningar kan erbjudas och följas upp på ett mer systematiskt sätt än idag även till dessa. Vården har svårt att nå nyanlända anhöriginvandrare med erbjudande om hälsoundersökningar, eftersom man inte har någon information om vilka dessa är.

## Primärvården

### *Primärvården i Sverige*

Primärvården är en del av den öppna vården och ansvarar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens resurser eller särskild kompetens.

Mottagningsverksamheten för planerad och oplanerad vård omfattar allmänmedicin, rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Primärvården ger också vaccinationer och utför hälsoundersökningar för asylsökande. I denna rapport beskrivs utmaningar för uppdraget att genomföra hälsoundersökningar i ett separat avsnitt.

År 2010 infördes obligatoriskt vårdval i primärvården, så att alla som omfattas av landstingets hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Primärvården remitterar till specialistvårdverksamheter vid behov.

Primärvården har länge varit ansträngd helt oavsett flyktingsituationen. Förutsättningar såsom bl.a. grundbelastning, möjligheter till kompetensförsörjning (inte minst gällande allmänläkare) och ekonomi skiljer sig mellan och inom landstingen, vilket påverkar möjligheterna att hantera utmaningarna p.g.a. flyktingsituationen.

### *Utmaningar*

De viktigaste utmaningarna som har identifierats inom primärvården när det gäller att tillhandahålla vård till berörda grupper är

- ett annorlunda sökmönster
- ojämn påverkan inom och mellan landsting
- att möta behovet av en första linje för psykisk ohälsa.

#### Ett annorlunda sökmönster

Påverkan på primärvården är mycket påtaglig både på grund av det vårdbehov som asylsökande har men också genom sättet de söker vård på.

Asylsökande kommer ofta direkt till vården oanmälda, för att man inte kan (p.g.a. språkproblem) eller inte känner till att man ska ringa och boka tid innan. I vissa landsting kommer asylsökande till primärvården på remiss efter hälsoundersökning, men det är vanligare att man har fått information om att söka primärvården och kommer dit oanmäld. Ofta kommer man i grupp, t.ex. hela familjen. Primärvården har också rapporterat om att det förekommer att asylsökande uppehåller sig i väntrummet en stor del av dagen på grund av långa avstånd mellan boenden och vården och problem med allmänna kommunikationer (t.ex. att det inte går någon buss tillbaka till boendet förrän sent på eftermiddagen). Detta påverkar situationen på vårdcentralerna för såväl personal som för andra patientgrupper.

Genomgående beskrivs det att det finns stora kulturella skillnader i synen på vård och hur man söker vård hos asylsökande, vilket innebär en särskilt stor utmaning för primärvården. Detta bidrar till att det är svårt att möta de asylsökandes förväntningar på vården. De har ofta förväntningar på läkarkontakt och recept på läkemedel. Primärvården lägger mycket tid på att bemöta detta genom att förklara hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungerar. Vården behöver också ofta förklara samband mellan somatiska symptom och psykisk ohälsa. Vårdpersonal möter ofta frustration och även aggression hos asylsökande och kan ibland uppfatta stämningen som hotfull.

De asylsökandes sökmönster beskrivs som väldigt brett. Det är vanligt att asylsökande söker vård för sådant som kan behandlas genom egenvård. Många landsting har genom mobila team eller informationsinsatser till boendeanläggningar satsat på att informera om bl.a. egenvård, men detta når inte alla. Om de asylsökande inte fått information och boendepersonalen inte kan svara på frågor eller hänvisar till vården så söker man vård i primärvården (eller akutvården). Egenvård kan också försvåras av

asylsökandes begränsade ekonomiska medel för att köpa receptfria medel mot t.ex. skabb och löss.

Primärvården rapporterar om ett omfattande arbete med att skriva läkarintyg till asylsökande. Många asylsökande önskar läkarintyg för att de inte önskar bo på det aktuella boendet och behöver flytta. Framöver kan behov om intyg inför avvisningsbeslut komma att öka. Nyanlända söker också vården för att få läkarintyg om att de är för sjuka för att kunna genomföra SFI-utbildning eller för att påbörja etableringsinsatser.

Primärvården kontaktas förutom av de asylsökande själva även av boendepersonal angående medicinska problem som man anser eller tror behöver åtgärdas.

#### Ojämn påverkan inom och mellan landsting

Hela vårdssystemet, men troligen särskilt primärvården, påverkas mycket av en ojämn påverkan inom landstingen. En starkt bidragande orsak är lokalisering av stora anläggningsboenden som ligger långt från vården eller i närheten av små orter med små vårdenheter. Vården vittnar också om plötsligt förhöjt tryck på vårdenheter när en ny boendeanläggning öppnar, vilket man ofta inte fått information om på förhand. Orter som är inskrivningsorter har ställts inför särskilda utmaningar då väldigt många asylsökande har kommit på kort tid. Fritt vårdval även för asylsökande innebär också att vissa vårdenheter inte möter några asylsökande alls medan andra tar emot väldigt många.

Den ojämna påverkan har man i vissa landsting försökt att lösa genom omfördelning av resurser, som dock kan ta tid att genomföra och oftast är det tillfälliga lösningar. Samordning inom sjukvårdsområden, mobila team eller fast vårdpersonal på boenden är andra exempel på lösningar. Att hitta vilken organisation som är bäst för varje landsting eller inom olika delar av ett landsting kan ta tid och kräver regional samverkan. Förutsättningarna kan också snabbt förändras, genom att nya asylboenden öppnar och andra stänger.

#### Möta behovet av en första linje för psykisk ohälsa

Primärvården ska kunna identifiera och bedöma lättare psykisk ohälsa, och uppdraget för en första linjens vård för vuxna ligger i primärvården. För barn och ungdomar ligger inte ansvaret att etablera första linjens vård enbart på primärvården utan även på specialistvården och elevhälsan. Uppbyggnaden av verksamheter för att erbjuda bedömning och vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga i första linjen har kommit olika långt och har skett på olika sätt i landstingen.

Flera landsting beskriver en situation där man inte räcker till och inte har byggt upp en organisation för detta sedan tidigare, vilket innebär en utmaning när man nu möter grupper där risken för psykisk ohälsa är stor. Det är vanligt att man inte ställer frågor om psykisk ohälsa, då man saknar verktyg, kunskap och resurser för att hantera och bemöta detta vårdbehov. Flera landsting tar upp att det är vanligt att man identifierar behov som man remitterar till psykiatri, men remisserna kommer ofta tillbaka då psykiatri gör en annan bedömning eller bedömer att det inte ska behandlas inom

psykiatrin. Samverkan och samarbete med psykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin beskrivs som bristfällig på många håll.

Även där det finns stöd i primärvården av psykologer, samtalsterapeuter eller kuratorer som man kan remittera till, så fungerar dessa insatser inte alltid. Detta kan bero på den kulturella synen på psykisk ohälsa. Individer kan också vara vana vid att i dylika situationer istället prata med imamer eller andra företrädare för religiösa samfund.

## Barnhälsovården

### *Barnhälsovården i Sverige*

Barnhälsovården riktar sig till barn från födelsen till start i förskoleklass och till barnens föräldrar för att med insatser till alla barn och deras föräldrar och riktade insatser till dem som har särskilda behov bidra till att främja och följa alla barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Barnhälsovården har en viktig roll i det nationella folkhälsoarbetet med att främja en förbättrad hälsa för grupper som är mest utsatt för ohälsa och att se till att alla barn i Sverige har trygga och jämlika uppväxtvillkor. Det är en utmaning för barnhälsovården att alla barnfamiljer ska nås av barnhälsovårdens insatser.

Socialstyrelsens Vägledning för barnhälsovården från 2014 ger ramar för barnhälsovårdens verksamhet, och professionen har också en nätbaserad nationell hand- och metodbok (Rikshandboken: [www.rikshandboken-bhv.se](http://www.rikshandboken-bhv.se)) som innehåller konkreta råd för arbetets utförande [21, 22]. Sedan 2015 finns ett nytt och reviderat barnhälsovårdsprogram som tydliggör universella insatser till alla och riktade insatser till alla vid behov. Vid alla kontakter och besök ska hänsyn till barnets hälsa, utveckling och livsvillkor beaktas.

### *Utmaningar*

De viktigaste utmaningarna som har identifierats inom barnhälsovården är att

- erbjuda vaccinationer till alla barn 0–6 år i berörda grupper
- följa barnhälsovårdsprogrammet och erbjuda jämlik vård
- asylsökande och nyanlända barn behöver riktade insatser
- nå och följa upp alla barn i berörda grupper.

Erbjuda vaccinationer till alla barn 0–6 år i berörda grupper

Att se till att vaccinationsbehovet uppfylls för alla asylsökande och nyanlända barn innebär en mycket stor insats för barnhälsovården.

Barnhälsovården uppger att det är svårt att hinna med att vaccinera alla barn, och att man har behövt prioritera de yngsta barnen.

Folkhälsomyndigheten har genomfört en kartläggning och analys av behovet av vaccinationer hos alla asylsökande och nyanlända, såväl barn som vuxna [23]. Deras rapport beskriver även hinder och förslag på åtgärder för att underlätta för hälso- och sjukvården, inklusive barnhälsovården, att erbjuda alla asylsökande vaccinationer samt innehåller vaccinationsrekommendationer. Socialstyrelsen hänvisar till denna rapport för kompletterande information.

Alla asylsökande barns behov av vaccinationer ska bedömas, och detta görs normalt sett vid hälsoundersökningen. Hälsoundersökningen är oftast genomförd innan barnen kommer till barnhälsovården (hälsoundersökning

för barn och barnfamiljer prioriteras). Barnhälsovården kallar barnen och genomför (kompletterande) vaccinationer på barn 0–6 år, enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer [23]. Det är dock inte ovanligt att barnhälsovården måste göra kompletterande bedömning av barnens vaccinationsbehov, ibland innebär detta alltså dubbelarbete. Eftersom vaccinationer till barn i berörda grupper ligger utanför ordinarie vaccinationsprogram, så behövde tidigare läkare involveras vid bedömningen enligt den tidigare ordinationsrätten<sup>24</sup>, vilket innebar en mycket resurskrävande insats. Det förekommer att behovet av vaccinationer ifrågasätts av föräldrar och det kan behövas extra tid för att förklara och samtala om detta.

Barnhälsovården har också framfört en utmaning kring ökade kostnader för vaccin. Dessa kostnader ska dock täckas av den schablonersättning som utgår från Migrationsverket till landstinget för hälso- och sjukvård till asylsökande barn som de ansöker om ersättning för.

Följa barnhälsovårdsprogrammet och erbjuda jämlik vård  
Att följa barnhälsovårdsprogrammet för asylsökande och nyanlända barn är en utmaning för barnhälsovården. Barnhälsovården beskriver att prioriteringar görs, även om asylsökande och nyanlända barn har rätt till full vård. Alla asylsökande barn får inte samma vård som övriga barn när man inte hinner med. På en del barnhälsovårdcentraler (BVC) ser man det som en resursfråga och att man måste göra prioriteringar och tappar då bort rätten till vård för dessa barn. Några landsting uppger att de knappt hinner ta emot asylsökande barn efter ett första besök. Ett landsting menar att detta är särskilt uttalat för barn som bor på anläggningsboenden, och att barn som bor i eget boende i större utsträckning kommer in i programmet som andra barn.

En särskild svårighet är att genomföra hembesök för familjer som bor på anläggningsboenden. Hembesök ska enligt barnhälsovårdsprogrammet göras vid två tillfällen under det första levnadsåret. Det beskrivs bl.a. att det är svårt att prata ostört, vilket innebär sekretessproblem, och att BVC-sköterskorna blir uppslukade av andra asylsökande som har frågor om vårdbehov eller hälso- och sjukvården. Detta har därför inte fungerat och det har rapporterats om att man inte vill fortsätta göra hembesök. För barn som bor i eget boende utgör hembesök inte samma utmaning.

Det har också rapporterats om att det görs skillnad i erbjudande om föräldragrupper och att asylsökande mödrar inte erbjuds depressions-screening vid 2 månader i samma utsträckning som mödrar i övriga befolkningen.

Asylsökande och nyanlända barn behöver riktade insatser  
Barnhälsovårdens nya nationella program delas upp i insatser för alla barn och riktade insatser till de barn/familjer med behov av extra vägledning och insatser. Särskilda extra insatser i samverkan med andra vårdgivare och socialtjänst kan också vara aktuella. Asylsökande och nyanlända barn bedöms i stor utsträckning vara i behov av extra riktade insatser, ibland även

---

<sup>24</sup> Folkhälsomyndighetens tidigare föreskrift (HSLF-FS 2015:6) om vaccination av barn i enlighet med det allmänna vaccinationsprogrammet. Utökad ordinationsrätt för sjuksköterskor införts den 1 juni 2016 genom den nya föreskriften HSLF-FS 2016:51.

i samverkan med andra vårdgivare, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin. Detta innebär att barn i berörda grupper har en ökad vårdtyngd, vilket kräver mer resurser.

Genom de osäkra och försvårande omständigheter, såsom bl.a. dålig boendemiljö och sviktande familjesituation, som barn i berörda grupper ofta befinner sig i är vårdbehovet större än hos svenska barn. Det finns därför skäl att satsa extra mycket på hälsofrämjande insatser inom barnhälsovården för dessa grupper. Dietistresurser i barnhälsovården är ofta begränsade och berörda grupper har särskilda behov av ökad kunskap om hälsosamma kostvanor för barn. Den extra vårdtyngden hos barn i berörda grupper innebär behov av ökad bemanning i områden med många nyanlända.

Nå och följa upp alla barn i berörda grupper

Barnhälsovården når och träffar idag inte alla asylsökande och nyanlända barn. Det finns brister i kunskapen om hur stor andel som kommer till barnhälsovården och som vaccineras. Barnhälsovården har en stor utmaning i att nå alla barn i berörda grupper, såväl asylsökande som nyanlända.

Det är även en stor utmaning att nå och få med asylsökande och nyanlända föräldrar i föräldragrupper.

## Mödrahälsovården

### *Mödrahälsovården i Sverige*

Asylsökande och papperslösa kvinnor har rätt till fullvärdig mödrahälsovård samt preventivmedelsrådgivning och vård vid abort. Mödrahälsovårdens uppdrag är att genom hälsofrämjande insatser och identifiering av risker för ohälsa bidra till god sexuell och reproduktiv hälsa samt minimera risker och sjuklighet för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och spädbarnstid. Förutom att erbjuda vård i samband med graviditet och förlossnings- och föräldraförberedelse tillhandahåller mödrahälsovården familjeplanering (preventivmedelsrådgivning) och utåtriktad verksamhet för att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner. Mödrahälsovården ansvarar dessutom för gynekologisk hälsokontroll för att förebygga livmoderhalscancer och för folkhälsoarbete och samtal om livsstilsfrågor.

Inom mödrahälsovården finns ett basprogram som reglerar den vård som ska erbjudas samtliga gravida kvinnor. Basprogrammet omfattar kontroller vid olika tidpunkter under graviditeten samt genomgång av olika teman i samband med föräldraskapet och förlossningsförberedelser. Kvinnor från länder med ett annat hälsosystem kan behöva ytterligare information utöver den som erbjuds till alla kvinnor.

### *Utmaningar*

De viktigaste utmaningarna som har identifierats inom mödrahälsovården är

- ett oplanerat vårdbehov
- fler komplicerade graviditeter
- att MRSA medför extra arbete
- att könsstympning innebär utökat omhändertagande.



Ett oplanerat vårdbehov

En stor utmaning för mödrahälsovården är att planera för hur många kvinnor från berörda grupper som behöver skrivas in i mödrahälsovården. Det är bristfällig information från Migrationsverket till vården om gravida asylsökande kvinnor som placerats i ett landsting.

Många asylsökande kvinnor kommer till mödrahälsovården sent i graviditeten, vilket innebär att de behöver bli inskrivna snabbt. Detta kan medföra svårigheter att bestämma graviditetslängd och bedöma fostrets tillväxt. Undersökningar som normalt genomförs i början av en graviditet, t.ex. ultraljud och provtagningar, behöver genomföras på kort tid och i nära anslutning till förlossning. En del asylsökande kvinnor som kommer till mödrahälsovården har inte genomgått en hälsoundersökning innan, vilket medför behov av bedömning av eventuell annan sjuklighet i mödrahälsovården. Fler kontroller och undersökningar för asylsökande som måste bokas in på kort tid ställer krav på omfördelning av resurser och kan innebära ett ökat resursbehov som man inte planerat för.

Mödrahälsovården rapporterar också att inskrivningen i mödrahälsovården och efterföljande besök tar längre tid i anspråk. Det beror främst på att tolk måste närvara vid patientmötet men även p.g.a. en varierande kroppskänedom hos kvinnorna och att besöken måste anpassas därefter. Uppföljning efter besök kan inte alltid genomföras över telefon p.g.a. språksvårigheter. Det innebär att fler besök måste bokas in och tar mer resurser i anspråk för att överbrygga kulturella skillnader och skapa en ömsesidig förståelse.

Fler komplicerade graviditeter

Hos kvinnor i de berörda grupperna förekommer många tillstånd som kan komplicera graviditeten, såsom bland annat anemier, infektionssjukdomar, MRSA, övervikt och diabetes. Kvinnorna uppges också vara mer sjuka när de kommer till mödrahälsovården på grund av sjukdomstillstånd som varit obehandlade under en längre tid. Fler riskfaktorer vid graviditet och förlossning medför att kvinnor i de berörda grupperna är mer vårdkrävande jämfört med kvinnor i den övriga befolkningen.

Mödrahälsovården möter även många kvinnor i behov av psykosocialt stöd och stöd för trauma- och krisbearbetning. Mödrahälsovården möter även kvinnor med PTSD och ser en stor utmaning kring vart man ska hänvisa och remittera kvinnor som är i behov av vårdkontakt för psykisk ohälsa.

MRSA medför extra arbete

Mödrahälsovården möter en allt större utmaning med MRSA och en del kvinnor i de berörda grupperna har MRSA. Mödrahälsovården har ett stort ansvar för att särskilt följa upp de kvinnor som är bärare av MRSA innan de kommer till förlossningsvården. Detta medför krav att utöka antalet provtagningar vid misstanke om MRSA, informera patienterna om MRSA samt ett ökat arbete med smittspårning. Informationsutbyte mellan mödrahälsovården och förlossningsvården är viktigt, särskilt om kvinnan flyttar till ett annat landsting under pågående graviditet.

Mödrahälsovården har också varit tvungen att ta till särskilda förebyggande åtgärder för att förhindra spridning. Man har behövt anpassa

lokaler, klä om möbler och desinfektera både möbler och medicintekniska instrument för att minska spridningen av MRSA. Detta har även inneburit ökade kostnader för verksamheterna.

Könsstympning innebär utökat omhändertagande. Flera landsting anger att mödrahälsovården möter kvinnor som är könsstympade i större utsträckning jämfört med tidigare. Mödrahälsovården ser en stor utmaning i hur man ska hantera könsstympning, såsom att identifiera när besvär från könsstympning föreligger och att det kräver vårdinsatser. En del landsting uppger att det finns ett behov av utbildningsinsatser kring hur man fångar upp och hanterar kvinnor som blivit könsstympade. Mödrahälsovården ser en stor uppgift i att ta upp frågan om könsstympning och även i övrigt utöka arbetet kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter till kvinnor i berörda grupper.

## Förlossningsvården

### *Förlossningsvården i Sverige*

Förlossningsvården är en del av kvinnosjukvården som även ansvarar för specialismödravård, obstetrik och gynekologi. Kvinnosjukvården tar emot kvinnor vid graviditet och förlossning, för konsultationer och vid behandling av olika sjukdomstillstånd och förlossningsrelaterade komplikationer. Asylsökande och papperslösa kvinnor har rätt till vård som inte kan anstå inom ramen för kvinnosjukvårdens uppdrag.

Belastningen på förlossningsvården har under de senaste åren ökat till följd av ett ökat antal förlossningar samtidigt som efterfrågan på barnmorskor är större än tillgången i många landsting [24]. Barnmorskor är kritiska resurser inom förlossningsvården och bristande tillgång på barnmorskor har därför påverkat förlossningsvården påtagligt i många landsting.

### *Utmaningar*

De viktigaste utmaningarna som har identifierats inom förlossningsvården är

- kvinnor som inte är förvårdade i mödrahälsovården
- ökade risker på grund av hälsotillstånd
- logistik och transporter till och från förlossningsvården
- fler kejsarsnitt och längre vårdtider.

Kvinnor som inte är förvårdade i mödrahälsovården

Förlossningsvården upplever en stor utmaning genom att många asylsökande kvinnor som kommer till förlossningen inte är förvårdade. Orsaker kan vara att kvinnan inte uppsökt mödrahälsovården alls under graviditeten, att hon nått mödrahälsovården i ett sent skede i graviditeten eller att hon kommit till Sverige sent i graviditeten. Denna situation medför att det saknas eller finns stora brister i anamnesen vilket innebär merarbete för förlossningsvården. Det medför även svårigheter att bedöma graviditetens längd och fostertillväxt. En följd av detta är ökade risker vid förlossning, t.ex. att barnet förlöses för tidigt, vilket i sin tur kan kräva mer resurser av neonatalvården. Dessa situationer ställer högre krav på förlossningspersonalen och kan även innebära patientsäkerhetsrisker.

När en kvinna kommer till förlossningen utan att ha förvårdats under graviditeten så kan obehandlade tillstånd upptäckas sent och även innebära ökade risker för modern och barnet. Förlossningsvården har bl.a. identifierat obehandlade tillstånd såsom anemier, sköldkörtelsjukdomar, graviditetsdiabetes samt diabetes typ 2 bland kvinnor i berörda grupper. Detta innebär ett större vårdbehov med längre vårdtider som följd i vissa fall.

#### Ökade risker på grund av hälsotillstånd

En del kvinnor i de berörda grupperna anges ha ett annat infektions- och sjukdomspanorama än övriga befolkningen. Förlossningsvården har bl.a. rapporterat om förekomst av tuberkulos, MRSA, diabetes, graviditetsdiabetes, övervikt och anemier hos gravida kvinnor i berörda grupper. Dessa tillstånd kan påverka förlossningen negativt och medföra komplikationer för både mamma och barn.

Förekomst av MRSA försvårar också för förlossningsvården genom att det medför behov av fler enkelrum och egna toaletter på eftervårdsavdelningarna, där det är vanligt med flerbäddsrum. Vidare kan det leda till att kvinnor som har MRSA inte kan vistas på patienthotell på grund av risken för smitta.

MRSA medför även att en barnmorska bara kan ta hand om en kvinna i taget på grund av smittorisken, och att andra barnmorskor istället får ansvara för fler kvinnor. Bemanningen på förlossningsavdelningar är inte anpassad efter att fler patienter behöver isoleras p.g.a. infektions- och smittrisker. Det kan medföra risker för patientsäkerheten då barnmorskor får ansvara för fler kvinnor än vad som ryms inom en god och säker vård.

Många kvinnor i berörda grupper har utsatts för traumatiska upplevelser med psykisk ohälsa som följd, och i förlossningsvården har man inte alltid kunskapen att upptäcka eller hantera detta.

#### Logistik och transporter till och från förlossningsvården

En stor utmaning för förlossningsvården är kopplat till logistik, koordinering och transporter för kvinnor i de berörda grupperna, vilket innebär ett stort merarbete för vårdpersonalen och betydande problem för kvinnor i de berörda grupperna. Denna utmaning är påtaglig för de flesta vårdområden som Socialstyrelsen har analyserat, men det är ett särskilt stort problem inom förlossningsvården. Förlossningsvården får ta ett väldigt stort ansvar för att lösa transporter åt kvinnor som ska komma till och från förlossningen. Kvinnor i de berörda grupperna kommer ibland till förlossningen i ambulans på grund av oro eller att man inte vet hur man annars ska komma dit. Att lösa hemtransporter åt många asylsökande kvinnor tar mycket tid och resurser från övrigt arbete.

En del kvinnor i berörda grupper kommer till förlossningen för tidigt, då man tror att det är dags att föda eller känner en oro. Flertalet kvinnor i de berörda grupperna ringer inte först till förlossningen för att rådgöra innan de åker in, utan de åker in direkt. På grund av att många asylsökande kvinnor bor långt ifrån förlossningen och transportmedel ibland saknas så ställs förlossningsvården inför att låta kvinnan åka hem, trots avståndet, eller bli inlagd fram till att förlossning påbörjas. Detta medför att fler vårdplatser tas upp. Många kvinnor uttrycker också en stark oro inför att åka tillbaka till

boendet man bor på p.g.a. att man delar rum med många, känner sig otrygg eller att boendemiljön inte är optimal för ett spädbarn.

Många kvinnor i de berörda grupperna har med sig flera anhöriga till förlossningen vilket kan leda till en stökig miljö på förlossningsavdelningen. Andra asylsökande kvinnor kommer utan partner och har med sig sina barn. Detta kan bero på att kvinnan saknar ett socialt kontakt- och skyddsnet och att man inte kan eller vågar lämna barn på asylboendet. Det innebär att vårdpersonal får hjälpa till att ta hand om barn som följer med till förlossningen vilket tar tid från övriga arbetsuppgifter.

Vården upplever en stor utmaning kring att hantera logistik och koordinering kring asylsökande och papperslösa kvinnor på grund av att de inte har någon annan att vända sig till. Detta medför att barnmorskor inom förlossningen upplever att mycket av arbetstiden går från det medicinska omhändertagandet till logistiska och administrativa uppgifter.

Fler kejsarsnitt och längre vårdtider

Flera landsting anger att många kvinnor i de berörda grupperna har genomgått kejsarsnitt vid tidigare förlossningar, och det är vanligt att kvinnorna uttrycker starka önskemål om att bli förlösta med kejsarsnitt. Diskussioner kring rutiner och praxis kan uppstå då det finns förväntningar på vården. Kejsarsnitt kräver mer resurser och innebär längre vårdtider. Detta medför en stor utmaning för den redan så hårt belastade förlossningsvården.

Ett landsting rapporterar att man har längre vårdtider för asylsökande kvinnor i jämförelse med kvinnor i den övriga befolkningen på grund av större vårdbehov samt ett behov av mer stöd efter förlossningen innan man skriver ut asylsökande kvinnor.

## Barn- och ungdomsmedicin

### *Barn- och ungdomsmedicinska vården i Sverige*

Det finns ett 40-tal barn- och ungdomsmedicinska kliniker i Sverige som bedriver specialistvård för barn från 0 upp till 17 års ålder. På mindre orter kan barn vårdas på en gemensam avdelning för både medicinsk och kirurgisk vård. På stora orter som Malmö, Göteborg och Stockholm är den barn- och ungdomsmedicinska vården ofta uppdelad på självständiga kliniker som enbart vårdar barn. Det som oftast först får en separat klinik är neonatal intensivvård. Den är nära kopplad till förlossningsvården.

Man kan söka till vården via ett akutintag som på mindre orter är gemensamt för barn och vuxna men på större orter finns separat. Samverkan sker ofta med primärvården som normalt har den stora volymen läkarbesök för barn. Till den specialiserade barnsjukvården kommer alla barn utom de som har kirurgiska åkommor. Barnsjukvården kännetecknas av ett nära samarbete mellan olika barnläkare som dock är specialiserade inom olika områden även om vården bedrivs på en gemensam klinik (till skillnad från vuxensjukvården som är organiserad i separata kliniker).

Förutom barnkliniker finns ett stort antal fristående barnmottagningar i landet som kan vara självständiga eller tillhöra en barnklinik. Det som utmärker en barnklinik är ansvaret för jourverksamhet för svårt sjuka barn samt för nyfödda som kräver intensivvård.

## Utmaningar

De viktigaste utmaningarna som har identifierats inom barn- och ungdomsmedicin är när det gäller att tillhandahålla vård till barn och unga i berörda grupper är

- många barn med obehandlade och outhärliga sjukdomar
- att barnens och ungdomarnas boendemiljö försvårar
- att familjesituationen försvårar behandling och egenvård
- barn och unga med måttliga psykiska och somatiska besvär.

Många barn med obehandlade och outhärliga sjukdomar  
Det är en stor utmaning för barn- och ungdomsmedicin att många asylsökande barn kommer med tidigare upptäckta eller inte uthärliga sjukdomar. Detta ställer höga krav på vården som behöver starta utredningar, ibland omfattande sådana. Dessa barn har då inte heller fått någon behandling för sin sjukdom, vilket i vissa fall leder till svårare tillstånd än nödvändigt och ett större vårdbehov. Det finns också en viss ovana att hantera sjukdomar som under en längre tid varit obehandlade, t.ex. diabetes. Bland flyktingbarn förekommer också en del sjukdomar som är ganska ovanliga i Sverige, men vanligare bland andra befolkningsgrupper<sup>25</sup>.

En del barn- och ungdomsmedicinska mottagningar upplever att det är en utmaning att hinna med alla patienter. Det är svårt att prioritera när det gäller barns lidande.

Barnens och ungdomarnas boendemiljö försvårar  
Barns och ungdomars boendemiljö är en utmaning för vården då det kan bidra till sämre förutsättningar för bl.a. behandling. Lättare sjukdomstillstånd kan också utvecklas till allvarigare sjukdomstillstånd på grund av berörda gruppers förutsättningar. Vården ställs också inför dilemmat att göra anmälningar till socialtjänsten på grund av boendeförhållandena, men det finns vissa svårigheter med detta eftersom en stor grupp barn bor i undermåliga förhållanden och vården kan inte anmäla alla till socialtjänsten. En stor utmaning för vården är också att skriva ut färdigbehandlade barn eller ungdomar eftersom det är osäkert till vilka förhållande de kommer till i sitt boende, såväl eget boende som anläggningsboenden. Det finns en särskild oro för förtidigt födda barn och vilken boendemiljö de lever i. Dessa familjer skulle behöva egna sanitära utrymmen på anläggningsboendena för att ta hand om sina nyfödda barn. Det finns rekommendationer att nyfödda barn bör undvika kollektivtrafik p.g.a. infektionsrisk, men när familjen skrivs ut har de sällan något annat alternativ än att åka hem med kollektivtrafiken.

Familjesituationen försvårar behandling och egenvård  
Hälso- och sjukvårdens förmåga att möta och behandla berörda grupper påverkas av familjernas situation. I Sverige läggs mycket ansvar på föräldrar vid vård av barn och unga. Föräldrar förväntas närvara, utföra egenvård och ta emot information. Vården vittnar om att detta är en stor utmaning i vården av berörda grupper då familjerna lever under särskilda omständigheter och kan ha svåra upplevelser med sig. Många familjer är sköra och kan kräva

---

<sup>25</sup> T.ex. thalassemi och favism, två ärftliga blodsjukdomar.

samarbete med socialtjänsten vilket gör dessa fall ännu mer komplexa. Det kan ibland vara svårt att påbörja en behandling innan familjen hunnit landa någorlunda sin situation. Det är också en utmaning med ensamkommande barn som inte har sin familj eller ett socialt nätverk i Sverige.

Barn och unga med måttliga psykiska och somatiska besvär  
Barn- och ungdomsmedicin befärrar att barn och unga i berörda grupper som uppvisar en kombination av måttliga psykiska besvär (t.ex. sömnsvårigheter), och somatiska besvär (ont i huvudet, ont i magen), eller sociala problem, kan komma att öka. Det är en utmaning för hälso- och sjukvården att se till att dessa patienter inte faller mellan stolarna när det saknas en första linjens vård, samtidigt som barn- och ungdomspsykiatrin inte har uppdrag eller resurser att ta emot alla barn med psykiska eller psykosomatiska besvär.

## Barn- och ungdomspsykiatrin

### *Barn- och ungdomspsykiatriska vården i Sverige*

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) har genomgått stora förändringar sedan 1990-talet och framåt. Bland annat har slutenvårdsplatserna kraftigt minskat och öppnare vårdformer ökat. Samtidigt har en ökad tillströmning skett till BUP och nya patientgrupper har tillkommit. I och med att trycket på barn- och ungdomspsykiatrin har ökat har också frågor om bristande tillgänglighet och väntetider kommit i fokus. Den statliga utredningen *Nationell psykiatrisamordning* gjorde år 2006 bedömningen att BUP är en specialistverksamhet som bör koncentrera sina insatser till de mest behövande, att primärvården borde förstärkas för att kunna utgöra en första linjens vård och att andra basverksamheter (mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola, skola och elevhälsa) bör förstärkas för att tidigt identifiera och hjälpa barn och unga som riskerar en negativ utveckling av den psykiska hälsan.

Barn- och ungdomspsykiatrin har alltmer organiserats i länsövergripande kliniker. Vissa landsting har specialiserade enheter med särskild kompetens kring traumavård eller vård till asylsökande ungdomar, medan andra inte har detta. Uppbyggnaden av en första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa har kommit olika långt i landet och ingen nationell modell för hur denna ska utformas har presenterats.

Nationella styrdokument eller basprogram saknas för BUP:s verksamhet. Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP) har tagit fram riktlinjer för vissa tillstånd. Vissa landsting har tagit fram regionala vårdprogram, bland annat Skåne och Halland. Stockholms läns landsting har tagit fram *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling för barn- och ungdomspsykiatrin*, där ett avsnitt om traumarelaterade tillstånd ingår [25].

Förutsättningarna för barn- och ungdomspsykiatrin varierar mellan landstingen, men i hela landet är verksamheten belastad med tillgänglighetsproblem helt oberoende av vårdbehovet i berörda grupper. Kompetensförsörjning av bland annat läkare och specialistsjuksköterskor inom barn- och ungdomspsykiatrin är en stor utmaning.

## Utmaningar

De viktigaste utmaningarna som har identifierats för barn- och ungdomspsykiatrien när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända barn är

- ett stort vårdbehov för psykisk ohälsa
- svårigheter att genomföra behandling
- bristande samverkan mellan BUP och andra verksamheter
- bristande tillgång till vård på lika villkor som andra barn
- kompetensbrist gällande behandlingsmetoder.

### Ett stort vårdbehov för psykisk ohälsa

BUP tar emot många ensamkommande barn som söker akut vård. BUP möter däremot i väldigt liten utsträckning asylsökande barn som kommit hit tillsammans med förälder eller annan vårdnadshavare. Såväl sluten- som öppenvården är påverkad. BUP får ta emot ett ökat antal remisser, med PTSD som en vanlig remissorsak men även självska debeten, sömnsvårigheter och behov av bedömning och insatser vid självmordsrisk. BUP upplever också en utbredd problematik med alkohol- och drogberoende bland ensamkommande vilket ökar den psykiska ohälsan. BUP kontaktas i stor utsträckning av personal på boenden som larmar, frågar och ställer krav på vård. På flera håll uppger dock BUP att man inte har tagit emot så många asylsökande ungdomar i förhållande till det stora behov som man tror finns.

### Svårigheter att genomföra behandling

Det är svårt att genomföra och slutföra behandling till asylsökande barn och ungdomar av flera orsaker. Många befinner sig i en krissituation och deras levnadssituation och boendeförhållanden försvårar, med t.ex. brister vad gäller vuxenstöd och stabilitet. Många har också en annan kulturell syn på behandling av psykisk ohälsa. Det är vanligt att patienter avviker och därmed inte fullföljer behandling. Ensamkommande skulle behöva stöd i kontakter med vården och inte minst under behandling. Normalt sett involveras föräldrar i hög grad, men ensamkommande kommer ofta ensamma till vården utan sällskap och stöd från boendepersonal, familjehemsföräldrar eller god man. Det kan även vara problematiskt när pågående behandling måste avslutas för att patienter ska föras över till vuxenpsykiatrien eller då ensamkommandes ålder ändras uppåt och den unge måste flytta till ett boende för vuxna. Brist på kompetens och resurser kring särskilda behandlingsmetoder vid trauma och PTSD begränsar också möjligheter att erbjuda behandling till alla som har behov.

### Bristande samverkan mellan BUP och andra verksamheter

Samverkan för att få till en helhetssyn som behövs för att möta vårdbehoven för asylsökande barns, särskilt ensamkommande barns, är ofta bristfällig. Det är ofta oklart vem som gör vad i vården respektive sociala omsorgen p.g.a. alltför lite samverkan på individnivå med socialtjänsten. BUP har också uppgett att samverkan med elevhälsan och skola på många håll är bristfällig. Kompetens kring psykisk ohälsa och trauma är bristfällig hos boendepersonal vilket får till konsekvens att personalen i hög utsträckning kontaktar BUP även i situationer som inte kräver (specialist)vård.

Långt ifrån alla asylsökande barn och ungdomar är i behov av behandling i specialistvården, men deras vårdbehov fångas upp, bedöms och hanteras i alltför liten utsträckning p.g.a. bristande samverkan med, eller bristande förutsättningar i, primärvården och avsaknad av en första linje och en fungerande vårdkedja för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Det finns dock goda exempel från flera håll där samverkan och samarbete har etablerats eller håller på att etableras.

Bristande tillgång till vård på lika villkor som andra barn  
Asylsökande barn och ungdomar får inte överallt den vård vid psykisk ohälsa som de har rätt till. Det förekommer att remisser för asylsökande avvisas då de inte har uppehållstillstånd. Det har också rapporterats om att barn i övriga befolkningen med motsvarande symptom och anamnes skulle bedömas på ett annat sätt.

Grundförutsättningar för BUP skiljer sig också stort mellan olika delar av landet, som särskilt påverkar möjligheten till vård i berörda grupper. Detta gäller bland annat tillgången till specialiserade enheter eller kompetenscenter och stöd och kompletterande behandling som erbjuds av civilorganisationer, såsom t.ex. Röda Korsets verksamhet.

Kompetensbrist gällande behandlingsmetoder

Det finns en uttalad brist på kompetens och tillgängliga resurser kring särskilda behandlingsmetoder vid trauma och PTSD, som är vanligt förekommande hos asylsökande unga. Det kan vara tärande för personal att jobba med dessa patienter. Det är därför särskilt viktigt att man kan samarbeta i team runt patienter i berörda grupper och även att personal har tillgång till handledning och stöd.

## Vuxenpsykiatri

### *Psykiatrisk vård i Sverige*

Specialistpsykiatri innehåller både öppen och sluten vård, inklusive tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Psykiatri erbjuder också akut sjukvård dygnet runt samt mobila team. Specialistpsykiatri tar emot patienter med svårare former av psykisk ohälsa och med psykiatriska sjukdomar såsom schizofreni eller bipolär sjukdom.

Till verksamhetsområdet psykiatri räknas även första linjens psykiatri som bedrivs inom primärvården. Vid psykisk ohälsa söker man oftast först vård i primärvården. Om problematiken visar sig vara komplex så blir man remitterad till specialistpsykiatri. Första linjens psykiatri är den delen av psykiatri som sannolikt flest nyanlända får kontakt med. Där erbjuds hjälp för lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Utredning kan göras och behandling ges vid behov i form av medicinering, psykologisk behandling, samtalsstöd eller rådgivning.

Den psykiatriska vården ska utföras enligt aktuella vårdprogram, nationella riktlinjer och föreskrifter, exempelvis för ångest och depression och schizofreni med flera.

Samverkan mellan olika vårdgivare är mycket viktigt men är ibland svårt att få att fungera optimalt. Det är viktigt inom all psykiatri med en god tillgänglighet och kontinuitet vilket inte alltid går att uppnå.



## Utmaningar

De viktigaste utmaningarna som har identifierats för psykiatrin är

- bristfällig kompetens gällande traumavård, PTSD och transkulturell psykiatri
- bristande samverkan med andra vårdverksamheter
- att möta och planera för framtida vårdbehov
- personalbrist
- långa vårdtider i slutenvården.

Bristfällig kompetens gällande traumavård, PTSD och transkulturell psykiatri

Den befintliga kompetensen inom psykiatrin gällande kris- och traumavård och behandling av PTSD är inte tillräcklig. Denna kompetens behöver breddas, spridas och fördjupas.

Det är idag för få behandlare som har den kompetens som krävs för att arbeta med asylsökande. Det finns en okunskap och en rädsla att arbeta med asylsökande, då det kan vara komplexa fall. Det kan vara tärande och påfrestande för personalen att arbeta med dessa patientgrupper och även att arbeta med tolk. Detta är en stor utmaning för psykiatrin, då denna patientgrupp egentligen borde prioriteras. Det finns ett stort behov av utbildning till all personal för att kunna bemöta kriser och trauman bland asylsökande. Diagnosen PTSD ställs ibland på för vaga diagnostiska grunder utan tillräcklig utredning, och kompetensen kring såväl diagnostik och behandling behöver höjas och breddas. Det har också lyfts fram av professionen som särskilt viktigt att kunna arbeta i team kring dessa patienter, vilket också förstärker kraven på att fler behöver ha fördjupad kompetens.

Bristande samverkan med andra vårdverksamheter

Samverkan med primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin behöver förbättras. Det saknas ett tydligt gemensamt ansvar och helhetsgrepp för att möta vårdbehovet kring psykisk ohälsa i berörda grupper. Det förekommer oenigheter om vems ansvar det är att ta hand om vilken patient och vilka besvär. Det leder till att remisser skickas mellan olika enheter och patienten får vänta. Det är väldigt stora skillnader på remisser som kommer till psykiatrin. Vårdbehov och rätt vårdinstans behöver identifieras för rätt patient, och rätt patienter behöver identifieras för specialistvården.

Att möta och planera för framtida vårdbehov

Det saknas idag en beredskap och planering i psykiatrin för att kunna möta ett ökande framtida behov av psykiatrisk behandling av vuxna nyanlända. Systematisk bedömning eller kartläggning av vårdbehovet gällande psykisk ohälsa har inte genomförts i landstingen, med något undantag. Bristerna i samverkan med andra vårdverksamheter kring psykisk ohälsa bidrar också till att man inte planerar för vårdbehov trots att man vet att de finns och att de kan komma att öka framöver.

En särskild svårighet i att planera för ett förmodat vårdbehov som kommer att öka med tiden är att det är svårt att veta när dessa patienter kommer att vara i behov av och söka sig till vården. Verksamma inom psykiatrin har

rapporterat om att de idag möter patienter, särskilt kvinnor, som kom till Sverige från Balkan på 90-talet.

#### Personalbrist

Det finns ett stort behov av fler resurser till psykiatri, vilket påtalas av flertalet som ”den största utmaningen” för att psykiatri ska kunna ta emot fler patienter inom berörda grupper. Brist på personal försvårar också samverkan med barn- och ungdomspsykiatri när det gäller behandling av unga i berörda grupper (läs mer under rubriken Gemensamma utmaningar).

#### Långa vårdtider i slutenvården

Slutenvården har ställts inför en utmaning med mycket långa vårdtider för vissa patienter i berörda grupper. Bland annat har det rapporterats om patienter som varit inskrivna under månader på grund av självmordsrisk efter utvisningsbeslut.

### Infektionsvården

#### *Infektionssjukvården i Sverige*

Landets 28 infektionskliniker bedriver både basal och högspecialiserad infektionssjukvård. Klinikerna finns på alla större akutsjukhus och har en omfattande verksamhet i öppen och sluten vård för framför allt patienter med svåra och komplicerade infektioner, och de med allvarliga akuta infektionssjukdomar. Patienter med okomplicerade infektioner behandlas i första hand på vårdcentraler och andra sjukhuskliniker.

Nästan alla sjukdomar som omfattas av smittskyddslagen sköts även på infektionsklinikerna där speciella smittskyddsmottagningar finns, liksom möjlighet till isolering av smittsamma patienter, t.ex. de med lungtuberkulos, MRSA och salmonella. Tropiska parasitsjukdomar och andra infektionssjukdomar som inte finns i Sverige handläggs också här.

Klinikerna har som regel ett väl utvecklat samarbete med övriga kliniker på sitt sjukhus och ger råd och riktlinjer gällande förebyggande av infektioner, utredningar och antibiotikabehandling, som en del av sin fasta konsultverksamhet på sjukhuset.

Det finns sju nationella vårdprogram inom olika sjukdomsområden (t.ex. behandling av lunginflammation), utgivna av Infektionsläkarföreningen.

Lokala och regionala riktlinjer finns också, liksom kortfattade handläggningsrekommendationer på olika hemsidor. Infektionsområdet är dock brett och ytterligare nationella vårdprogram har efterlysts.

Infektionsvården i landet är sedan många år van vid att vårda asylsökande med infektioner. Man har även stor erfarenhet av att hantera ökade vårdbehov på grund av epidemier av olika slag. Men antalet vårdplatser har reducerats, och det kan uppstå problem med att möta ett plötsligt uppkommet behov av många isoleringsrum för vård av smittsamma patienter.

Barn med infektionssjukdomar handläggs på barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och kliniker, och således inte inom infektionssjukvården. Undantag kan förekomma för t.ex. ungdomar i åldern 16–18 år, eller vid särskilt ovanliga infektionssjukdomar hos barn, såsom tropiska parasitsjukdomar.

## Utmaningar

De viktigaste utmaningarna som har identifierats inom infektionsvården när det gäller att tillhandahålla vård till berörda grupper är

- att infektionssjukdomar inte identifieras hos alla
- svårigheter att fullfölja lång behandling
- hög kostnad för behandling
- omfattande arbete med smittspårning.

Infektionssjukdomar identifieras inte hos alla

En oro inom infektionssjukvården är att man inte lyckas nå alla individer som bär på en smittsam sjukdom. Det gäller särskilt anhöriginvandrare och asylsökande i eget boende som inte antas komma till hälsoundersökningarna i samma utsträckning som asylsökande på anläggningsboenden. Landstingen behöver fånga upp även anhöriginvandrarerna för att nå ut med erbjudandet om hälsoundersökning, och förändra synen bland berörda grupper att det är en auktoritär kontroll, för att kunna behandla smittsamma sjukdomar bland fler.

Hälsoundersökningarna utgör en viktig funktion för att identifiera infektionssjukdomar i ett tidigt skede. När primärvården inte hinner med hälsoundersökningar i rimlig tid eller att asylsökande inte nås av erbjudande om hälsoundersökning, bl.a. på grund av att de byter boenden, innebär det risker för att infektionssjukdomar inte identifieras och behandling försenas. Obehandlade infektionssjukdomar som t.ex. lungtuberkulos och hepatit C kan orsaka svår sjukdom och smittspridning, respektive levercirros och levercancer.

Svårigheter att fullfölja lång behandling

För vissa infektionssjukdomar, t.ex. tuberkulos, är behandlingstiderna långa och det finns flera svårigheter för personer i berörda grupper att fullfölja en lång behandling. Det kan vara svårt att motivera personer i kris eller med trauma att fullfölja behandlingen om personerna exempelvis lider av ångest och svåra stressreaktioner. Långa behandlingar för berörda grupper försvåras också av att många asylsökande flyttar eller förflyttas.

Hög kostnad för behandling

Läkemedelskostnaderna har ökat de senaste åren och en utmaning för infektionsvården när det gäller berörda grupper är att vissa behandlingar av vanligt förekommande sjukdomar är väldigt kostsamma. Idag finns t.ex. en väldigt effektiv behandling mot hepatit C men den är dyr. Frågor kan då uppstå på kliniker huruvida behandlingen ska sättas in för asylsökande patienter. Konsekvensen kan vara att behandling bedöms kunna anstå, men som tidigare nämnts ökar risken för levercirros och levercancer vid hepatit C. Detta leder till onödigt mänskligt lidande och det blir också kostsamt för vården att behandla patienten i ett senare skede av sjukdomen.

Omfattande arbete med smittspårning

En annan utmaning för infektionsvården är smittspårning. Den tar mycket tid att genomföra och innebär därmed höga kostnader. Smittspårning behöver bland annat göras för sjukdomar som är reglerade i smittskyddslagen<sup>26</sup>, bl.a.

---

<sup>26</sup> Smittskyddslag (2004:168).

hepatit B och C, tuberkulos, MRSA, ESBL<sup>27</sup> och andra tarmsmittor, samt HIV-sjukdom eller HIV-smittbärarskap som förekommer i berörda grupper.

## Tandvården

### *Tandvården i Sverige*

Tillhandahållandet av tandvård ges enligt tandvårdslagen (1985:125). Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården kan utföras av en privat vårdgivare eller inom det offentliga, Folk tandvården, och det råder valfrihet om vem som ska utföra vården. Tidigare har asylsökande inte omfattats av denna valfrihet utan har enbart hänvisats till Folk tandvården men sedan den 1 juli 2016 har regeringen öppnat upp för att landstingen kan sluta avtal med privata vårdgivare. För papperslösa gäller kravet att behandlande tandläkare omfattas av det statliga tandvårdsstödet och det finns därför inget hinder för privata tandläkare att ta emot papperslösa<sup>28</sup>.

Landstingen ansvarar för att samtliga barn och unga kallas regelbundet till tandvården inom ramen för ett basprogram. Svenska barn och unga har rätt till regelbunden och fullständig tandvård kostnadsfritt till och med det år man fyller 19 år. Vissa landsting har valt att tillhandahålla kostnadsfri tandvård för unga upp till 24 års ålder. Regeringen har beslutat att åldersgränsen för avgiftsfri tandvård kommer höjas i tre steg från 2017 till 2019, från det år man fyller 21 år till 23 år.

Asylsökande och papperslösa barn och unga har rätt till kostnadsfri tandvård upp till 18 års ålder. Vissa landsting har dock valt att utvidga åldersgränsen för kostnadsfri tandvård likställt med den för barn och unga i den övriga befolkningen.

### *Utmaningar*

De viktigaste utmaningarna som har identifierats för tandvården är

- ett stort vårdbehov
- att uppnå en god och jämlik tandhälsa
- behov av samverkan med hälso- och sjukvården
- personalbrist och ojämn påverkan
- att den statliga ersättningen inte speglar verkligheten
- en annan syn på tandvård i de berörda grupperna.

### *Ett stort vårdbehov*

Samtliga landsting redogör för att det generellt sett är ett stort vårdbehov hos asylsökande barn och vuxna. Dock påtalas att vårdbehovet varierar stort inom gruppen asylsökande som är en heterogen grupp. Tandvården ser att det är svårt att följa vårdbehovet specifikt för nyanlända som inte går att särskilja från den övriga befolkningen när de fått ett personnummer. Dock har man identifierat ett stort vårdbehov även hos nyanlända och att fler akuta åtgärder genomförs. Tandvården anger att man möter papperslösa i mindre utsträckning men likställer gruppens behov med de som ses bland

<sup>27</sup> Extended-spectrum beta-lactamases, enzymer som bildas av multiresistenta tarmbakterier och orsakar antibiotikaresistens.

<sup>28</sup> Förordning (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utläningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

asylsökande. Papperslösa når ofta tandvården med hjälp av en ideell organisation.

En stor utmaning för tandvården är att många behandlare (tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor) inte är vana att möta den höga förekomsten av karies som identifierats hos främst asylsökande barn. Flertalet landsting anger att många behandlare upplever svårigheter i att diagnostisera dessa tillstånd och genomföra behandlingen på grund av den stora utbredningen av sjukdom.

Att uppnå en god och jämlik tandhälsa

Att skapa goda förutsättningar för de berörda grupperna för en så god tandhälsa som möjligt hör till en av de största utmaningarna för tandvården. Barn och unga i de berörda grupperna ska erbjudas samma basprogram som barn och unga i den övriga befolkningen men kan behöva få utökade insatser. Dessa insatser är beroende av i vilken ålder de kommer till tandvården, vårdbehov samt individuella och sociala förutsättningar. Det är svårare att skapa goda förutsättningar för vuxna i de berörda grupperna då de måste betala för vården och de ekonomiska förutsättningarna ser olika ut.

Tandvården i många landsting ser att det finns ett stort tobaksbruk och en hög sockerkonsumtion i berörda grupper som beskrivs som oroväckande. Flera landsting anger att en stor utmaning framöver för tandvården är att arbeta mer med hälsosamma levnadsvanor riktat till de berörda grupperna. Kostvanor och munhygien ses som något som man måste arbeta mer generellt med i samhället för att uppnå en god tandhälsa i de berörda grupperna.

Behov av samverkan med hälso- och sjukvården

Tandvården har identifierat en stor utmaning i att tandvården är organisatoriskt skild från hälso- och sjukvården och att munhälsan är exkluderad från kroppens övriga hälsotillstånd. En dålig tandstatus kan leda till social stigmatisering, påverka kroppen i övrigt och leda till ett ökat behov av tandvård i framtiden.

Hälsoundersökningen som ska erbjudas alla asylsökande fyller en viktig funktion i att identifiera ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder. Det är dock inte alltid tand- och munhälsan uppmärksammas under hälsoundersökningarna och det ser olika ut mellan landstingen.

Tandvården står inför en utmaning i hur man ska kunna organisera sig tillsammans med hälso- och sjukvården för att ta hand om de berörda grupperna. Många landsting ser ett ökat informationsbehov till berörda grupper för att förbättra kunskapen om hur man sköter sin tand- och munhälsa.

En stor utmaning för tandvården är arbetet med att nå ut med information kring levnads- och kostvanor till berörda grupper. Tandvården står ensam som aktör i arbetet med att främja en god tand- och munhälsa och ser ett stort behov av att samarbeta mer med hälso- och sjukvården för att kunna arbeta mer utifrån ett helhetsperspektiv i det hälsofrämjande arbetet.

Personalbrist och ojämn påverkan

Landstingen står inför en stor utmaning med rekrytering av tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor. I flertalet landsting är bristen på

tandhygienister högst påtaglig, något som även lyfts fram i det nationella planeringsstödet 2016 [24]. Många landsting pekar på att svårigheter att rekrytera tandvårdspersonal funnits sedan tidigare i viss utsträckning. Konsekvenser av personalbristen har blivit extra påtaglig med vårdbehovet hos det stora antalet asylsökande som kom under 2015.

Många kliniker har upplevt en stor påverkan. Påverkan har varit extra påtaglig för kliniker som legat i närheten av asylboenden och därmed upplevt svårigheter att hinna med patienter. Kliniker med högst begränsade resurser ställdes inför stora utmaningar.

Den statliga ersättningen speglar inte verkligheten. Många landsting anger en oro över att den statliga ersättningen som ges till tandvården inte täcker alla kostnader för vården av asylsökande. Landstingen får en sammanlagd schablonersättning för både hälso- och sjukvården och tandvården som de sedan fördelar. Representanter från tandvården menar att schablonersättningen som de får ta del av inte speglar verkligheten och den vård de utför. Tandvården utför därför behandlingar på asylsökande som de inte får ersättning för.

En annan syn på tandvård i de berörda grupperna. Tandvården upplever en stor utmaning i att synen på tandvård bland berörda grupper kan skilja sig från hur tandvården är uppbyggd i Sverige. Flertalet asylsökande kommer från länder där det hör till vana att patienten uppsöker tandvården när behov föreligger. Svensk tandvård är däremot uppbyggd kring att det är tandvården som i regel kallar patienten med undantag för när akuta besvär föreligger. Det ställer höga krav på tandvården när vuxna asylsökande inte vet vilken tandvård de har rätt till inom ramen för vård som inte kan anstå. Tandvården upplever att en del söker vård för sådant som ibland inte är akut eller av medicinsk karaktär vilket medför att det kan uppstå diskussioner kring vilken vård individen har rätt till.

## Andra vårdområden

Utöver de vårdområden som har analyserats är det även andra verksamheter som har påverkats och ställts inför utmaningar för att tillhandahålla vård till berörda grupper, främst asylsökande. Några av dessa är akutvården, habilitering, elevhälsan och hemsjukvården. Dessa har av avgränsningsskäl inte ingått i Socialstyrelsens fördjupade analys. Under arbetet med uppdraget har dock Socialstyrelsen haft viss kontakt med några av dessa verksamheter och även fått kännedom om påverkan via samråd med SKL.

### *Akutvård*

I delrapporten konstaterade Socialstyrelsen att akutsjukvården varit påverkad, men att påverkan i mars 2016 hade minskat i takt med att fler asylsökande fått information om hälso- och sjukvårdssystemet och därför i mindre utsträckning sökte sig till akutsjukvården utan istället till primärvården.

### *Habilitering*

SKL har fått signaler om ett ökat tryck på barnhabiliteringen från flera landsting. Några landsting rapporterar att den volymmässigt inte är så stor

men att de barn och ungdomar i berörda grupper med funktionshinder ofta är i behov av stora habiliteringsinsatser. En del barn som remitteras till habiliteringen har tillstånd som är eftersatta p.g.a. avsaknad av tidigare habiliteringsinsatser eller har omfattande funktionshinder.

Det uppskattas att det på sikt kommer identifieras ett ökande antal barn i berörda grupper med neuropsykiatriska diagnoser. Det tar tid innan skolan eller BUP uppmärksammar och diagnostiserar dessa problem och det finns därför en eftersläpning för remittering till habiliteringen kring neuropsykiatrisk problematik.

Vården inom habiliteringen för barn bygger mycket på att föräldrar eller vårdnadshavare ska vara involverade i habiliteringen för barnet. Detta är en utmaning då ett stort ansvar läggs på en vårdnadshavare som kanske inte hunnit arbeta upp en trygg och stabil tillvaro och därmed inte har kapacitet att kunna ansvara för barnets habiliteringsinsatser.

Ett landsting redogör även för etiska dilemman som uppkommit i samband med insatser. Det handlar ofta om insatser som kräver deltagande över längre tid och där vården ställs inför situationen att barnet kan flytta när som helst.

Ytterligare en utmaning som belyses av några landsting är svårigheter för patienter i de berörda grupperna att kunna använda hjälpmedel de fått utskrivna. Då många personer bor i tillfälliga boenden eller hyr lägenhet i andra hand tolereras det inte alltid att hjälpmedel installeras i boendena. Likaså är en bostadsanpassning svårt att få till om ett förstahandskontrakt saknas, detta gäller för både barn och vuxna.

### *Elevhälsa*

Elevhälsan påverkas med anledning av ett stort antal barn i de berörda grupperna genom att man utför hälsoundersökningar och ger vaccinationer. SKL redogör i april 2016 för att flera länsstyrelser rapporterat om en hårt belastad elevhälsa då många barn haft traumatiska upplevelser [19].

En ökad och bättre samverkan med primärvården inklusive asylhälsan, BUP och ungdomsmottagningar efterfrågas. Vidare anges att elevhälsan måste förstärka sin kompetens inom psykisk ohälsa och SRHR i arbetet med berörda grupper.

### *Andra delar av vården*

Ungdomsmottagningar har en viktig roll att fånga upp ungdomar, särskilt ensamkommande, i berörda grupper. Information om att ungdomsmottagningar finns behöver spridas till ungdomar i berörda grupper.

Drog- och alkoholproblematik förekommer i berörda grupper, särskilt hos ensamkommande pojkar. Beroendevården i Stockholm har rapporterat om ett ökat antal besök från asylsökande ungdomar.

## Konsekvenser för övrig vård

Utmaningarna som vården har ställts inför i och med vården till berörda grupper har bidragit till konsekvenser för övrig hälso- och sjukvård och tandvård. I detta avsnitt redogörs för konsekvenser som rapporterats från flera olika vårdverksamheter.

## Hårdare prioriteringar och längre väntetider

Vården vittnar om hårdare prioriteringar som behöver göras till följd av vårdbehovet i berörda grupper. Det gäller både patienter från berörda grupper och från övriga befolkningen. Det kan vara att bedömningen av vad som är vård som inte kan anstå blir hårdare, längre väntetider och att vaccinationer får senareläggas.

Primärvården har också rapporterat om längre väntetider för planerad vård som årliga kontroller för patienter med kroniska sjukdomar.

I mödrahälsovården har väntetiderna till gynekologisk cellprovtagning och preventivmedelsrådgivning i mödrahälsovården ökat för alla patientgrupper inom vissa landsting. Även väntetiderna för hälsosamtal vid inskrivning i mödrahälsovården har ökat till följd av akut bokade besök av asylsökande kvinnor då de kommer till vården sent i sin graviditet och behöver skrivas in omgående.

Såväl barn- och ungdomspsykiatrien som psykiatrien har tagit upp längre väntetider till behandling och utredning, svårigheter med prioriteringar samt problem med att slutenvårdsplatser blir fulla och överbelagda.

Inom barn- och ungdomsmedicin rapporteras att barn och unga med kroniska sjukdomar, återbesök för astma- och migränpatienter, återkommande patienter till habiliteringen och barn med fetmaproblematik får en lägre prioritering och därmed ökad väntetid.

Inom infektionsvården rapporterar vissa landsting om ökade väntetider till följd av brist på mottagningstider. Vissa infektionskliniker har också behövt prioritera ned resevaccinationer samt vaccinationer till vårdpersonal.

Tandvården ser längre väntetider genom att patienter kallas senare än planerat. Många av Folktandvårdens patienter som har s.k. friskvårdsavtal riskerar också bli kallade senare än vad som ingår i avtalet p.g.a. prioriteringar. Patienter som tecknat friskvårdsavtal kategoriseras i olika riskgrupper och om förskjutningar uppstår kan patientsäkerhetsrisker uppstå. Flera landsting påpekar att en del kliniker haft långa väntetider redan innan den kraftiga ökningen av asylsökande under 2015, men att antalet asylsökande har haft en stor påverkan på många orter runtom i landet.

## Brista på vårdplatser

Flera landsting rapporterar om ett otillräckligt antal vårdplatser p.g.a. vårdbehovet i berörda grupper. En förvärrad situation gällande stängda vårdplatser har också rapporterats som en följd av bland annat personalbrist. Vårdplatsbristen kan också behöva ses i en kontext av en längre tids neddragningar av landets vårdplatser inom såväl slutenvård som öppenvård. Vårdbehovet och omständigheterna för berörda grupper med t.ex. mer komplexa tillstånd än andra patienter leder till längre vårdtider. Det påverkar antal tillgängliga vårdplatser för samtliga patienter och det finns exempel på vårdplatsbrist under perioder främst inom neonatalvården. En konsekvens av det är att neonatalvården får skriva hem patienter i snabbare takt än annars för att lämna plats åt nya patienter.

I vissa landsting råder det brist på vårdplatser på infektionsavdelningar eftersom man möter ett stort vårdbehov och fler antal tuberkulospatienter som kräver isoleringsrum. I ett landsting är man särskilt oroad över antalet



vårdplatser som finns tillgängliga då behovet har ökat samtidigt som landstinget har varit tvungna att dra ner på vårdplatser på grund av sjuksköterskebrist. Infektionsklinikerna kan inte överbelägga eller utlokalisera smittsamma patienter, vilket innebär att handlingsutrymmet är mycket begränsat då behovet av isoleringsrum ökar.

Stängda vårdplatser förekom även innan det stora antalet flyktingar 2015 och var en konsekvens av personal- och resursbrist inom hälso- och sjukvården. I och med det ökade antal asylsökande har det inom bland annat infektionsvården, förlossningsvården och neonatalvården blivit än mer påtagligt under 2016.

## Ansträngd arbetsmiljö

En hög arbetsbelastning sedan tidigare och en ytterligare belastning i och med det stora antalet asylsökande under 2015 har lett till ökad stress och försämrad arbetsmiljö för vårdpersonal i flera verksamheter. Detta lyfts fram av flertalet landsting. Några landsting har rapporterat om en ökad sjukfrånvaro och ökat antal sjukskrivningar bland personal som möter berörda grupper till följd av hög arbetsbelastning. Arbetet med berörda grupper är förknippat med utmaningar för personalen som kan medföra ökad stress. En hög arbetsbelastning och försämrad arbetsmiljö för personalen innebär ökad risk för att misstag begås.

Vården har rapporterat en ökad förekomst av MRSA med anledning av en ökad andel asylsökande under 2015. Detta har lett till stora utmaningar inom t.ex. förlossningsvården då en kvinna som har MRSA endast kan tas om hand av en barnmorska i taget för att minimera risk för smitta. En konsekvens av detta blir att andra barnmorskor får en ökad arbetsbelastning med ett ökat ansvar för fler kvinnor samtidigt. Detta kan i sin tur innebära ökade risker om t.ex. en akut situation uppstår och det är mindre personalresurser att fördela på fler patienter.

## Förebyggande insatser får stå tillbaka

Med det stora vårdbehovet får vissa förebyggande insatser stå tillbaka för mer akuta vårdbehov. Barnhälsovården i flera landsting uppger att man inte hinner med det nya nationella programmet till alla. Det finns en risk att man behöver skära ner på t.ex. hembesök eftersom det tar väldigt mycket tid.

Inom mödrahälsovården har annan verksamhet som föräldrautbildningar i vissa landsting behövt läggas ner eller ges i mindre utsträckning.

## Försämrad omvårdnad

Som följd av de utmaningar som finns med att möta vårdbehovet hos berörda grupper menar vissa landsting att omvårdnaden av patienter blir lidande och att rutiner i vissa fall har förenklats för att kunna ta emot alla. Inom infektionsvården har till exempel ett landsting flaggat för att om tillströmningen av asylsökande fortsätter vara hög kan ambitionsnivån för den vård som ges idag behöva sänkas. Den vård och det sätt som den ges på idag kanske inte är möjliga. Om sådana prioriteringar kommer att behövas efterfrågar man nationella vägledningar för det.

## Referensgruppens perspektiv

Socialstyrelsen har haft dialog och möten med en referensgrupp (se bilaga 4) som har kompletterat den bild som hälso- och sjukvården och tandvården har beskrivit. Referensgruppen har dels stärkt och bekräftat den bild som getts av vården, dels lyft fram andra aspekter som inte har belysts tidigare.

### Bekräftar vårdens perspektiv

Detta stycke tar upp aspekter där referensgruppen bekräftar sådant som även har belysts av vården.

Referensgruppen lyfter vikten av att inte sjukliggöra alla personer med psykisk ohälsa; alla tillstånd behöver inte remitteras till psykiatri. Det finns ett stort behov av psykosocialt stöd utifrån vad personen varit med om och exponerats för tidigare.

Det är viktigt att personer i de berörda grupperna får ta del av information om vården i ett tidigt stadium. Vikten av information på olika nivåer understryks för att möjliggöra att samtliga patientgrupper kan ta till sig av den information som ges. Det är även viktigt att inkludera ett rättighetstänk utifrån mänskliga rättigheter och informera individen om dennes rättigheter och skyldigheter.

Referensgruppen belyser ett behov av ett nationellt kunskapscenter, som bl.a. kan ansvara för information anpassad till olika patientgrupper och språk, kunskapsstöd till vården och samla relevant forskning. Ett nationellt centrum kan även kompletteras med fler centrum på regional nivå. På centrumen skulle hälsokommunikatörer kunna ha en viktig roll att nå ut till såväl asylsökande som nyanlända.

Det är viktigt att personer i de berörda grupperna genomgår hälsoundersökningar för att kunna identifiera ohälsa och smittrisker. Det belyses också att hälsoundersökningarnas innehåll kan se olika ut över landet, vilket kan leda till ojämlik hälsa. Referensgruppen poängterar vikten av en god samtalsmetodik när frågor ställs till patienten under hälsoundersökningen. Det är viktigt att den asylsökande får förtroende för vårdgivare så att han eller hon känner sig trygg. Psykisk ohälsa kan vara svårt att fånga upp under hälsosamtalet. Det är inte alltid lätt för vårdpersonalen att identifiera psykisk ohälsa vid ett första möte med patienten. Det är viktigt att hälsoundersökningarna följs upp, dels för att följa upp psykisk ohälsa, men även för att följa upp annan ohälsa som identifierats under hälsoundersökningen.

Referensgruppen tar upp vikten av att det inom ramen för barnhälsovårdsprogrammet är viktigt att ”ta ikapp” för det som en del barn har missat under flykten till Sverige eller under tiden i hemlandet. Även representanter för barnhälsovården har belyst att det kan finnas behov av extra insatser och stöd till personer i berörda grupper.

### Behov av ett holistiskt perspektiv

Detta avsnitt tar upp aspekter som referensgruppen belyst och som kompletterar och delvis ger ett annat perspektiv än det som framkommit genom kontakter med representanter för vården.

Referensgruppen lyfter vikten av att vården måste se personer i den berörda gruppen i ett större perspektiv och ha en mer holistisk syn. Individens erfarenhet av flykt, våld och förlust av socialt nätverk bör tas i beaktning. Individens syn på vad som är hälsa och ohälsa behöver också vägas in. Ett sjukdomstillstånd som kan innebära allvarliga konsekvenser i ett sammanhang kan ha en mindre påverkansgrad på tillståndet i en annan kontext. Detta kan spela en central roll i vårdens förståelse för hur och varför individer söker vård.

Vården behöver också beakta individernas tidigare erfarenheter av myndigheter och hälso- och sjukvården då detta har betydelse för om personen känner förtroende för vården. De som har mindre förtroende för vården kontaktar i större utsträckning civila humanitära organisationer. Läkare i världen anger att fler kommit i kontakt med organisationen sedan den nya lagändringen om rätt till bistånd enligt LMA infördes i juni 2016. Anledning till detta kan vara ett minskat förtroende för myndighetsväsendet och därmed också hälso- och sjukvården.

En ömsesidig förståelse mellan personer i de berörda grupperna och vården behöver etableras. Den ömsesidiga förståelsen mellan vården och individen kan bidra till att barriärer att nå vården kan minimeras. Det finns flera hinder för en asylsökande att ta sig till vården, t.ex. bristande kunskaper om sina rättigheter, svårigheter i telefonkontakter med vården och svårigheter att komma ihåg saker i närtid p.g.a. trauma. Det förekommer också att vårdpersonal inte vill arbeta med tolk, vilket riskerar stänga ute personer i de berörda grupperna. Samtliga punkter är något som vården bör beakta i arbetet med de berörda grupperna för att kunna bidra till en ökad tillgänglighet till vården.

Begreppet vård som inte kan anstå är omdiskuterat och det kan bidra till att begränsa tillgängligheten till vården för en stor grupp av människor. Referensgruppen uttrycker bl.a. en oro inför att personer i de berörda grupperna riskerar att nekas vård. Det anges bland annat att psykiatrisk uppföljning inte alltid anses falla in under vård som inte kan anstå vilket också lett till en oro över att det finns psykiatriska mottagningar som avvisar asylsökande och papperslösa eller inte följer upp dessa. I arbetet kring att synliggöra och fånga upp psykisk ohälsa kan civila organisationer samt trossamfund spela en roll.

En utmaning är den låga andelen personer som genomgår hälsoundersökningar idag. Ett sätt att nå fler är att vårdpersonal ger information kring hälso- och sjukvård och tandvård inom ramen för informationen som ges till asylsökande av Migrationsverket. Detta kan bidra till att en ökad andel genomgår en hälsoundersökning då man t.ex. ges möjlighet att ställa frågor kring syfte och innehåll i hälsoundersökningen när vårdpersonal finns på plats under samhällsinformationen.

Hälsoskolor riktade till nyanlända kan vara ett sätt att främja en positiv hälsoutveckling i denna grupp.

Referensgruppen lyfter även vikten av att vården måste inkludera ett HBTQ-perspektiv i större utsträckning, bl.a. kring att hälsoundersökningarna inte enbart kan utgå ifrån det heteronormativa.

Referensgruppen lyfter vikten av att arbeta samhällsomfattande och att vården inte separeras från andra arenor som möter berörda grupper. Utanför vården har även civila organisationer, t.ex. RFSU, RFSL och Riksidrottsförbundet, en central roll i att förmedla köns lika rättigheter.

# Möjliga förändringar för att möta utmaningarna

Möjliga förändringar för att möta utmaningarna för vården att tillhandahålla vård till berörda grupper har identifierats genom Socialstyrelsens analys. Därutöver redovisas även exempel på lokala och regionala åtgärder som landstingen har rapporterat om. Dessa återfinns i bilaga 5.

Möjliga förändringar delas i enlighet med uppdraget in i sådana som kan påverka hälso- och sjukvårdssystemets förmåga respektive sådana som kan påverka vårdens funktion. Med förmåga avses grundläggande förutsättningar som påverkar vårdens kapacitet att tillhandahålla vård till berörda grupper. Förändringar som kan påverka vårdens funktion omfattar processer, arbetssätt och hur vården arbetar för att möta vårdbehovet i berörda grupper.

Behov av förändringar som påverkar vårdens *förmåga* att tillhandahålla vård till berörda grupper handlar om att

- möta behov av information om hälso- och sjukvården och om hälso- och sjukdomstillstånd till berörda grupper
- möta behov av utbildningsinsatser till personal, främst vårdpersonal men även personal på asylboenden
- öka tillgången på tolkar och andra former av språkstöd
- underlätta logistik och administration för vårdpersonal
- se över den statliga ersättningen till landstingen för vård till asylsökande och nyanlända
- förbättra kompetensförsörjningen i vården.

Behov av förändringar som kan påverka vårdens *funktion* för att möta vårdbehovet i berörda grupper handlar om att

- säkra en jämlik vård och öka tillgängligheten till vården för berörda grupper
- främja en positiv hälsoutveckling på lång sikt hos berörda grupper
- möta vårdbehovet för psykisk ohälsa i berörda grupper
- möta särskilda utmaningar till barn och unga i berörda grupper
- utveckla vägledningar och vårdprogram för att anpassa vården till berörda grupper.

Den detaljerade beskrivningen av möjliga förändringar under respektive tema återfinns i bilaga 6. Även tidigare utredningar och publicerat material samt pågående initiativ som kan bidra till att möta förändringsbehoven beskrivs. Ansvar för att genomföra de möjliga förändringarna har inte riktats till specifika aktörer.

# Socialstyrelsens bedömning

## Utmaningar för vården

Utmaningarna är inte nya men mer påtagliga

Mycket av det som har framkommit i Socialstyrelsens analys gällande hur vården har påverkats och vilka utmaningar som vården möter när det gäller att tillhandahålla vård till asylsökande, nyanlända och papperslösa är kända sedan tidigare. Men det stora antalet asylsökande som kom under kort tid under hösten 2015 innebär att utmaningarna blev mer påtagliga än tidigare. Den plötsligt ökade påverkan på vården krävde extraordinära insatser för att kunna hanteras.

Socialstyrelsen bedömer att påverkan på vården under det senaste året har varit mer omfattande då antalet asylsökande har varit fler och mer spridda över landet och fler vårdenheter och vårdpersonal har mött berörda grupper. Tidigare erfarenheter av och förutsättningar för att möta berörda grupper varierar mellan och inom landstingen, vilket har betydelse för hur landstingen har påverkats av och hanterat situationen.

## Tillgängligheten till vården för asylsökande, nyanlända och papperslösa

Asylsökande har generellt en lägre vårdkonsumtion jämfört med övriga befolkningen men söker vård på ett annat sätt. Asylsökande söker mer akut vård och mindre planerad och specialiserad vård. Nyanlända besöker tandvården mest för akuta besvär och i mindre utsträckning i förebyggande syfte. Detta innebär utmaningar för vården men utgör också hinder för en jämlik vård och hälsoutveckling hos berörda grupper på lång sikt. Vården i sin befintliga struktur med akutvård, primärvård och specialiserad vård är särskilt svårtillgänglig för berörda grupper. Det förefaller finnas en underkonsumtion av bl.a. psykiatrisk vård i förhållande till förväntat vårdbehov. Asylsökandes förflyttningar mellan och inom landsting, en fysisk placering ofta långt från vården, boendemiljön och familjesituationen är faktorer som försvårar kontakten med och behandlande insatser i vården.

Särskilda utmaningar gällande nyanlända utgörs av svårigheter att nå denna grupp, att erbjuda dem hälsoundersökningar samt att ta höjd för deras vårdbehov i vårdens planering på längre sikt. Faktorer som bidrar till vårdens svårigheter att planera framåt är i första hand osäkerhet om hur många nyanlända som hamnar i respektive landsting, vilket bland annat påverkas av den fria bosättningen. Även det fria vårdvalet och bristande kunskaper om nyanländas vårdbehov bidrar till svårigheter för vården att planera.

Baserat på det begränsade underlag om papperslösa som har ingått i analysen kan Socialstyrelsen inte göra någon generell bedömning av vårdens utmaningar att tillhandahålla vård till denna delgrupp.

## Specifika utmaningar för berörda grupper

De flesta av de identifierade utmaningarna är knutna särskilt till berörda grupper. Men några är befintliga generella utmaningar för vården som har inneburit försämrade förutsättningar att tillhandahålla vård till berörda grupper. Det handlar bland annat om personalbrist och otillräcklig kompetensförsörjning, särskilt i primärvården och psykiatri, och om bristande samverkan, både inom vården och mellan vården och bl.a. socialtjänsten.

Många av utmaningarna som är särskilt uttalade för berörda grupper är gemensamma för hela vården, medan andra är specifika för enskilda vårdverksamheter. De identifierade utmaningarna härrör till största delen från vårdåtaganden till asylsökande. Det handlar bland annat om att erbjuda hälsoundersökningar, vaccinera barn, behandla infektionssjukdomar, tillhandahålla mödra- och förlossningsvård, möta omedelbara vårdbehov i psykiatri och i tandvården och erbjuda tand- och barnhälsovård till alla barn.

Gemensamma utmaningar som är knutna specifikt till berörda grupper handlar bland annat om ett stort behov av information till berörda grupper, kommunikationssvårigheter och tolkbrist, tillkommande administration för vårdpersonal, bedömning av vård som inte kan anstå, bristande kulturkompetens, möte ensamkommande barns särskilda behov och en ojämn fördelning av asylsökande och nyanlända över landet.

## Språkproblem utgör en patientsäkerhetsrisk

Språkförbistring och utebliven information till patienter till följd av bristen på kvalificerade tolkar i vården, samt avsaknad av informationsmaterial på andra språk än svenska, utgör en patientsäkerhetsrisk eftersom det kan få till följd att patienter får fel diagnos eller fördröjd vård. Det riskerar även att underminera patienters förtroende för vården, vilket på sikt kan ge negativa hälsokonsekvenser för berörda grupper i ett bredare perspektiv. Socialstyrelsen betonar därför att användningen av kvalificerade tolkar i vården är av stor vikt.

## Utmaningar för vården på lång sikt

En stor utmaning för vården på längre sikt är kopplat till hur hälsan, inte minst den psykiska, utvecklas långsiktigt för nyanlända. Det finns en risk för ökad psykisk ohälsa och en negativ hälsoutveckling generellt bland nyanlända då många riskerar att hamna i riskgrupper för sjuklighet. Några faktorer som lyfts fram som viktiga för hur hälsan utvecklas hos berörda grupper är t.ex. bemötande i mottagande- och etableringsprocesserna, möjligheter till uppehållstillstånd och familjeåterförening, sysselsättning, boende och en lyckad integrering. Socialstyrelsen bedömer därför att hälsotillståndet i berörda grupper behöver följas upp och att vården tillsammans med samhället i övrigt satsar på riktade förebyggande insatser för att förhindra ökad sjuklighet på längre sikt.

## Möjligheter för vården

Vårdens kontakter med berörda grupper utgör också möjligheter, som kan bidra till att möta några av de identifierade utmaningarna.

### Tillvarata kompetens hos berörda grupper

En viktig möjlighet är att tillvarata den sjukvårdsutbildade kompetensen som finns i berörda grupper. Detta är betydelsefullt ur flera aspekter. Denna kompetens kan utgöra en tillgång för vården för att möta en del av personalbristen. Sjukvårdsutbildade personer i berörda grupper bidrar, även om de till antalet är få i förhållande till vårdens behov, också med kulturell erfarenhet och språkkompetens, vilket gör dem extra värdefulla för vården. Att tillvarata denna kompetens bidrar samtidigt till meningsfull sysselsättning med positiva effekter på hälsan i berörda grupper.

### Tidigare erfarenheter och ökad kompetens hos vårdpersonal

En mångkulturell vårdpersonal samt vårdpersonalens tidigare erfarenheter av att arbeta med asylsökande och patienter från andra kulturer är en stor tillgång i mötet med berörda grupper. Dessa förutsättningar skiljer sig dock avsevärt mellan olika delar av landet, där storstadsregionerna har bättre förutsättningar än glesbygden.

Socialstyrelsen ser också att kontakterna med berörda grupper innebär att vårdpersonal kan höja sin medicinska kompetens om ovanligare sjukdomstillstånd. Vårdens erfarenheter av att möta berörda grupper, förståelsen för deras vårdbehov och den kulturella kompetensen kan också breddas.

### Bidra till ökad jämställdhet

Vården har en stor möjlighet att bidra till ökad jämställdhet och jämlikhet i berörda grupper. Detta är extra betydelsefullt eftersom en del av individerna i berörda grupper kommer från samhällen som är mindre jämlika. Denna möjlighet ges särskilt genom de återkommande vårdkontaktarna i barnhälsovården, mödrahälsovården och tandvården. Socialstyrelsen vill även lyfta fram att ungdomsmottagningar och elevhälsan har en viktig roll för att främja jämställdhet hos ungdomar i berörda grupper.

### Samverkan med civila organisationer

Socialstyrelsen bedömer att samverkan mellan vården och civila organisationer är viktig för att möta vårdbehovet hos asylsökande och i synnerhet hos papperslösa. Ett exempel är vårdens avtal med Röda Korsets behandlingsverksamhet för krigsskadade och torterade. Även andra civila organisationer, t.ex. Rädda Barnen, Läkare i Världen, Stadsmissionen, Svenska kyrkan och många andra, utför viktiga insatser för berörda grupper.



## Bedömning för vårdområden

Socialstyrelsen gör här en kort sammanfattande bedömning av utmaningarna och påverkan för respektive vårdområde som ingått i analysen.

### Hälsoundersökningar

Det är en utmaning för vården att uppnå en hög genomförandegrad av hälsoundersökningar för asylsökande. Landstingen har dock gjort stora ansträngningar för att organisera arbetet med hälsoundersökningar på ett effektivt sätt. Möjligheten att ta tillvara utfall av hälsoundersökningar, såsom kunskap om vårdbehov och uppföljning av statistik, förefaller vara outnyttjad. Socialstyrelsen ser detta som en möjlighet som bör utvecklas. Socialstyrelsen ser också att det är svårt för vården att aktivt nå nyanlända för att erbjuda hälsoundersökningar eftersom vården saknar kunskap om vilka nyanlända som finns i landstinget.

### Primärvården

Primärvården är den vårdverksamhet som möter flest asylsökande och som samtidigt länge har varit ansträngd helt oavsett flyktingsituationen. Skiftande förutsättningar och den ojämna fördelningen av asylsökande inom och mellan landstingen är särskilt utmanande för primärvården. Asylsökandes sökmönster, som bl.a. påverkas av kunskaper om och kulturella skillnader i synen på hur och vad man söker vård för, utgör också en stor utmaning för primärvården.

### Barnhälsovården

Barnhälsovården har påverkats av ett stort antal asylsökande barn i åldern 0–6 år i behov av kompletterande vaccinationer. Barnhälsovården har även stora utmaningar med att nå alla barn, såväl asylsökande som nyanlända, och kunna erbjuda dem barnhälsovårdens program på lika villkor. En stor andel av de asylsökande och nyanlända barnen bedöms vara i behov av extra riktade insatser, som kan kräva samverkan med andra vårdgivare, såsom barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen bedömer det som en stor utmaning för barnhälsovården att adressera riktade insatser till barn i riskgrupper som förmodas öka genom asylsökande och nyanlända.

### Mödrahälsovården

Mödrahälsovården har påverkats till följd av antal gravida kvinnor i berörda grupper. Mödrahälsovården är redan sedan tidigare belastad genom ett ökat barnafödande och en brist på barnmorskor. En stor utmaning för mödrahälsovården ligger i svårigheter att planera dels för hur många kvinnor som kommer, dels på grund av att många kvinnor kommer till mödrahälsovården sent i graviditeten. Mödrahälsovården möter även fler kvinnor med obehandlade sjukdomstillstånd, PTSD och kvinnor som varit utsatta för könsstympning, vilket bidrar till påverkan. Socialstyrelsen har i en tidigare rapport redogjort för att det behövs fler utbildningsplatser för barnmorskor, och denna rapport betonar det behovet ytterligare [24].

## Förlossningsvården

Förlossningsvården har påverkats av att kvinnor i berörda grupper som kommer till förlossningen ofta inte har förvårdats fullständigt i mödrahälsovården. Förlossningsvården för kvinnor i berörda grupper kompliceras av obehandlade sjukdomstillstånd och förekomst av MRSA hos kvinnorna samt att krav på kejsarsnitt är vanligt. Liksom mödrahälsovården är också förlossningsvården sedan tidigare hårt belastad till följd av ökat barnafödande och stor brist på barnmorskor.

## Barn- och ungdomsmedicin

Barn- och ungdomsmedicin är påverkad genom att många barn kommer med obehandlade och tidigare outhärliga sjukdomar, i kombination med att uppföljning och behandling försvåras på grund av bl.a. boendemiljö, familjesituation och flyttar mellan och inom landsting. Antal barn och unga i berörda grupper med kombinerade måttliga somatiska och psykiska besvär befars komma att öka. Socialstyrelsen ser att detta vårdbehov skulle kunna mötas genom bland annat ökad samverkan, samlokalisering eller interprofessionella team i barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri.

## Barn- och ungdomspsykiatri

Det finns ett stort vårdbehov kring psykisk ohälsa hos unga asylsökande, men en varierande grad av påverkan på barn- och ungdomspsykiatri har rapporterats. BUP möter främst ensamkommande barn och har inte resurser att ta emot alla remisser. Asylsökande barn och ungdomars vårdbehov bedöms inte alltid på lika villkor som andra barns, vilket står i strid med deras rätt till vård. För att möta vårdbehovet för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar i berörda grupper finns det ett stort behov av samverkan med andra verksamheter och att det byggs upp en första linje i samarbete med primärvården, elevhälsan och andra aktörer.

## Vuxenpsykiatri

Det finns ett stort vårdbehov kring psykisk ohälsa i berörda grupper. Även om inte alla behöver behandling i specialistvården så finns det brister i kompetensen om behandlingsmetoder och tillgängliga resurser för att ta emot dem som behöver specialistvård. Trots ett förväntat stort vårdbehov i berörda grupper har psykiatri hittills inte mött så många. Detta kan bero på att det finns en fördröjningseffekt, dvs. att psykiska besvär manifesteras i berörda grupper först i ett senare skede. Andra bidragande orsaker kan vara att det finns ett stort stigma och en annan kulturell syn på psykisk ohälsa i berörda grupper. Barriärer för personer i berörda grupper att nå specialistvården och hur psykiatri bedömer vård som inte kan anstå kan också påverka. Socialstyrelsen har i arbetet tagit del av olika perspektiv på psykiatri. Detta förstärker den komplexa situationen inom psykiatri oberoende av det stora antalet flyktingar som kom under 2015. Socialstyrelsen bedömer att påverkan på psykiatri kan komma att öka framöver men att beredskapen för detta är bristfällig.

## Infektionsvården

Infektionsvården är påverkad till följd av att berörda grupper har infektionssjukdomar i större utsträckning än övriga befolkningen. Det resurskrävande omhändertagandet av asylsökande med smittsam tuberkulos måste påbörjas tidigt för att minimera smittspridning. Det är angeläget att infektionsklinikerna har tillräckligt med personal och isoleringsrum för denna vård, samt att uppdaterade nationella vägledningar finns tillgängliga för prevention, utredning, vård och behandling av olika former av tuberkulos.

## Tandvården

Tandvården är påverkad till följd av ett större vårdbehov i de berörda grupperna jämfört med den övriga befolkningen. Det är en utmaning för tandvården som inte har vana och erfarenhet att behandla omfattande kariesangrepp. Den sämre tand- och munhälsan i berörda grupper beror bland annat på dåliga kostvanor och munhygien och ett högt tobaksbruk. Det finns därför ett stort behov av förebyggande insatser mot såväl vuxna som barn. För att tandvården ska kunna nå ut till samtliga i berörda grupper krävs samverkan med hälso- och sjukvården, liksom med aktörer utanför vården. Det är viktigt att nå även vuxna som inte omfattas av förebyggande verksamhet.

## Möjliga förändringar

Ett stort antal möjliga förändringar som kan stärka hälso- och sjukvårdssystemets förmåga och funktion att tillhandhålla vård till berörda grupper beskrivs i bilaga 6. Socialstyrelsen gör här en bedömning av vilka förändringsområden som kan genomföras på kort respektive lång sikt. Socialstyrelsen lyfter också fram några konkreta förändringar på kort och lång sikt som myndigheten menar är särskilt angelägna.

Hur vården behöver anpassas för berörda grupper behöver belysas i relation till andra pågående förändringar av vårdssystemet. Detta berörs sist i avsnittet.

### Möjliga förändringar på kort sikt

Socialstyrelsen gör bedömningen att många av de identifierade förändringarna skulle kunna genomföras på kort sikt. Detta gäller särskilt förändringar som kan förbättra förutsättningarna för vården att stärka sin *förmåga* att tillhandahålla vård till berörda grupper. Viktiga förändringsområden som kan mötas på kort sikt syftar till att

- möta behov av information till berörda grupper
- möta behov av utbildningsinsatser till personal
- öka tillgången på språkstöd
- underlätta administration för vårdpersonal
- tydliggöra berörda gruppers rätt till vård
- utveckla vägledningar eller vårdprogram.

Några särskilt angelägna åtgärder inom dessa områden som Socialstyrelsen särskilt vill lyfta fram är att

- nationellt samordna och utveckla information till och om berörda grupper
- utveckla och genomföra utbildningsinsatser till personal i vården och annan personal, såsom på asylboenden och HVB
- öka kunskapen i vården om rätten till vård, vad som ingår i begreppet *vård som inte kan anstå* samt utvärdera landsting som erbjuder full vård
- förbättra uppföljning av hälsoundersökningars utfall för att öka kunskapen om berörda gruppers hälsostatus och vårdbehov
- förenkla administrationen för medicinsk personal och förbättra förutsättningar för vården gällande asylsökandes placering, förflyttning och möjligheter att ta sig till och från vården
- öka tillgången till tolk på 1177 Vårdguiden till fler landsting och på fler språk
- utveckla rutiner och vägledningar för hur vården behöver anpassa bedömning och behandlande insatser för berörda grupper, särskilt inom tandvården, mödrahälsovården, förlossningsvården och infektionsvården
- förbättra stöd och handledning till vårdpersonal som möter berörda grupper.

### Möjliga förändringar på lång sikt

Socialstyrelsens bedömning är att flertalet förändringar som kan ta längre tid att genomföra är delvis knutna till förändringsbehov som behöver mötas för att tillhandahålla vård även till andra grupper. Viktiga förändringsområden på längre sikt är att

- främja en positiv hälsoutveckling på lång sikt hos nyanlända genom riktade hälsofrämjande insatser och öka tillgången till en jämlik vård
- möta vårdbehovet kring psykisk ohälsa i berörda grupper
- förbättra samverkan mellan olika aktörer i vårdsystemet och samverkan mellan socialtjänsten och vården för att möta vårdbehov till barn och unga i berörda grupper
- förbättra kompetensförsörjningen till vården.

Några specifika förändringar inom dessa områden som kan kräva längre tid att åtgärda som Socialstyrelsen särskilt vill lyfta fram är att

- öka tillgången på kvalificerade tolkar som vill tolka för hälso- och sjukvården
- utveckla särskilt riktade hälsofrämjande program till berörda grupper
- förbättra ensamkommandes stöd i vården
- öka graden av uppsökande verksamhet i vården
- förbättra bedömning och uppföljning av psykisk ohälsa i berörda grupper, inklusive första linjens vård samt systematisk uppföljning av psykisk ohälsa hos nyanlända.

## Pågående förändringar av vårdssystemet

Vården till berörda grupper är förstås ingen isolerad verksamhet. Behoven av förändringar för att tillhandahålla vård till berörda grupper behöver ses i relation till andra initierade eller föreslagna förändringar av vårdssystemet.

Ett flertal förändringar av det svenska vårdssystemet pågår eller har nyligen föreslagits. Initiativ pågår för att utveckla vården till att bli mer patientcentrerad och öka patienternas delaktighet i vården. Utredningen *Effektiv vård* har föreslagit hur vården kan effektiviseras genom förändringar av vårdssystemets strukturer och styrning och utökning av primärvårdens uppdrag i syfte att vården i högre utsträckning ska utföras närmre befolkningen. Förslag har också nyligen lagts fram om en koncentration av den högspecialiserade vården, och förändringar av akutsjukvården har utretts [26, 27]. Ett flertal initiativ pågår för att hälso- och sjukvården ska bli mer jämlik och jämställd. Bland annat ska *Kommissionen för en jämlik hälsa* under 2017 lägga fram åtgärdsförslag riktade till stat, kommuner och landsting i syfte att minska hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper och mellan könen.

Flera av dessa pågående eller kommande förändringar av vårdssystemet knyter nära an till hur vården behöver förändras och anpassas också för berörda grupper. Migrationen till Sverige kommer att fortsätta att öka framöver, inte bara på grund av flyktingar utan även genom andra grupper. Vården behöver vara flexibel och moderniseras för nya grupper med delvis andra vårdbehov, annan syn på vård och annat sökmönster. De förändringsbehov som har identifierats kan förbättra vårdens tillgänglighet för berörda grupper.

## Vården behöver anpassas för berörda grupper

Vården och förutsättningarna för vården behöver förändras så att berörda grupper får tillgång till den vård de har rätt till. Konsekvenserna på lång sikt om vården inte uppmärksammar och möter vårdbehovet och tar tillvara möjligheterna att också arbeta hälsofrämjande är oklara och har legat utanför omfattningen för detta uppdrag att kartlägga. De identifierade förändringarna kan bidra till att anpassa vården för berörda grupper.

Behovet av ökad transkulturell kompetens i vården har framförts som en särskilt viktig förutsättning för att öka förståelsen för och möjligheterna att tillhandahålla vård till berörda grupper. Vården behöver möta och förstå berörda grupper och deras behov genom att vara lyhörd för det kulturella sammanhanget, bakgrunden och erfarenheterna som de har med sig.

Socialstyrelsen kan konstatera att en del av de åtgärder som landstingen har vidtagit utgör exempel på att vården anpassar sig till målgruppen, t.ex. genom uppsökande och mobil verksamhet, samarbete i tvärprofessionella team, samlokalisering av flera verksamheter och flexibla besökstider istället för fasta bokade tider för att underlätta kontakten med vården.

Mycket arbete pågår hos många olika aktörer – stat, myndigheter, SKL, landstingen, civila organisationer – som möter en del av förändringsbehoven på flera områden. För andra förändringar behöver beslut och initiativ tas för att påbörja, påskynda och prioritera förändringsarbete, såväl på nationell nivå som i landstingen, av professionen och i vårdverksamheter.

## Påverkan på vården

Socialstyrelsens analys av vårdens möjligheter och utmaningar att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända har genomförts mot bakgrund av det stora antalet asylsökande som kom till Sverige under 2015. Analysen har pågått parallellt med att förändrad asyllagstiftning, införda id-kontroller och omvärldsfaktorer har lett till en kraftig minskning av nya asylsökande i Sverige under 2016. Migrationsverkets prognoser för 2016 och 2017 för såväl asylsökande som nyanlända har skrivits ner i varje prognosrapport som har publicerats under perioden då arbetet med Socialstyrelsens analys har pågått.

I delrapporten konstaterade Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och tandvården i mars 2016 fortsatt var påverkad av tillströmningen av asylsökande under 2015. Påverkan hade dock stabiliserats eller minskat något jämfört med december 2015. Socialstyrelsen bedömde då att det ökade behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser för asylsökande och flyktingar skulle bestå på såväl medellång som på lång sikt.

Socialstyrelsens bedömning i oktober 2016 är att många av de identifierade utmaningarna kvarstår oberoende av det minskade antalet asylsökande. Många asylsökande är fortfarande kvar i landet och har fortsatta vårdbehov som behöver följas upp. En del av utmaningarna gäller nyanlända, som ökar i antal. Även gruppen papperslösa förmodas öka framöver.

Socialstyrelsen har i ett annat regeringsuppdrag redogjort för myndighetens bedömning av hur de införda id-kontrollernas effekter på migrationsströmmarna har påverkat hälso- och sjukvården. Myndighetens slutsats är att det är svårt att dra några säkra slutsatser om minskningen av antalet asylsökande under 2016 har lett till någon generell förändring av förutsättningarna för hälso- och sjukvården. Flera vårdverksamheter är fortsatt påverkade och inom psykiatrien kvarstår sannolikheten för en ökad påverkan på sikt. För verksamheter som genomför hälsoundersökningar kan påverkan komma att minska under andra hälften av 2016.

# Samråd och dialog

Samråd kring uppdraget har skett kontinuerligt med samrådande myndigheter: SKL, Folkhälsomyndigheten och IVO. En kontinuerlig dialog har också förts med uppdragets referensgrupp samt Migrationsverket. Här redovisas synpunkter på uppdraget som inte redovisats på annat sätt i rapporten. Inledningsvis redovisas formerna för samråd kort.

## Samråd med SKL, Folkhälsomyndigheten och IVO

Ett första samrådsmöte genomfördes i januari 2016 gällande omfattning, avgränsningar och metodval för uppdraget. Vid detta möte deltog förutom samrådande myndigheter även MSB, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. I mars 2016 genomfördes ett andra möte med SKL och Folkhälsomyndigheten för avstämning om uppdraget (IVO avböjde att delta vid detta möte). Därutöver har Socialstyrelsen deltagit på nätverksträffar för asyl- och flyktingfrågor på SKL och vid dessa presenterat och tagit emot synpunkter på uppdraget.

Under juni, augusti och september 2016 har Socialstyrelsen haft en dialog med samrådande myndigheter. Denna dialog har dels handlat om underlag till analysen som Socialstyrelsen efterfrågat och fått från myndigheterna, dels har Socialstyrelsen förmedlat delar av sin preliminära analys med avseende på möjliga förändringar som berör myndigheterna.

Samrådande myndigheter har getts möjligheten att ta del av och ge synpunkter på rapporten.

### Sveriges kommuner och landsting

SKL har förmedlat synpunkter på rapporten som har beaktats i rapporten.

### Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten har förmedlat synpunkter på rapporten som har beaktats i rapporten.

### Inspektionen för vård och omsorg

IVO har förmedlat nedanstående sammanfattning gällande rapporterade ärenden med anledning av vård till berörda grupper.

IVO har inte kunnat se några systematiska konsekvenser och har heller inte märkt av någon ökning av anmälningar till följd av asylsökande eller nyanlända. Enstaka ärenden har förekommit hos myndigheten där asylsökande eller nyanlända varit berörda eller inblandade, men det går inte att dra några slutsatser av dessa enstaka ärenden. IVO har speciellt bevakat området och mottagit information från andra myndigheter och har en god aktuell bild av läget med anledning av denna frågeställning.

När det gäller vården till asylsökande och papperslösa som saknar personnummer så är vår erfarenhet att vårdgivarna löser den akuta situationen oavsett om patienterna har personnummer eller inte. Alla får vård och behandling i det akuta skedet. Det som däremot kan ge problem är kroniskt sjuka, då brister i dokumentation eller uppföljning kan uppkomma, men inte heller detta har vi sett i vår tillsyn. Inga anmälningar har inkommit till IVO rörande detta.

IVO kommer att fortsätta bevaka området enligt tillsynspolicyn för att följa om vårdgivarna fortsätter tillhandahålla den vård och omsorg som vårdtagarna inom upptagningsområdet har rätt att få. Detta inkluderar även vården till nyanlända och asylsökande.

## Dialog med Migrationsverket

Socialstyrelsen har i arbetet med uppdraget haft flera möten och kontakter med Migrationsverket, dels kring statistik för asylsökande, dels för en dialog om de utmaningar som har identifierats. Denna dialog redovisas kortfattat här, gällande bland annat

- långa handläggningstider för asylärenden
- fördelning av asylsökande över landet och i förhållande till lokalisering av vården
- information till vården om när nya boendeanläggningar öppnar
- boendemiljön på asylanläggningar
- sysselsättning för asylsökande
- information om vården till asylsökande
- asylsökandes möjligheter att transportera sig till vården
- asylsökandes möjligheter att få ersättning för extra kostnader för transport till vården, läkemedel eller behov av egenvård
- kontaktuppgifter till asylsökande samt uppgift om genomförda hälsoundersökningar genom Migrationsverkets e-tjänst för statlig ersättning (Melker).

Migrationsverket har redogjort för att organisationen under 2015 och början av 2016 har varit väldigt påfrestad och inte kunnat leva upp till de rutiner man i normala fall arbetar utifrån. Migrationsverket är sedan länge väl medvetet om de problem och utmaningar som Socialstyrelsen har identifierat.

Handläggningstiderna för asylansökningar har ökat och trots det minskade antalet asylansökningar under 2016 så är handläggningstiderna fortsatt långa på grund av att många ansökningar som inkom under 2015 fortfarande återstår att handläggas.

Tillgången på bostäder och anläggningsboenden är det som i första hand påverkar var asylsökande placeras i landet. Detta innebär att Migrationsverket har svårt att uppnå en jämnare fördelning av asylsökande över landet, särskilt när det kom ett stort antal asylsökande på kort tid. Hälso- och sjukvården har påtalat att bland annat kroniskt sjuka och gravida bör placeras nära vården för att de enkelt ska kunna ta sig till vården. Lokala



enheter på Migrationsverket kan ta emot önskemål om byte av boende och kan tillgodose flytt utifrån medicinska skäl samt en turordningslista.

På grund av sekretess- och upphandlingsregler får Migrationsverket inte meddela var ett boende ska öppnas förrän ett tilldelningsbeslut är fattat. Detta medför att information till vården om att nya boenden öppnar ofta sker med kort varsel.

Kvaliteten på boendeanläggningar varierar i stor utsträckning. Migrationsverket har minimikrav på standarden. Standarden på boenden är relativt enkel, liknande vandrarhem. När efterfrågan på boendeplatser minskar stänger Migrationsverket i första hand ner tillfälliga boenden och boenden med lägst standard. Under hösten 2015 och en bit in på 2016 var Migrationsverket p.g.a. det stora antalet asylsökande tvungna att sänka minimikravet på boendeyta per individ från 5 till 3 m<sup>2</sup>. Detta beslut är numera upphävt och Migrationsverket kommer att återgå till den tidigare miniminivån för boendeyta.

Migrationsverket ser ett stort värde av att asylsökande har sysselsättning, då detta bl.a. annat motverkar våld och konflikter bland de asylsökande. Migrationsverket har arbetat aktivt med att ordna praktik till asylsökande.

Migrationsverket ska erbjuda asylsökande gruppinformation om hälso- och sjukvården och tandvården. Gruppinformationen erbjuds på olika språk. Asylsökande får också motsvarande information skriftligen. Hälso- och sjukvården kan bjudas in för att själva delge information om vården men väljer ibland att inte delta. Migrationsverket delger att man inte hunnit med att ge gruppinformation till alla under hösten 2015 och i början av 2016. I augusti 2016 ges åter gruppinformation och den följs också upp med ett individuellt samtal som inkluderar frågor kring individens hälsotillstånd (detta individuella samtal hanns inte heller med under hösten 2015).

Migrationsverket poängterar att gruppinformation till asylsökande är frivillig. Informationsmaterialet om hälso- och sjukvården är avstämt med SKL.

Gällande svårigheter för asylsökande att transportera sig till vården hänvisar Migrationsverket till att de inte har ansvar för denna fråga. Dock har en del lokala överenskommelser gjorts mellan Migrationsverket och hälso- och sjukvården gällande bekostande av transporter för asylsökande.

Många asylsökande kan ha svårigheter att ha råd att betala för offentliga transporter för att ta sig till vården, liksom att bekosta läkemedel och receptfria preparat för egenvård. Migrationsverket hänvisar till att man som asylsökande kan söka extra ersättning för bl.a. dylika kostnader.

Gällande kontaktuppgifter till asylsökande (som vården rapporterar inte alltid är korrekta i e-tjänsten Melker), så borde dessa uppdateras tämligen omgående när Migrationsverket själva flyttar på asylsökande. När asylsökande själva flyttar, t.ex. till eget boende, får Migrationsverket inte alltid uppgift om ny adress.

Landstingen får via Melker uppgift om de har rätt eller inte rätt att söka ersättning för en genomförd hälsoundersökning. De kan däremot inte få information om annat landsting som sökt och beviljats ersättning tidigare, då Migrationsverket inte har någon uppgiftsskyldighet att lämna ut sådan information.

## Dialog med referensgruppen

Två möten med referensgruppen har genomförts i mars och augusti 2016. Temat för det första mötet var hälsostatus och vårdbehov hos berörda grupper. Temat för det andra mötet var diskussion om de utmaningar som Socialstyrelsen identifierat, utmaningar ur berörda gruppers perspektiv inklusive jämställdhetsperspektiv samt behov av möjliga förändringar av vården för att möta utmaningarna. Synpunkter från referensgruppen har beaktats i Socialstyrelsens analys och har i rapporten återgetts i huvudsak under rubrikerna Vårdbehov som referensgruppen har identifierat, Utmaningar ur berörda gruppers perspektiv samt Referensgruppens perspektiv. Referensgruppen har getts möjlighet att inkomma med synpunkter på rapporten.

# Referenser

1. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända: delrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
2. Migrationsverket. ordförklaringar. 2016. Hämtad 2016-09-30 från: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Ordforklaringar.html>
3. Vård för papperslösa: vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Report No.: 9789175551616.
4. Migrationsverket. Vanliga begrepp när det gäller statliga ersättningar. 2016. Hämtad 2016-09-30 från: <http://www.migrationsverket.se/Andra-aktorer/Kommuner/Statlig-ersattning/Vanliga-begrepp.html>
5. Nilsson, Å. Efterkrigens invandring och utvandring Stockholm: SCB, Enheten för demografisk analys och jämställdhet; 2004.
6. Folkhälsoinstitutet. Invandras hälsa och sociala förhållanden – Underlag till folkhälso- och socialrapport 1994 och social rapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
7. Verksamhets- och utgiftsprognos Juli 2016. Stockholm: Migrationsverket; Juli 2016.
8. Papperslösa. Social Rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. s. 313.
9. Vård efter behov och på lika villkor: en mänsklig rättighet: betänkande. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2011.
10. Vård till papperslösa – Slutrapport av uppdraget att följa upp lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Stockholm: Statskontoret; 2016.
11. Effekter av ID-kontroller för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
12. Ekblad, SL, J. Asplund, M. Burström, B. Existentiell osäkerhet ökar sårbarheten för psykisk ohälsa – analys av hälsosamtal bland vuxna asylsökande och kvalitativa intervjuer med flyktingar. Socialmedicinsk tidskrift. 2012; (2):150-60.
13. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Report No.: 9789175552699.
14. Behovsanalys Asylsökande, nyanlända och papperslösa – Kartläggning och analys av gruppens behov av hälso- och sjukvård Landstinget Sörmland 2015.
15. Sammanställning efter enkätundersökning – Analys gällande påverkan i verksamheterna i RÖ med anledning av flyktingströmmen. Region Östergötland; 2016.
16. Människor på flykt – en riskbedömning av smittspridning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015.
17. Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2015. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
18. Plan för hur Region Örebro län ska hantera flyktingsituationen Region Örebro län; 2016.
19. Ekonomirapporten april 2016. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.

20. Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården kartläggning 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
21. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
22. Rikshandboken barnhälsovård [Elektronisk resurs]. Hämtad 2016-09-27 från: <http://www.rikshandboken-bhv.se>
23. Vaccinationer till människor på flykt. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2015.
24. Nationella planeringsstödet 2016: tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
25. Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2015. Stockholm: Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting; 2015.
26. Träning ger färdighet: koncentrera vården för patientens bästa: betänkande. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2015. Report No.: 9789138243756.
27. Traumavård vid allvarlig händelse. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
28. Förslag på fler utbildningsvägar för att bli kontakttolk [Elektronisk resurs]. Myndigheten för yrkeshögskolan; 2016. Report No.: 9789187073786.
29. Att samtala genom tolk. Socialstyrelsen; 2016.
30. Samordningsnummer till asylsökande. Stockholm: Skatteverket; 2016.
31. Uppdrag att komplettera och sprida information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården S2016/01026/FS. Socialstyrelsen.
32. Uppdrag om stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning S2015/07804/FS. Socialstyrelsen.
33. Barn på flykt – barns och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. Barnombudsmannen; 2016.
34. Uppdrag om stöd till genomförande av hälsoundersökningar S2015/07981/FS. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten.
35. Samverka för barns bästa: en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
36. Lagstiftning om samverkan kring barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
37. Zetterqvist Nelson, K, Hagström, M. Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen: röster om hösten 2015 och en kunskapsöversikt. Stockholm: Forte; 2016.
38. Interkulturellt perspektiv på stöd till barn som anhöriga – ett diskussionsunderlag. Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2016.
39. Uppdrag med anledning av det ökade mottagandet av ensamkommande barn m.m. S2016/00235/FST. Socialstyrelsen.
40. Uppdrag om informationsinsatser rörande hälsa och jämställdhet för nyanlända och asylsökande barn och unga S2016/02759/JÅM. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
41. Rättsmedicinalverket. Medicinska åldersbedömningar. Hämtad 2016-09-09 från: <http://www.rmv.se/?id=462>
42. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
43. Vägledning för elevhälsan – reviderad version 2014. Socialstyrelsen; 2014.

44. Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar: lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
45. Tuberkulos – vägledning för sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen; 2009.
46. Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos – hälsokontroll, smittspårning och vaccination. Socialstyrelsen; 2012.
47. Vägledning inför hälsoundersökningar för migranter - möten om hälsa. Folkhälsomyndigheten; 2014.
48. Primärvårdens uppdrag: en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
49. Kartläggning och analys av behovet av vaccin hos asylsökande. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2016.
50. Vaccination av barn och ungdomar – Vägledning för vaccination enligt föreskrifter och rekommendationer. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2016.
51. Kompetenshöjande åtgärder till hälso- och sjukvården om kvinnlig könsstympning: rapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
52. Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
53. Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa: uppföljning av landstingens insatser 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
54. Positionspapper - psykisk hälsa, barn och unga. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
55. En riskbedömning av smittspridning – barn på flykt. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2016.



# Bilaga 1. Intervjuguide

## telefonintervjuer alla landsting

### Vård som inte kan anstå

Har ni inom landstinget/regionen beslutade riktlinjer utöver vad lagen anger om vård som inte kan anstå?

*Om ja,*

- a) varför?
- b) vad ingår i riktlinjerna (både papperslösa och asylsökande)?
- c) bifoga gärna underlag.

### Vårdbehov och planeringsarbete

Har ni gjort en kartläggning av vårdbehovet hos asylsökande, nyanlända och papperslösa i landstinget/regionen?

Har ni en planering för hur ni ska möta vårdbehovet bland asylsökande, nyanlända och papperslösa?

*Om ja,*

- a) finns det dokumenterat? Bifoga i så fall gärna!
- b) vilket underlag baserar ni er planering på?
- c) tar ni hänsyn till respektive grupp (asylsökande, nyanlända, papperslösa) i er planering?
- d) vilka verksamheter omfattas av planeringen?
- e) hur långt fram i tiden sträcker sig er planering?
- f) hur hanterar ni i planeringen den osäkerhet som finns kring prognoserna för tillströmningen av asylsökande, nyanlända och papperslösa?

*Om nej,*

- g) finns det planer att påbörja en sådan planering?
- h) har ni påbörjat något arbete för att få mer kunskap för att kunna möta vårdbehovet, t.ex. risk- och konsekvensbeskrivning?

Vilka särskilda insatser och åtgärder för att möta vårdbehovet hos asylsökande, nyanlända och papperslösa (t.ex. samverkan, kompetenshöjning, ökade öppettider)

- a) har genomförts?
- b) är planerade?
- c) ser ni ett behov av på lång sikt?

## Uppföljning

Har ni möjlighet att kvantitativt följa upp vårdkonsumtion för asylsökande, nyanlända respektive papperslösa?

*Om ja, bifoga gärna.*

Följer ni upp statistik över antal/andel asylsökande som genomgår en hälsoundersökning i landstinget/regionen? (Fördelning på män, kvinnor, barn, ensamkommande barn).

*Om ja, bifoga antal/andel genomförda hälsoundersökningar för 2015 eller 2014.*

Används utfall från hälsoundersökningar som planeringsunderlag för hälso- och sjukvårdsverksamhet?

## Kompetensförsörjning

Hur ser ni på personalförsörjningen i ett långsiktigt perspektiv?

Hur ser ni på personalens kompetens för att kunna möta vårdbehovet för asylsökande, nyanlända och papperslösa i dagsläget?

Arbetar ni för att kunna tillvarata hälso- och sjukvårdskompetens bland asylsökande och nyanlända?

*Om ja, hur?*

## Övrigt

Har ni något övrigt att tillägga?

### Definitioner

- Asylsökande – en person som ansökt om uppehållstillstånd.
- Nyanländ – en person som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd. En person är nyanländ i två år.
- Papperslös – en person som befinner sig i landet utan nödvändigt tillstånd att vistas i landet beroende på att vederbörande inte har ansökt om uppehållstillstånd eller håller sig gömd för att undgå beslutad utvisning/utlämning.



# Bilaga 2. Intervjuguide

## vårdverksamheter i sex landsting

Hur kan vårdbehovet hos asylsökande, nyanlända och papperslösa\* mötas på kort och lång sikt? Beskriv möjligheter, utmaningar, konsekvenser och förslag på förändringar för utvalda verksamheter i hälso- och sjukvården.

### **Tema 1. Vård som inte kan anstå**

Hur ser ni på begreppet vård som inte kan anstå?

Hur fungerar det i den kliniska vardagen?

### **Tema 2. Vårdbehov och planeringsarbete**

Har ni identifierat vårdbehovet hos berörda grupper?

Hur ser ert planeringsarbete ut för att möta vårdbehovet hos berörda grupper?

### **Tema 3. Utmaningar**

Vilka är de största utmaningarna för att möta vårdbehovet hos berörda grupper?

Vad krävs för att på kort sikt (2016) kunna möta vårdbehovet?

Vad krävs för att på lång sikt (2–5 år) kunna möta vårdbehovet?

### **Tema 4. Resurser**

Behov av personal och kompetens för att möta vårdbehovet hos berörda grupper

### **Tema 5. Konsekvenser**

Påverkan på verksamheten i stort p.g.a. vårdbehovet hos berörda grupper

### **Tema 6. Möjligheter och förändringar**

Identifiera möjligheter samt behov av förändringar för att möta vårdbehovet hos berörda grupper

#### \* Berörda grupper – definitioner

- Asylsökande – en person som ansökt om uppehållstillstånd.
- Nyanländ – en person som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd. En person är nyanländ i två år.
- Papperslös – en person som befinner sig i landet utan nödvändigt tillstånd att vistas i landet beroende på att vederbörande inte har ansökt om uppehållstillstånd eller håller sig gömd för att undgå beslutad utvisning/utlämning.

## Bilaga 3. Deltagare workshoppar

*Workshop om mödra- och förlossningsvård för asylsökande, nyanlända och papperslösa den 23 maj 2016*

Organisationer/verksamheter

- Barnmorskeförbundet
- Rosengrenska Stiftelsen
- SKL

Verksamheter inom hälso- och sjukvård

- Asyl- och integrationshälsan
- Mödrahälsovårdsenheten, SLL
- Representanter från obstetrik, gynekologi och kvinnokliniken
- Representant inom vårdutveckling
- Samordnande barnmorskor

*Workshop om hälso- och sjukvård för asylsökande, nyanlända och papperslösa barn och ungdomar den 26 maj 2016*

Organisationer/verksamheter

- RFSU
- Riksföreningen för skolsköterskor
- Rädda Barnen
- Svenska skolläkarföreningen
- SKL

Verksamheter inom hälso- och sjukvård

- Barnhälsovårdsenheten, S:t Görans sjukhus, SLL
- Barn och ungdomspsykiatri (BUP)
- BUP asylpsykiatrisk enhet, SLL
- Beroendecentrum, SLL
- Kunskapscentrum barnhälsovård och kvinnohälsa, Skåne
- Ungdomsmottagningar

*Workshop i vuxenpsykiatri för asylsökande, nyanlända och papperslösa den 30 maj 2016*

Organisationer/verksamheter

- Hjärnkoll
- Nationell samverkan för psykisk hälsa
- Röda Korset
- SKL

## Verksamheter inom hälso- och sjukvård

- Beroendecentrum, SLL
- Mottagning för transkulturell psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Traumamottagningen, Örebro läns landsting
- Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade
- Rosengrenska Stiftelsen

## Bilaga 4. Referensgrupp

### *Civila organisationer*

- Läkare i Världen
- Riksföreningen för Sveriges stadsmissioner och Stockholms stadsmission
- Rädda Barnen
- Röda Korset
- Skyddsvärnet
- Svenska Kyrkan

### *Verksamheter inom hälso- och sjukvård och tandvård*

- Intresseföreningen för hälso- och sjukvård för asylsökande och nyanlända (IFAS)
- Mottagningen för transkulturell psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala
- Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

### *Forskare*

- Anna-Clara Hollander, med.dr. vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.
- Hannah Bradby, professor vid Sociologiska institutionen och Institutionen för kvinnor och barns hälsa, internationell mödra- och barnhälsovård (IMCH), Uppsala universitet.
- Henry Ascher, professor i folkhälsovetenskap, barnöverläkare vid Angereds Närsjukhus och Flyktingbarnteamet, docent i barnmedicin vid avd. för samhällsmedicin och folkhälsa, Göteborgs Universitet.
- Knut Lönnroth, professor, överläkare vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.
- Petter Tinghög, fil.dr. vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och Avdelningen för Medicin och Folkhälsa, Röda Korsets Högskola.
- Sara Hamed, leg. tandläkare, forskningsassistent vid Sociologiska institutionen, Uppsala universitet.
- Solvig Ekblad, professor i mångkulturell hälso- och sjukvårdsforskning vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet, leg. psykolog vid Akademiskt primärvårdscentrum, SLSO.

# Bilaga 5. Exempel på åtgärder i landstingen

Socialstyrelsen har identifierat exempel på åtgärder i några landsting för att möta utmaningarna i att tillhandahålla vård till berörda grupper. Dessa åtgärder ska ses som exempel och Socialstyrelsen gör inte någon värdering av dem. Både exempel på åtgärder för att möta gemensamma utmaningar och exempel på åtgärder för att möta specifika vårdområdesspecifika utmaningar beskrivs.

Åtgärderna handlar bland annat om olika sätt att organisera vården till asylsökande, allokera extra resurser, informations- och utbildningsinsatser, identifiera och ta tillvara sjukvårdskompetens i berörda grupper samt lokal och regional samverkan.

## Åtgärder för att möta gemensamma utmaningar

### Behov av information och utbildning till personal

Ett eller flera landsting har

- genomfört hälsoskolor på boenden
- utbildat boendepersonal och primärvårdspersonal om människor i kris och att förebygga smittsamma sjukdomar
- utbildat hälso- och sjukvårdspersonal i bemötande och regelverk som gäller berörda grupper
- infört hälsokommunikatör som har dialog med HVB
- genomfört informationsinsatser till personal och asylsökande på anläggningsboenden
- samverkat med asylboenden för att sprida information kring hälsa, ohälsa och hur man söker vård
- informerat asylsökande hur de söker vård och vilken vård de är berättigade till via samhällsinformationen
- informerat om SRHR till ensamkommande barn på HVB via ett samverkansprojekt med ungdomsmottagningar
- informerat om hälsa och egenvård på asylboenden
- översatt informationsmaterial
- tagit fram bildmaterial för analfabeter.

### Språkproblem och tolkbrist

Ett eller flera landsting har

- anpassat nya avtal om tolktjänstupphandling till den ökade efterfrågan på tolktjänster

- använt vårdpersonal som tolk i akuta lägen då en tolk inte gått att få, eller en bokad tolk har uteblivit
- inventerat språkkompetens hos befintlig personal inom hälso- och sjukvården för att kunna använda dem som språkstöd i akuta situationer.

## Tillkommande logistiskt och administrativt arbete

Ett eller flera landsting har

- avsatt extramedel för administrativ kompetens och fler kuratorer
- anställt extra administratörer
- anställt en koordinator som bland annat ska samordna tolkar, transporter och samordnade individuella planer
- anställt en asylsamordnare inom förlossningsvården i samverkan med barnkliniken med uppgift att sköta administration, koordinering och logistik kring de berörda grupperna
- tagit hjälp av en sjuksköterska som ansvarar för administrationen av t.ex. transporter.

## Kulturkompetens och utbildning till personal

Ett eller flera landsting har

- utbildat personal i rutiner för asylsjukvård och kulturkompetens
- erbjudit föreläsningar i kulturkompetens
- inventerat kulturkompetens hos personal för att koppla till utbildningsbehovet i landstinget.

## Samverkan

Ett eller flera landsting har

- centrala avstämningar med primärvården, Folk tandvården, smittskydd och säkerhetsansvariga i respektive närsjukvårdsområde
- startat en mottagning för ensamkommande barn i samverkan mellan primärvården och psykiatrin.

## Vårdens tillgänglighet för berörda grupper

Ett eller flera landsting har

- utökat antalet mobila team
- infört mobila bedömningsteam för asylsökande på boenden
- nyanställt eller utökat antal hälsokommunikatörer, och i vissa landsting har hälsokommunikatörernas arbete vidgats till att inkludera både asylsökande och nyanlända.

## Hälsorisker på lång sikt

Ett eller flera landsting har

- påbörjat det preventiva arbetet genom att möta barn i förberedelseklasser
- ordnat hälsoskola för nyanlända i syfte att förebygga hälsoproblem, särskilt psykisk ohälsa.

# Åtgärder för att möta vårdområdesspecifika utmaningar

## Hälsoundersökningar

Ett eller flera landsting har

- utarbetat lathundar och mallar för genomförandet av hälsoundersökningar för att kunna genomföra dem så systematiskt som möjligt
- delat upp hälsoundersökningen i flera delar: en del där information ges till flera samlade i grupp och därefter en individuell del med undersökning och individuellt hälsosamtal
- genomfört utbildningar och kunskapsöverföring om asylsökandes hälsa till andra vårdenheter samt till kommuner
- anställt en barnmorska till asyihälsan för att öka kompetens kring bland annat SRHR
- uppnått en särskilt hög genomförandegrad och identifierat följande framgångsfaktorer: länsövergripande verksamhet, prioriterad verksamhet, byggt upp en hög kompetens, attraktiv arbetsplats, stort engagemang i personalen, helgmottagningar, insatser för att minska uteblivna besök, reservstyrka som kan kallas in extra
- organiserat mobila team för att genomföra hälsoundersökning på anläggningsboenden.

## Primärvården

Ett eller flera landsting har

- öppnat ett regionalt kunskapscentrum för migranthälsa som erbjuder stöd och information till vårdpersonal, utbildning på boenden, kulturkompetensutbildning till vårdpersonal, kontakter och informationsutbyte med Migrationsverket m.m.
- organiserat en enhet för asyihälsa som erbjuder en specialiserad sammanhållen vård till asylsökande och nyanlända
- utökat den utåtriktade verksamheten med besök och utbildningar på boenden
- etablerat en kontinuerlig kontakt med boendepersonal genom särskilda kontaktpersoner
- skapat en triageverksamhet på boenden eller på primärvårdsenheter för att snabbare genomföra bedömning, sortera och prioritera vårdbehoven
- utvecklat mallar för intyg vid beslut om avvisning
- infört öppna mottagningstider/drop-in
- anställt kuratorer som kan ta emot patienter med lättare psykisk ohälsa
- inlett samverkan med psykiatrin genom att t.ex. barnpsykolog eller psykiatrisjuksköterska kommer till primärvården
- anställt en värd som tar emot och pratar med patienter i väntrummet på deras språk
- förbättrat den regionala samverkan, styrningen och uppföljningen av vården till asylsökande
- fördelat ut asylsökande på flera hälsocentraler

- genomfört en risk- och konsekvensanalys
- påbörjat handledarutbildning till sjuksköterskor som arbetar med hälsoundersökningar
- infört mobila vårdcentraler
- gett ökad ersättning till vårdcentraler som utför hälsoundersökningar
- fördelat resurser mellan olika primärvårdsenheter.

## Barnhälsovården

Ett eller flera landsting har

- startat ett samarbete mellan asylhälsan och barnhälsovården genom att asylhälsan förser barnhälsovården med listor över asylsökande barn att kalla
- startat ett samarbete mellan det regionala kunskapscentrumet för barnhälsovård och ett nystartat kunskapscentrum för migration och hälsa.

## Mödrahälsovården

Ett eller flera landsting har

- tagit fram lokala riktlinjer och pm om handläggning av asylsökande och papperslösa kvinnor; dessa inkluderar särskild handläggning för de som kommer för akut inskrivning i mödrahälsovården
- infört uppsökande verksamhet med mobila team med barnmorskor som besökt asylboenden och genomfört undersökningar
- infört mobila preventivmedelsmottagningar med möjlighet till förskrivning på plats på asylboenden
- infört flexibla besökstider och öppenmottagning istället för förbokade besök.

## Förlossningsvården

Ett eller flera landsting har

- tagit fram lokala riktlinjer och pm om handläggning av asylsökande och papperslösa kvinnor. Dessa inkluderar särskild handläggning för de som kommer för akut inskrivning på kvinnokliniken.
- genomfört utbildningsinsatser kring kulturkompetens inom mödra- och förlossningsvården
- ingått avtal med Migrationsverket som innebär att asylsökande kvinnor får åka taxi hem efter förlossningen kostnadsfritt
- infört att tolk alltid finns på plats på förlossningsavdelningen
- infört kulturtolkar och kulturdoulor för att stötta utlandsfödda kvinnor innan, under och efter förlossningen. Införandet av kulturdoulor bidrar till att skapa en transkulturell vård i syfte att ge kvinnor i de berörda grupperna tillgång till en lika säker vård som kvinnor i den övriga befolkningen.



## Barn- och ungdomsmedicin

Ett eller flera landsting har

- frångått regionala riktlinjer om att barn- och ungdomsmedicin ska genomföra hälsoundersökningar på barn
- infört att personer som genomgått hälsoundersökning får med sig ett skriftligt intyg på att han eller hon fått en hälsoundersökning
- samarbetat med Migrationsverket för att familjer med barn i behov av mycket vård ska kunna bo nära sjukhuset
- genomfört möten med samtliga kommuner i landstinget för att öka förståelsen, samverka och lösa dilemman
- haft seminarier om barns rättigheter, asylprocessen och vem som ansvarar för vad
- bildat en asylgrupp på kliniken med personal från slutenvården, kurator och kontaktsjuksköterska som stöd för personalen
- påbörjat nära kommunikation med asylhälsan för att veta vilka patienter som kommer
- anställt en kurator till mottagningen
- utökat ett flyktingbarnteam med samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin och barnpsykiatri för att ta emot flyktingbarn med kombinerad somatisk och psykiatrisk problematik i behov av insatser på specialistnivå.

## Barn- och ungdomspsykiatri

Ett eller flera landsting har

- initierat ett flyktingnätverk som har fokus på ett helhetstänk kring barn och ungdomar och inkluderar BUP, socialtjänst och elevhälsan
- gett stöd, handledning eller utbildning till boendepersonal för ensamkommande barn genom telefonmottagningstider eller besök på boendena
- startat gruppverksamheter för att nå många samtidigt
- byggt upp första linjen inom barn- och ungdomshälsan, där dock PTSD inte är inkluderat
- byggt upp första linjen genom ett särskilt team från BUP som ska erbjuda konsultation, handledning och bedömning
- börjat genomföra screening för psykisk ohälsa vid hälsoundersökningen genom ett särskilt screeninginstrument som kan användas för vuxna och ungdomar från 14 år. Detta genomförs i samarbete med universitetet.
- inlett ett samarbete med skolor för att fånga upp psykisk ohälsa bland barn och ungdomar
- utökat ett flyktingbarnteam med samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin och barnpsykiatri för att ta emot flyktingbarn med kombinerad somatisk och psykiatrisk problematik i behov av insatser på specialistnivå
- öppnat ett kris- och traumacenter för vård till asylsökande barn från 15 år, som BUP kan remittera till. Centret kommer också att jobba med

seminarieserier och utbildning för att sprida kunskap och utbildning till personal som möter dessa grupper.

## Vuxenpsykiatri

Ett eller flera landsting har

- infört ett mobilt akutteam som kvälls- och nattetid åker ut till boendeanläggningar när personer ringer
- satsat på specialiserad traumavård med fokus på komplexa trauman
- haft utbildningsinsatser till boendepersonal och asylsökande på boenden
- genomfört konsultativa insatser i primärvården
- byggt upp en första linje för behandling av lättare psykisk ohälsa i primärvården, upp till 8 besök
- genomför screening för psykisk ohälsa vid hälsoundersökningen genom ett särskilt screeninginstrument som kan användas för vuxna och ungdomar från 14 år. Detta genomförs i samarbete med universitetet.
- infört samarbete och avtal med Röda korsets verksamhet för traumavård
- startat gruppverksamheter för att nå många samtidigt
- startat en nätverksgrupp kring asyl- och flyktingfrågor som diskuterar planering för kompetenshöjande insatser, utbildningar, begreppet vård som inte kan anstå etc.
- öppnat ett kris- och traumacenter för vård till asylsökande barn från 15 år, som BUP kan remittera till. Centret kommer också att jobba med seminarieserier och utbildning för att sprida kunskap och utbildning till personal som möter dessa grupper.

## Infektionsvården

Ett eller flera landsting har

- infört att patienter lämnar prover på vårdcentralen så att infektionsläkarna hinner se provsvaren innan patienten kallas till infektionskliniken
- infört att specialkunniga infektionsläkare sprider kunskap om den relativt komplexa och mångfacetterade behandlingen av tuberkulos till andra läkarkollegor på infektionskliniken så att fler har kompetens att ta hand om tuberkulospatienter
- infört att patienter kallas inom max 10 dagar efter inkommen remiss för att öka chanserna att få tag på patienten
- genomfört utbildning på boenden för att öka kunskapen hos personalen
- öppnat extramottagningar
- tillsatt en multikulturell grupp som ska diskutera kulturfrågor
- förenklat handlägningsrutinerna.

## Tandvården

Ett eller flera landsting har

- upprättat mobila tandvårdskliniker samt mobila enheter för genomförande av screening på asylboenden
- upprättat samarbete mellan Folktandvården, primärvården och asylhälsan för att identifiera tandvårdsbehov i hälsoundersökningen

- påbörjat samarbete mellan primärvården och tandvården för att dela ut informationsblad, tandborstar och tandkräm
- genomfört hälsoskolor på asylboenden
- informerat om tandvård och munhälsa på asylboenden
- infört nya arbetstidsmodeller för att kunna utöka öppettiderna
- arbetat med att föra in epidemiologiska data för barn och unga med syfte att bygga upp en kunskapsbank kring sjukdomsbilden, översikt över tandhälsan med hjälp av data från föregående år (2015)
- inlett ett samarbete mellan Folktandvården och kollektivtrafiken för att kostnadsfritt ta sig med allmänna kommunikationer till tandvården
- tagit hjälp av pensionerade tandläkare för att kompensera för bristen på personal samt det ökade trycket samt som handledare
- använt ambulera tandläkare för att kunna bemanna upp kliniker där störst behov finns
- skrivit avtal med privata tandläkare
- utökat antal narkostider för barn
- inventerat narkoskompetens och gett stöd till personal med denna kompetens.

## Bilaga 6. Möjliga förändringar

Beskrivningen av möjliga förändringar är uppdelad under teman som svarar mot de utmaningar som beskrivits. Beskrivningen är relativt utförlig och skriven i form av punktlistor. Någon resumé av utmaningarna ges inte för varje avsnitt, utan läsaren hänvisas till det tidigare avsnittet om Utmaningar.

Möjliga förändringar är uppdelade i sådana som kan påverka vårdens förmåga respektive funktion. Sist i avsnittet beskrivs också möjliga förändringar för respektive vårdområde som stöd för verksamhetsutveckling.

För varje förändringstema och vårdområde redogörs även för tidigare utredningar och publicerat material samt pågående initiativ som kan bidra till att möta förändringsbehoven. Observera att de initiativ som tas upp inte utgör en heltäckande sammanställning av allt pågående arbete på nationell nivå. Några initiativ omnämns flera gånger då de är relevanta för flera teman och vårdområden.

Ansvar för att genomföra förändringarna har inte riktats till specifika aktörer.

### Möjliga förändringar som kan påverka vårdens förmåga

#### Möta behov av information till och om berörda grupper

*Information till berörda grupper*

- Det finns ett stort behov av att förbättra information och informationsmaterial om hälso- och sjukvården och tandvården och om olika hälso- och sjukdomstillstånd till berörda grupper.
- Det finns ett behov av att samordna och möta informationsbehovet på nationell nivå. Flera landsting och andra aktörer utarbetar informationsmaterial var och en på sitt håll. Det arbetet skulle kunna underlättas och effektiviseras genom samordning på nationell nivå. Översättning av information till andra språk behöver också samordnas på nationell nivå.
- Det finns ett behov av att utöka och kvalitetssäkra den information som Migrationsverket förmedlar om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande.
- Informationsbehovet till berörda grupper inkluderar grundläggande information om rättigheter till vård och om hur hälso- och sjukvården är organiserad, men även information om psykisk ohälsa, kroppskänedom, SRHR, levnadsvanor och jämställdhetsaspekter behöver ingå. Äldre barn, både ensamkommande och de som kommit med vårdnadshavare, behöver därutöver få anpassad information om bl.a. elevhälsan och

ungdomsmottagningar så att de tidigt får kännedom om att dessa resurser finns.

### *Utbildnings- och kompetenshöjande insatser till personal*

- Det finns ett stort behov av information och utbildning till personal på asylboenden och HVB och till gode män, för att dessa ska kunna ge råd om hur och i vilka situationer man bör kontakta vården. Dessa grupper behöver också få ökade kunskaper om traumamedvetet bemötande samt viss bedömning av psykisk ohälsa.
- Det finns ett behov av utökade utbildningsinsatser kring kulturkompetens riktade till vårdpersonal. Personal inom vården efterfrågar en ökad kunskap och förståelse för olika syn på vad som är sjukdom och hur berörda grupper söker vård.
- Det finns regionala kompetenscenter för migranthälsa och migrantvård i några regioner (bl.a. Stockholm och Skåne). Det finns behov av liknande verksamheter i fler regioner. De centrum som finns idag arbetar bl.a. med att öka kunskapen hos vårdpersonal i transkulturella frågor samt med att förebygga ohälsa hos de berörda grupperna. Hälsokommunikatörer inriktade specifikt mot berörda grupper är ett sätt att nå ut.
- Förslag har framförts om att inkludera kurser i transkulturell vård och kulturkompetens på grundutbildningar inom vård och omsorg.
- Många tandläkare behöver få mer kunskap och erfarenhet av att behandla patienter som har omfattande tandvårdsbehov.
- Vården kan behöva bättre stöd i arbetet med papperslösa, t.ex. i form av handbok eller webbutbildning riktad till personal.

### *Tidigare utredningar och publicerat material*

- Information riktad till personal om berörda grupper finns på Kunskapsguiden ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)), främst under temat Ensamkommande barn och unga. Socialstyrelsen har bl.a. tagit fram stöd kring *Traumamedvetet bemötande*, som riktar sig till personal som möter barn och ungdomar i berörda grupper.
- Information till berörda grupper om hälso- och sjukvården och olika sjukdomstillstånd finns på 1177 Vårdguiden.
- Statskontorets rapport Vård till papperslösa [10].

### *Några pågående initiativ*

- Regeringen har beviljat SKL 30 miljoner kronor för att nationellt implementera resultat och arbetsmetoder för att stärka en positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. De åtgärder och produkter som testades inom ramen för den tidigare förstudien erbjuds nu till alla landsting (*Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända*; [www.uppdragpsykiskhalsa.se](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se)). SKL erbjuder under hösten 2016 ett omfattande utbildningsprogram till personal. Målet med utbildningarna är att ge landsting verktyg för att utbilda personal som ska bidra till en positiv hälsoutveckling för målgruppen. En av utbildningarna har fokus på

hur vårdpersonal kan informera asylsökande och nyanlända om informationsmaterial.

- SKL har inom programmet *Hälsa i Sverige* utvecklat och sprider informationsmaterial till berörda grupper. Detta material utgörs av kultur- och språkpassad hälsoinformation som syftar till att öka förståelse för svensk hälso- och sjukvård och att skapa bättre förutsättningar för att genomföra hälsoundersökningar.
- SKL samlar in och sprider exempel på framtaget informationsmaterial, metodstöd och stödjande verktyg genom en teknisk plattform, där landstingen kan skicka in och ta del av material.
- SKL har initierat ett arbete med Inera för att utveckla och samordna den information som finns på 1177 Vårdguiden riktad till berörda grupper och till personal på boenden och i vården.

## Öka tillgången på tolkar och språkstöd

- Det finns ett stort behov av fler kvalificerade tolkar. För att uppnå detta behövs det fler utbildningstillfällen och fler möjligheter för tolkar att validera sina kunskaper, t.ex. genom examensprov och auktorisationsprov.
- Tolk behöver bli en skyddad yrkestitel. De personer som idag kallar sig för tolk har mycket varierande utbildning och erfarenhet och det är svårt för dem som upphandlar och avropar tolktjänster att bedöma tolkens kompetensnivå och förstå vad de kan förvänta sig. Den enda skyddade titel som en tolk i nuläget kan ha i Sverige är *auktoriserad tolk*. Kraven för att uppnå auktorisation är dock högt ställda och det är få som klarar ett auktorisationsprov. Därför behövs en tolkcertifiering som kan garantera ett slags lägstanivå.
- De befintliga tolkresurserna behöver utnyttjas mer effektivt. Tillgången till tolkar för hälso- och sjukvården är ojämnt fördelad i landet. Bättre planering av tolkanvändande behövs. Gemensamma riktlinjer och vägledning för upphandling och avrop av tolktjänster för hälso- och sjukvården skulle kunna leda till en mer effektiv användning av tolkresurserna.
- Hälso- och sjukvården behöver ett kunskapsstöd för arbete med tolk och andra former av språkstöd. Kunskapsstödet skulle ge vägledning om regelverket för vilka former av tolk- och språkstöd som kan användas i olika situationer och när det är särskilt viktigt att ha tillgång till tolk. Ett sådant kunskapsstöd skulle till exempel förklara i vilka situationer det är direkt olämpligt att använda en språkkunnig kollega eller någon av patientens anhöriga som tolk.
- Formerna och verktygen för distanstolkning behöver utvecklas och anpassas till hälso- och sjukvårdens specifika behov (till exempel att sjukvårdspersonal och patienter ibland behöver förflytta sig mellan mottagnings- och undersökningsrum).
- För att göra hälso- och sjukvården mer attraktiv som arbetsplats för de mer kvalificerade tolkarna är det viktigt att synliggöra vikten av att höja ersättningsnivåer för tolkar. Ersättning behöver stå i proportion till tolkarnas utbildnings- och kvalifikationsnivå.

- Alla landsting och regioner behöver få tillgång till språktolktjänster för inringare till 1177. För närvarande är det endast tre landsting som ger möjligheten till tolkhjälp vid inringning.
- Möjligheter till sjukvårdsrådgivning via 1177 med tolkhjälp finns idag endast tillgänglig för arabiska och somaliska. Detta behöver kunna erbjudas på fler språk.
- Information om tjänsten 1177 och att den finns på flera olika språk behöver spridas till asylsökande och nyanlända, t.ex. via Migrationsverket och även personal på boenden.
- Den information som finns publicerad på 1177.se på andra språk än svenska behöver ses över och utvecklas. Det är slumpartat vilka informationsrubriker som finns på respektive språk. Några exempel på informationsområden som behöver kompletteras och byggas ut är graviditet (i oktober 2016 finns endast information om abort, ingenting om mödravård) och psykisk hälsa (på vissa språk saknas den rubriken och på andra finns endast mycket begränsad information).

### *Några pågående initiativ*

- Regeringen avsatte 21 miljoner kronor i budgeten för år 2016 till Myndigheten för yrkeshögskolan (MYH) för att möjliggöra en fördubbling av antalet utbildningsplatser för kontakttolkar inom folkbildningen, samt för att ta tillvara befintliga tolkars kunskaper genom att utveckla fler möjligheter till validering.
- MYH har på regeringens uppdrag utrett alternativa utbildningsvägar för att bli kontakttolk. I skrivande stund genomför Utbildningsdepartementet en konsekvensanalys av MYH:s förslag [28].
- Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för tolkanvändare som vänder sig till både professionerna och patienter och brukare. Vägledningen är översatt till 17 språk och finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats tillsammans med en informationsfilm för tolkanvändare [29].
- SKL har gjort ett officiellt ställningstagande vad gäller tolksituationen och bedriver ett påverkansarbete för att öka tillgången till tolkar. Det handlar bland annat om att tolk behöver bli en skyddad titel, antalet utbildningsplatser behöver ökas och även antalet auktorisationstillfällen.

### Underlätta logistik och administration för vårdpersonal

- Det finns ett behov av att förbättra möjligheterna för asylsökande att transportera sig till och från vården. Många asylsökande har inte tillräckliga ekonomiska medel.<sup>29</sup> På flera håll finns det även brister på offentliga transportmedel.
- Det finns behov av att i större utsträckning ta hänsyn till vårdbehov vid planering av asylsökande. Detta gäller kroniskt sjuka men även gravida som har regelbundna kontakter med vården och behöver placeras på

<sup>29</sup> Asylsökande kan söka extra bidrag för kostnader för kollektivtrafik. Ersättning söks i efterhand, vilket utgör ett hinder för många.

boenden med kortare avstånd till hälso- och sjukvården för att underlätta besök till vården och transporter.<sup>30</sup>

- Migrationsverkets e-tjänst för statlig ersättning (Melker) som vården använder för att få information om och begära ersättning för vård till asylsökande behöver förbättras på flera sätt. Det finns ett behov av att information om kontaktuppgifter till asylsökande är korrekt och uppdateras snabbare.<sup>31</sup> Det finns även behov av att förenkla för vården hur ersättning söks efter utförda hälsoundersökningar och annan sjukvård till asylsökande.
- Vården behöver få uppgift om nyanlända som bosätter sig i länet, bl.a. för att kunna rikta erbjudande om hälsoundersökningar även till denna grupp.
- Medicinsk personal behöver avlastas för administration och koordination kring berörda grupper, även bokning av tolk. Detta kan t.ex. hanteras genom att möjliggöra tillskott av mer administrativ personal och värdar eller lotsar i vården.
- Det finns ett behov av att identifiera hur mycket gruppen papperslösa kommer att öka och söka vård.
- Det kan också behöva utredas om det finns ett behov av ett nationellt reservnummersystem för papperslösa och hur samordningsnummer för asylsökande som blir papperslösa kommer att fungera.

### *Tidigare utredningar och publicerat material*

- Statskontorets rapport *Vård till papperslösa* [10].
- Den 1 mars 2016 trädde det i kraft en ändring (2016:19) i förordningen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Ändringen gällde smidigare rutiner kring tillgång till kontaktuppgifter för att nå asylsökande för att kunna erbjuda hälsoundersökningar.

### *Några pågående initiativ*

- SKL arbetar med att försöka hitta lösningar för asylsökandes behov av tillgång till kollektivtrafik för att kunna ta sig till och från hälso- och sjukvården och tandvården.
- Skatteverket har föreslagit att nya regler kring införande av samordningsnummer till asylsökande ska träda i kraft den 1 juli 2017 [30].
- SKL tar i sitt pm *Behov av regeländringar med anledning av flyktingsituationen (2016-07-01)* upp att landstingen behöver få ta del av kontaktuppgifter till nyanlända, anhöriginvandrare och kvotflyktingar, för att systematiskt kunna erbjuda hälsoundersökningar även till dessa grupper.
- SKL tar i sitt pm *Behov av regeländringar med anledning av flyktingsituationen (2016-07-01)* upp behovet av att förenkla systemet som

<sup>30</sup> Migrationsverket anger att de vid placering av asylsökande försöker ta hänsyn till asylsökandes medicinska behov. Lokala enheter vid Migrationsverket kan flytta en asylsökande utifrån intyg om medicinskt behov. Möjligheten att placera asylsökande närmre vården är beroende av att det finns boenden lediga som ligger i nära anslutning till vården.

<sup>31</sup> Migrationsverket ansvarar för uppdatering av kontaktuppgifterna när asylsökande flyttar. Vid flytt inom eller till Migrationsverkets egna boenden ska uppdatering av adresser kunna ske relativt snabbt. Om asylsökande flyttar till eget boende eller asylsökande avviker från ett boende av andra skäl får Migrationsverket inte alltid tillgång till nya kontaktuppgifter.



landstingen söker ersättning genom för utförd asylsjukvård. Dagens system medför ett stort och onödigt administrativt merarbete för landstingen.

- SKL erbjuder inom ramen för programmet *Hälsa i Sverige* en teknisk plattform till landstingen för uppföljning av vård till asylsökande, bl.a. gällande hälsoundersökningar.
- Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att utveckla och komplettera befintlig information om vem som får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården. Myndigheten ska då särskilt beakta verksamheterna inom den vård som berörs av flyktingsituationen, t.ex. vid hälsoundersökning och vaccinationsverksamhet, för att på bästa sätt använda medarbetarnas kompetens [31].
- Det har bildats en referensgrupp med representanter för sjukvårdsregionerna som ska samverka med Migrationsverket i syfte att utveckla Melker-systemet.

## Se över den statliga ersättningen till landstingen

- Den statliga ersättningen till landstingen för kostnader för asylsjukvård behöver ses över. Nuvarande statsbidragssystem, som inkluderar ersättning för genomförda hälsoundersökningar och en schablonersättning, tillgodoser inte krav på en långsiktigt stabil och säker finansiering av landstingens kostnader för asylsjukvården.
- Det befintliga ersättningssystemet (kostnadsutjämningsystemet) för hela vården kan behöva anpassas för att i större utsträckning ta hänsyn till fler nyanlända som påverkar befolkningsunderlaget.

## Tidigare utredningar och publicerat material

- SKL:s rapport *Ekonomirapporten, april 2016 – Om kommunernas och landstingens ekonomi* beskriver hur flyktinginvandringen (nyanlända) kan komma att påverka hälso- och sjukvårdens kostnader de kommande åren [19].
- SKL:s rapport *Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2015* redogör för landstingens kostnader och ersättning från staten under 2010–2015 [17]. För 2015 redovisas ett överskott, vilket SKL bedömer kan förklaras med att många asylsökande kom i slutet av året och inte hann få så mycket vård samtidigt som full ersättning betalades ut.

## Några pågående initiativ

- Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2017 att 10 miljarder tillförs kommuner och landsting årligen i generella statsbidrag för att förbättra asylmottagandet och långsiktigt utveckla välfärden.
- SKL tar i sitt pm *Behov av regeländringar med anledning av flyktingsituationen (2016-07-01)* upp att statens ersättningar till landstingen för asylsjukvård behöver förändras samt att schablonersättningen för genomförda hälsoundersökningar behöver höjas.

- Statskontoret föreslog i sin rapport *Vård till papperslösa* en förändring av ersättningsmodellen till landstingen för kostnader för vård till papperslösa så att den bättre motsvarar de faktiska kostnaderna [10].

## Förbättra kompetensförsörjningen

Personalbrist och bristande kompetensförsörjning utgör en generell utmaning för vården. Åtgärder för att förbättra denna situation ligger utanför detta uppdrags omfattning att föreslå. Några möjliga förändringar kan ändå särskilt uppmärksammas:

- Tillvarata sjukvårdsutbildad kompetens hos såväl asylsökande som nyanlända. Landstingen har uttryckt svårigheter att ta tillvara kompetens redan under asylperioden, t.ex. när det gäller att komplettera utbildning eller bidra till vården som språkstödjare.
- Landstingen uttrycker ett behov av att kompetensväxla för att frigöra specialistkompetens och att smartare använda befintliga resurser.

## Några pågående initiativ

- Regeringen har tillfört medel till Arbetsförmedlingen för att samordna så kallade snabbspår för att påskynda nyanländas etablering på arbetsmarknaden. Snabbspår riktar sig till nyanlända med erfarenheter eller utbildning inom bristyrken, bl.a. vårdyrken. I budgetpropositionen för 2017 föreslår regeringen ökade medel för snabbspår under de kommande åren 2017–2020.
- SKL och Socialstyrelsen deltar i arbetet med snabbspår för nyanlända för legitimationsyrkena i hälso- och sjukvården. Detta arbete handlar bl.a. om Socialstyrelsens valideringsprocess, yrkesanpassad språkundervisning och förberedelser inför Socialstyrelsens kunskapsprov.
- De flesta landstingen har initierat åtgärder för att tillvarata kompetens, främst hos nyanlända (se avsnittet *Möjligheter*). Det är dock möjligt även för asylsökande att arbeta och praktisera under asylperioden.<sup>32</sup>
- Malmö högskola har av regeringen i juli 2016 fått i uppdrag att starta en kompletterande utbildning för tandläkare med utländsk examen.
- Socialstyrelsen publicerar årligen analyser av kommande behov för planering av framtida kompetensförsörjning i det nationella planeringsstödet (NPS). Socialstyrelsen har därutöver ett pågående regeringsuppdrag att föreslå hur detta stöd kan utvecklas, kompletteras och fördjupas för att ge största möjliga nytta för huvudmännen i planeringen [32].
- Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag att följa och utvärdera överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i vården.
- Regeringen och SKL har enats om en överenskommelse att stärka kvinnosjukvården. Bland annat innefattar överenskommelsen att utöka antalet utbildningsplatser på barnmorskeprogrammet runtom i landet.

<sup>32</sup> Se [www.migrationsverket/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/Arbeta-och-praktisera.html](http://www.migrationsverket/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/Arbeta-och-praktisera.html).

## Möjliga förändringar som kan påverka vårdens funktion

### Säkra en jämlik vård och öka tillgängligheten till vården

- Asylsökande och papperslösa barns rätt till full vård behöver säkras.
- Det har identifierats ett behov av att höja kunskapen i vården om vad som ingår i begreppet vård som inte kan anstå, dvs. att vård som inte kan anstå inte är liktydigt med enbart omedelbar vård. Vården har också efterfrågat tydligare riktlinjer för hur begreppet vård som inte kan anstå ska tolkas. Några landsting har försökt förtydliga begreppet med beskrivningar och lathundar. Det finns behov av allmänna råd eller rekommendationer på nationell nivå som stöd för hur begreppet ska tolkas.
- Det finns behov av att tydliggöra vad mödrahälsovård till asylsökande och papperslösa ska omfatta. Det finns delar av mödrahälsovården som det finns frågetecken kring, t.ex. fosterdiagnostik, infertilitetsbehandlingar och vård vid missfall.
- Vissa landsting erbjuder utökad eller full hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och papperslösa. Beroende på var asylsökande blir placerade i landet så erbjuds de alltså inte likvärdig vård. Det utökade vårdåtagandet har utvärderats i några av dessa landsting men inte i alla. Att genomföra en samlad utvärdering av utökad vård till asylsökande skulle kunna utgöra ett underlag för en diskussion om en eventuell utökning av asylsökande och papperslösas rätt till vård.
- Det finns behov av att tydliggöra innehållet i hälsoundersökningen, med avseende på bl.a. bedömning av tandhälsa, SRHR, psykisk ohälsa samt med avseende på anpassning av hälsoundersökningen för olika delgrupper (barn, kvinnor, ensamkommande barn).
- Uppsökande verksamhet, mobila team och samlokalisering av verksamheter är exempel på åtgärder som gör vården mer tillgänglig för berörda grupper. Många vårdverksamheter kan ingå i uppsökande verksamhet, såsom primärvård, barnhälsovård, barn- och ungdomsmedicinsk vård, barn- och ungdomspsykiatri, tandvård och mödrahälsovård.

### Tidigare utredningar och publicerat material

- Socialstyrelsen har i tidigare rapport för vård till papperslösa redogjort för svårigheter med begreppet vård som inte kan anstå, bl.a. att det inte är förenligt med medicinsk yrkesetik och att vad som ska ingå i det enskilda fallet måste avgöras av den behandlande läkaren eller tandläkaren [3].
- Barnombudsmannens rapport *Barn på flykt – Barn och ungas röster om mottagandet av ensamkommande* bekräftar bilden av att asylsökande barn inte får tillgång till den vård de har rätt till [33].

## Några pågående initiativ

- Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, för att stödja landstingen i arbetet med att erbjuda hälsoundersökningar. Syftet är att andelen genomförda hälsoundersökningar ska öka. Uppdraget ska slutrapporteras 30 april 2017. I uppdraget ingår bland annat att förenkla och effektivisera hur hälsoundersökningar genomförs och bistå med kunskaps- och metodstöd. I arbetet kommer det nuvarande stödet vid bl.a. psykisk och sexuell hälsa att ses över [34].
- Socialstyrelsen följer löpande upp jämlikhets- och jämställdhetsaspekter i hälso- och sjukvården och tandvården genom den årliga lägesrapporten för hälso- och sjukvården och tandvården.
- Nationellt samarbete och plattform som verkar för en jämlik hälsa och vård där SKL, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Vårdförbundet, vårdprofessionsföreningar, diskrimineringsombudsmannen m.fl. deltar.
- SKL driver arbete för en jämlik vård, bl.a. inom ett tidigare lärandeprojekt som omfattade nya arbetssätt för att nå dem som inte nås av vården, kommunicera så att alla förstår och förbättra bemötande.
- Beaktande av barns rättigheter kommer att stärkas när barnkonventionen blir lag. I remissförslaget är barn i migration en särskilt utpekad målgrupp och bl.a. kommer rätten till tydlig och anpassad information att stärkas.
- Från och med den 1 juli 2016 har regeringen öppnat för möjligheten för privata utförare inom tandvården att ge vård till asylsökande vuxna och barn. Det innebär att landstingen kan sluta avtal med privata vårdgivare som kan få ersättning för asyltandvård. Detta kan bidra till minskade köer inom Folk tandvården samt att fler asylsökande snabbare får komma till tandvården.

## Möta särskilda utmaningar till barn och unga

- Det finns ett stort behov av förbättrad samverkan mellan många verksamheter inom vården samt mellan vården och andra aktörer gentemot gruppen barn och unga (barn- och ungdomsmedicin, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsan, tandvården och socialtjänsten).
  - Det behövs nya samverkansformer för ett sammanhållet behandlande av barn som har både fysiska och psykiska symptom, vilket är vanligt förekommande. Samlokalisering av barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri eller interprofessionella team, särskilt inriktade mot berörda grupper, har lyfts fram som framgångsfulla koncept.
  - Många ensamkommande barn har behov av insatser från såväl socialtjänst som hälso- och sjukvården, och i sådana fall så ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) en samordnad individuell plan (SIP) upprättas gemensamt om det behövs för att barnet ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker.
  - Samverkan för vård och stöd till föräldrarna är också betydelsefullt.

- Ensamkommande barn behöver ett förbättrat stöd i kontakter med vården, dels för att stärka barnens stöd och rätt till vård, dels skulle det underlätta för vårdens bedömning av vårdbehov, möjlighet till behandling och egenvård<sup>33</sup>. Det kan behöva utredas hur ensamkommandes behov av bättre stöd i vården kan mötas. Enligt föräldrabalken finns utrymme för ensamkommande att, med respekt för barnets självbestämmande och mot bakgrund av barnets ålder, förstånd och mognad, ha med sig en medföljande god man.
- Stöd vid egenvård<sup>33</sup>, ofta kring läkemedelsbehandling, för ensamkommande på boenden har identifierats. Socialstyrelsens föreskrifter kring egenvård (SOSFS 2009:6), riktade till personal i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten, reglerar detta stöd. Det saknas kunskap om hur väl kända dessa föreskrifter är.
- Behoven hos barn som kommer med familj, särskilt de som bor i eget boende, behöver identifieras och fångas upp bättre i vården.
- Barn som anhöriga till föräldrar med svårigheter kan behöva särskilt stöd i vården.
- Det finns behov av att tidigt ge asylsökande barn och ungdomar, såväl ensamkommande som de som kommer tillsammans med sin familj, möjlighet att diskutera och ta del av andra perspektiv om värderingar och uppfattningar kring kroppskänedom, könsroller och jämställdhet. Ungdomsmottagningar är en viktig aktör.
- Underlätta för vårdverksamheter (barnhälsovården, primärvården, elevhälsan) att bedöma behovet av och ge vacciner. Detta kan omfatta att information om givna vaccinationer alltid bör följa med asylsökande barn, t.ex. i form av ett vaccinationskort.

### *Tidigare utredningar och publicerat material*

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har ett pågående projekt om insatser till stöd för ensamkommande flyktingbarn. Projektet ska publiceras sommaren 2017.
- Socialstyrelsen har publicerat en vägledning om samverkan kring barn samt sammanfattat lagstiftningen om samverkan kring barn och unga [35, 36].
- Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6)<sup>27</sup> och meddelandeblad gällande egenvård ska den behandlande yrkesutövaren i hälso- och sjukvården avgöra vad som kan utföras som egenvård och om boendepersonal kan bistå med den hjälp som den ensamkommande eventuellt behöver.
- Fortes (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) rapport *Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen* pekar bland annat på särskilda svårigheter för asylsökande barn som kommer med vårdnadshavare att få kontakt med vården och att de riskerar att hamna mellan stolarna [37].
- Det finns framtaget stöd till vårdpersonal för att öka kunskapen om hur barn som anhöriga kan uppmärksammas. Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har publicerat ett diskussionsunderlag, *Interkulturellt*

<sup>33</sup> Egenvård enligt SOSFS 2009:6.

*perspektiv på stöd till barn som anhöriga*, som ett praktiskt stöd för verksamheter som möter barn som anhöriga till föräldrar med svårigheter [38]. Barn till asylsökande och papperslösa och ensamkommande barn pekats ut som särskilt utsatta grupper. På kunskapsguiden ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)) finns det finns en webbutbildning och en virtuell vårdcentral som ska stärka stödet till personal som möter barn som anhöriga.

### *Några pågående initiativ*

- Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2017 att ett nationellt kunskapscentrum för frågor kring ensamkommande barn inrättas vid Socialstyrelsen. Syftet är att sprida aktuell kunskap, framgångsrika metoder och effektiva processer till kommuner, landsting och ansvariga myndigheter som genomför insatser för ensamkommande barn.
- Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att göra en fördjupad analys av konsekvenserna för socialtjänsten med anledning av den stora ökningen av antalet ensamkommande barn. Uppdraget innefattar bl.a. att utreda behov av ett kunskapsstöd för personal på HVB för ensamkommande barn. Uppdraget ska slutredovisas den 30 juni 2017 [39].
- Regeringen har gett i uppdrag till länsstyrelserna att förbättra tillsynen över och stödet till överförmyndarna.
- SKL har överlämnat en begäran till regeringen om att se över systemet med gode män för ensamkommande barn. SKL menar att ensamkommande barn istället för god man bör få en professionell företrädare utsedd och förordar förändringar av lagen om gode män för ensamkommande barn (2005:249).
- Regeringen har gett Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor i uppdrag att i samverkan med den nationella webbaserade ungdomsmottagningen UMO ta fram och sprida information om hälsa och jämställdhet med fokus på SRHR riktad till nyanlända och asylsökande barn och unga i åldrarna 13–20 år via en digital plattform. Uppdraget ska redovisas 31 mars 2017 [40].
- Socialstyrelsen har ett pågående regeringsuppdrag att kartlägga hur hälso- och sjukvården arbetar med information och säkerhet när det gäller egenvårdsinsatser. Detta uppdrag kommer bl.a. redovisa vårdens befintliga kunskap om egenvårdsföreskriften. Uppdraget ska rapporteras under 2017.
- Omprövning av redan gjorda åldersbedömningar ska göras på ett korrekt sätt. SKL följer detta och har dialog med Migrationsverket.
- Rättsmedicinalverket har fått ansvaret för att genomföra åldersbedömningar på asylsökande ungdomar [41].

### Främja en positiv hälsoutveckling på lång sikt

Här beskrivs möjliga förändringar för att främja en positiv hälsoutveckling på lång sikt, utöver de som beskrivs nedan som specifikt gäller att främja en god psykisk hälsa.

- Utfall av hälsoundersökningar behöver tas tillvara bättre för att öka kunskapen om vårdbehov i berörda grupper för att kunna användas som planeringsunderlag för vården i högre utsträckning.
- Föräldrastöd och föräldragrupper till berörda grupper behöver utvecklas och satsas på. Befintliga program behöver anpassas till berörda gruppers kulturella villkor och sociala situation. Riktade insatser och program behöver utvecklas inom bl.a. mödrahälsovården och barnhälsovården.
- Nyanlända och deras vårdbehov behöver uppmärksammas och identifieras i vården. Anhöriginvandrare och andra nyanlända som fått uppehållstillstånd och inte tidigare genomfört en hälsoundersökning ska erbjudas detta.
- Hälsoskolor för nyanlända i grupp som leds av vårdpersonal kan vara en betydelsefull hälsofrämjande insats för att förmedla kunskap men också för att skapa en dialog med nyanlända.
- Det finns ett behov av att följa upp negativa konsekvenser för hälsoutvecklingen och integrationen på grund av den långa asylprocessen och ny asyllagstiftning som innebär tidsbegränsade uppehållstillstånd och begränsade möjligheter till familjeåterförening.

#### *Tidigare utredningar och publicerat material*

- Socialstyrelsens rapport *Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård* redogör för att befintligt föräldrastöd i hälso- och sjukvårdsverksamheter inte når föräldrar med utländsk bakgrund, nyanlända flyktingar och papperslösa [42].

#### *Några pågående initiativ*

- SKL:s arbete inom ramen för *Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända* som regeringen beviljat medel för (se ovan) syftar till att främja en positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända.
- Folkhälsomyndigheten har initierat en registerbaserad analys av hur hälsa och ohälsa utvecklas på lång sikt hos nyanlända. Arbetet syftar till att ge underlag för att identifiera möjliga preventiva insatser kring bl.a. infektionssjukdomar, psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar. Arbetet genomförs i samarbete med SKL, Socialstyrelsen och Västra Götalandsregionen (se mer detaljerad beskrivning i avsnittet *Vårdkonsumtion*).
- Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten ett pågående regeringsuppdrag för att stödja landstingen i arbetet med att erbjuda hälsoundersökningar. Inom ramen för uppdraget kommer förutsättningar för att följa upp hälsoundersökningar på aggregerad nivå att utredas i syfte att öka kunskapen om vårdbehov och bättre kunna styra preventiva insatser [34].
- Ett nationellt samarbete pågår mellan SKL, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Länsstyrelsen och Migrationsverket kring en hälsofrämjande etablering. Detta omfattar bl.a. hälsokommunikation, metodstöd för samverkan och bedömningar för personer med nedsatt förmåga.

- Regeringen har gett i uppdrag till Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket, Pensionsmyndigheten och Skatteverket att arbeta med förenklade och mer effektiva processer för nyanlända. Uppdraget ska redovisas den 28 februari 2018.

## Möta vårdbehovet för psykisk ohälsa i berörda grupper

Att möta vårdbehovet för psykisk ohälsa i berörda grupper sammanfaller med andra sedan tidigare väl kända förändrings- och förbättringsbehov för den psykiatriska vården som även gäller andra prioriterade grupper. Några av de förändringsbehoven berörs här eftersom de påverkar möjligheten att möta vårdbehovet även för asylsökande och nyanlända. Även specifika förändringsbehov för berörda grupper tas upp.

- Arbete för att realisera en första linjens sjukvård och tydliggöra vårdnivåerna har pågått länge. Det finns ett särskilt behov av att en första linjens psykiatrisk vård etableras för barn och unga. Det har sedan tidigare genomförts ett flertal utredningar för att komma fram till vilken vård som bör ske inom primärvård respektive specialistvård för att möta psykisk ohälsa bland barn och ungdomar.
- Socialstyrelsens befintliga kunskapsstöd till primärvården respektive om uppgivenhetssyndrom kan behöva uppdateras. Vägledningarna kan t.ex. behöva revideras med avseende på att tydligare lyfta fram familje- och föräldraskapsperspektivet, barn och unga, samordningsbehov och behov av första linjens vård.
- Behov av att utveckla kunskapsstöd eller riktlinjer för behandlingsmetoder för PTSD och svåra trauman.
- Möjliggöra handledning, även på distans, och teamarbete i specialistvården.
- Utredda hur internetbaserade behandlingar skulle kunna anpassas eller utvecklas för berörda grupper. Man behöver bl.a. ta hänsyn till faktorer som kultur, kontext, språk, tidigare kunskapsnivå, tillgång till tekniska hjälpmedel etc.
- Kartlägga vårdbehov kring psykisk ohälsa ur berörda gruppers perspektiv, dvs. genom att tillfråga berörda grupper.
- Utveckla förebyggande arbete riktat till berörda grupper. Vilket stöd som redan finns behöver lyftas fram och hur det kan implementeras.
- Arbeta mer systematiskt för att fånga upp psykisk ohälsa hos nyanlända i vården. Det skulle också kunna göras i samband med SFI och samhällsorienteringen.
- Det finns behov av ökad kompetens hos boendepersonal vid asylboende och HVB för ett hälsofrämjande bemötande och för att kunna bistå i att identifiera psykisk ohälsa. De flesta barn som varit med om svåra händelser kan återhämta sig i en trygg miljö och är inte i behov av psykiatrisk vård. Däremot kan dessa barn behöva extra mycket uppmärksamhet, omsorg och stöd i vardagen.
- Elevhälsans roll när det gäller att tidigt uppmärksamma psykisk ohälsa i sina hälsosamtal är viktig. *Vägledning för elevhälsan* kan behöva



uppdateras för att utöka stödet för hur elevhälsan kan identifiera och screena för psykisk ohälsa i hälsosamtalen [43].

### *Tidigare utredningar och publicerat material*

- I den senaste överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och SKL redovisar regeringen en strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa för 2016–2020. Syftet är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete. Satsningen utgår från fem prioriterade fokusområden (förebyggande arbete, tillgängliga tidiga insatser, särskilt utsatta grupper samt ledning, styrning och organisation). Flera av dessa fokusområden berör behov för att möta psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända (Dir. 2015:138).
- SKL har inom ramen för satsningen presenterat en delredovisning av arbetet om behov av en gemensam infrastruktur för kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom området psykisk ohälsa i rapporten *Förstärkt infrastruktur för psykisk hälsa*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tidigare utvärdering av PRIO-satsningen [44].
- Socialstyrelsen har publicerat ett kunskapsunderlag för primärvården som är utarbetat för att ge stöd för primärvården att uppmärksamma, diagnostisera och behandla psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända. Socialstyrelsen har också publicerat kunskapsstöd om uppgivenhetssyndrom [13].
- Material kring psykisk ohälsa riktat till vårdpersonal på kunskapsguiden ([www.kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se)). Några exempel är information om PTSD, traumamedvetet bemötande, stöd för diagnostik av psykisk ohälsa inom primärvården och information om webbutbildning kring psykisk ohälsa, migration och trauma. Stöd för *Traumamedvetet bemötande* riktar sig till personal i både vård och omsorg som möter barn och ungdomar.
- Kunskapsstöd om *Ensamkommande barn och ungdomar – psykisk ohälsa och traumasymptom*, utgivet av Göteborgsregionens kommunalförbund som är tillgängligt på [kunskapsguiden.se](http://www.kunskapsguiden.se). Materialet kan användas som ett diskussionsunderlag för personal som möter ensamkommande barn.

### *Några pågående initiativ*

- Regeringen satsar i budgetpropositionen för 2017 särskilda medel årligen under 2017–2020 för att öka tillgängligheten av vård och behandling för traumatiserade asylsökande och nyanlända.
- SKL:s program *Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända* (se ovan) som regeringen beviljat medel för har ett särskilt fokus på att främja psykisk hälsa. Bl.a. ingår ett flertal utbildningar som riktar sig till personal inom såväl primärvård, specialistvård och elevhälsa som stöd för insatser till berörda grupper. Syftet är att utbilda utbildare som sedan kan utbilda annan personal i den egna organisationen.
- SKL håller på och utvecklar material för första linjen för barn och unga som stöd till verksamheter med uppdrag inom primärvård, specialistvård, socialtjänst och elevhälsan.

- Socialstyrelsens pågående uppdrag kring ensamkommande barn ska bl.a. se över behovet av kunskapsstöd för boendepersonal [39].
- Riktlinjer för transkulturell psykiatri håller på att tas fram av Svenska psykiatriska föreningen för transkulturell psykiatri. Arbetet beräknas vara klart under 2017.

## Utveckla vägledningar och vårdprogram

Det har identifierats ett behov av kompletterande vårdprogram, kunskapsstöd eller vägledningar inom några vårdverksamheter (mödrahälsovård, förlossningsvård, infektionsvård och tandvård) för att möta vårdbehovet i berörda grupper. Arbetet med att utveckla vårdprogram drivs av professionsföreningar men kan behöva nationellt stöd. Det finns behov av att driva på utveckling av särskilda vårdprogram eller vägledningar för:

- Mödrahälsovården: Vägledning eller kunskapsstöd kring handläggning och utökat stöd när kvinnan kommer till mödrahälsovården sent i graviditeten. Promemoria kring handläggning vid akut inskrivning i mödrahälsovården har tagits fram av några landsting, men det finns en efterfrågan att detta tas fram på nationell nivå.
- Förlossningsvården: Vägledning eller kunskapsstöd kring handläggning när en kvinna kommer direkt till förlossningen utan tidigare vårdkontakt med mödrahälsovården. Detta har tagits fram av några landsting men det finns en efterfrågan att detta tas fram på nationell nivå.
- Tandvården: Kunskapsstöd i hur man ska prioritera vid behandling samt vid kallelse av patienter, gällande hur lång tid det kan gå mellan kallelser. Idag finns det olika typer av kunskapsstöd och riktlinjer på landstingsnivå men det har efterfrågats att detta utarbetas på nationell nivå.
- Infektionsvården/smittskydd: Det finns behov av att uppdatera vägledningar för tuberkulos.

### *Tidigare publicerat material*

- Nationell vägledning för tuberkulos [45] och rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos [46].

## Möjliga förändringar per vårdområde

Här beskrivs möjliga förändringar per vårdområde, med utgångspunkt i de specifika utmaningar som har identifierats för respektive vårdområde. De flesta utgör mer specifika exempel på förändringar som redan har beskrivits under rubrikerna i föregående avsnitt.

Beskrivningen per vårdområde kan utgöra ett underlag för verksamhetsutveckling och förändringsarbete i respektive verksamhet. Pågående initiativ som är relaterade till dessa förändringsbehov har omnämnts i ovanstående avsnitt men några tas upp även här.

### Hälsoundersökningar

- Vården önskar mer detaljerad vägledning för hälsoundersökningens innehåll och omfattning. Detta inkluderar även att delar av

hälsoundersökningen kan behöva anpassas mer för olika delgrupper, såsom barn, kvinnor, ensamkommande barn.

- Förtydliga innehållet gällande bl.a. screening för psykisk ohälsa, psykoedukation, tandhälsa, SRHR inkl. information om rätt till abort, mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning.
- Förbättra lokal samverkan mellan vårdenheter som genomför hälsoundersökning och andra verksamheter, t.ex. primärvården, Folk tandvården, mödrahälsovården och elevhälsan.
- Underlätta för landstingen att få uppgifter om nyanlända för att kunna erbjuda hälsoundersökning till dessa mer systematiskt.
- Förbättra möjligheten till uppföljning av hälsoundersökningar, inklusive analys av vilka grupper av asylsökande som genomgår hälsoundersökning, t.ex. med avseende på köns- och åldersfördelning, ensamkommande barn, boende i eget boende eller på anläggningsboende.
- Organisationen och kapaciteten för att genomföra hälsoundersökningar behöver vara flexibel för att möta svängningar i antalet asylsökande.

### *Några pågående initiativ*

- Socialstyrelsen har tillsammans med Folkhälsomyndigheten ett pågående regeringsuppdrag att stödja landstingen i arbetet med att erbjuda hälsoundersökningar. Uppdraget ska slutrapporteras 30 april 2017. I detta uppdrag ingår bl.a. att se över möjligheterna att förenkla och effektivisera hur hälsoundersökningar genomförs och bistå med kunskaps- och metodstöd. Stödet vid bl.a. psykisk och sexuell ohälsa kommer att ses över. Även förutsättningar för uppföljning av hälsoundersökningar på aggregerad nivå kommer att utredas vidare i syfte att bl.a. kunna förbättra hälsoundersökningarna och kunna styra de preventiva insatserna bättre [34].
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ser kontinuerligt över om vägledning och rekommendationer för innehållet i hälsoundersökningen behöver revideras, utifrån aktuella flyktingströmmar, sjukdomspanorama och smittspridning. Under 2016 har förtydliganden om provtagning för barn och vuxna gjorts.
- SKL:s arbete inom ramen för *Hälsa i Sverige* omfattar att sprida förstärkta arbetssätt vid hälsoundersökning. Dessa omfattar bl.a. informationspaket, kallelse och samtalsmall samt en teknisk plattform som ska underlätta för landstingen att följa upp genomförda hälsoundersökningar.
- SKL driver frågan om att underlätta tillgång för landstingen till uppgifter om nyanlända (ref. *Behov av regeländringar med anledning av flyktingsituationen (2016-07-01)*), för att landstingen mer systematiskt ska kunna erbjuda de som blivit kommunplacerade, anhöriginvandrare och kvotflyktingar hälsoundersökning.

### *Tidigare publicerat material*

- Folkhälsomyndigheten har en vägledning om mötet mellan hälso- och sjukvården och migranten under hälsoundersökningen [47].

## Primärvården

- Utveckla samverkan mellan asylhälsa och primärvård, för att tillvarata den kompetens som byggs upp i asylhälsan kring bl.a. vårdbehov och medicinering.
- Öka kompetensförsörjningen gällande allmänmedicin på nationell nivå.
- Öka kunskapen om vilka läkemedel som förekommer hos asylsökande från olika länder, och vilka de svenska motsvarigheterna är.
- Skapa rutiner och arbetssätt för vården till asylsökande.
- Tydliggöra och sprida vad som ingår i begreppet vård som inte kan anstå.
- Utöka informationsinsatser och utbildningar till asylsökande och boendepersonal om vad och hur man söker vård för och vad som kan hanteras genom egenvård.
- Förbättra informationen till vården om vilka och hur många asylsökande som finns i regionen, t.ex. genom att detta skickas ut regelbundet från centralt håll i landstingen till alla vårdverksamheter.
- Utveckla rutiner för hur anhöriginvandrare ska nås med information om hälso- och sjukvården och erbjudande om hälsoundersökningar.
- Utveckla och etablera första linjen kring psykisk ohälsa för både barn och vuxna i primärvården. Öka kunskapen om psykosocial hälsa. Öka samverkan med psykiatri och BUP.

### *Tidigare publicerat material*

- Socialstyrelsen har publicerat kunskapsunderlag för primärvården kring psykisk ohälsa [13].
- Enligt Socialstyrelsens kartläggning *Primärvårdens uppdrag* ingår psykosociala insatser helt eller delvis i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting. Det finns dock variationer mellan landstingen hur detta uppdrag är formulerat. I två av tre landsting ska uppdraget omfatta första linjens vård och behandling inom psykisk ohälsa. Det varierar mellan landstingen om uppdraget omfattar enbart vuxna, även unga från 16 år, eller alla åldrar [48].

### *Några pågående initiativ*

- SKL håller på och utvecklar material för första linjen för barn och unga som stöd till verksamheter, med uppdrag inom primärvård, specialistvård, socialtjänst och elevhälsan.
- Socialstyrelsens uppdrag kring ensamkommande barn ska bl.a. se över behovet av kunskapsstöd för boendepersonal [39].

## Barnhälsovården

- Öka kunskap och insikt om alla barns lika rätt till vård.
- Öka bemanning i områden med många nyanlända på grund av den extra vårdtyngden hos barn i berörda grupper. Behov av att minska normtalet för antal nyfödda barn per heltidstjänst BVC-sjuksköterska som ligger till grund för fördelning av tjänster.

- Öka kompetensen kring hälsofrämjande insatser som är särskilt viktiga i dessa grupper. Behov av verktyg för att identifiera, bemöta och bedöma psykisk ohälsa hos föräldrar.
- Utveckla föräldrastöd riktat till nyanlända barn. Föräldrastödsnätverk och familjecentraler är exempel på stödjande mötesplatser.
- Handledning och extra stöd till personal, t.ex. av psykologer, då man tar del av svåra livsöden och det också finns en tung vårdtyngd hos berörda grupper.
- Rekrytera fler kuratorer och socionomer till barnhälsovården för att bistå med extra insatser till berörda familjer.
- Förbättra möjligheterna för vårdpersonal att kontrollera och följa upp givna vaccinationer genom Svevac, ett nationellt vaccinationsregister. I detta register kan vården själv kontrollera givna vaccin på individnivå, men registret används inte av alla landsting och vårdenheter. Barnhälsovården delar dock också ut vaccinationskort där det framgår vilka vaccinationer ett barn har fått.

### *Tidigare publicerat material*

- Folkhälsomyndigheten har publicerat rekommendationer och kartläggning om vaccinationer till berörda grupper i rapporterna [23, 49].
- Folkhälsomyndigheten har i juni 2016 publicerat en ny föreskrift och vägledning om vaccination av barn (HSLF-FS 2016:51) som utökar sjuksköterskors ordinationsrätt. Sjuksköterskor har nu behörighet att självständigt ordinera kompletterande vaccinationer i enlighet med den nya föreskriften [50].
- Folkhälsomyndigheten har i sin rapport *Kartläggning och analys av behovet av vaccin hos asylsökande* konstaterat att man för närvarande inte kan följa upp vilka vaccinationer eller hur många doser asylsökande barn har fått i det nationella vaccinationsregistret (inte detsamma som Svevac som nämns ovan). Skatteverkets utredning om samordningsnummer till asylsökande skulle kunna möjliggöra nationell uppföljning av vaccinationer givna till asylsökande om ett dylikt nummer gavs initialt i asylprocessen. Detta register kan dock inte användas av vården för att ta ut data [49].

### Mödrahälsovården

- Utöka mobila preventivmedelsmottagningar för att nå ut till fler kvinnor på boenden som ligger långt ifrån mödrahälsovården. Detta innefattar även ökade informationsinsatser och kunskapsspridning kring rätten och möjligheten till preventivmedel och rådgivning samt aborträtten.
- Utveckla vägledning eller kunskapsstöd kring handläggning och utökat stöd när kvinnan kommer till mödrahälsovården sent i graviditeten. Vägledning för handläggning vid akut inskrivning i mödrahälsovården har tagits fram av några landsting men det finns en efterfrågan att det tas fram på nationell nivå.
- Arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande mot de berörda grupperna. Många kvinnor och män i de berörda grupperna kommer inte i så stor

utsträckning till föräldragrupperna. Det finns ett behov av att hitta alternativa sätt att nå grupperna på.

- Arbeta mer med utbildning och information kring kroppskänedom, könsstympning och SRHR till de berörda grupperna genom olika kanaler.
- Webbplatsen 1177 Vårdguiden behöver utvecklas med bättre information kring mödra- och förlossningsvård. Informationen är bristfällig och på en del språk finns endast information kring abort beskrivet.

### *Några pågående initiativ*

- Regeringen och SKL har enats om en överenskommelse kring ökade satsningar inom förlossningsvården och vård som stärker kvinnors hälsa. Överenskommelsen innefattar att stärka kvinnosjukvården på det stora hela, vilket även innefattar omhändertagandet av kvinnor i de berörda grupperna.
- Socialstyrelsen har i en tidigare kartläggning av kunskap om könsstympning i hälso- och sjukvården redovisat att det finns ett behov av ökat kompetensstöd i området [51]. I juni 2016 publicerade Socialstyrelsen ett kunskapsstöd till hälso- och sjukvården som möter kvinnor och flickor som är könsstympade [52]. Sedan tidigare finns även en webbutbildning tillgänglig i hur hälso- och sjukvården kan arbeta mer förebyggande kring berörda frågor.

### Förlossningsvården

- Utveckla vägledning eller kunskapsstöd kring handläggning när kvinnan kommer direkt till förlossningen utan tidigare vårdkontakt med mödrahälsovården. Sådant stöd har tagits fram av några landsting men det finns en efterfrågan att det tas fram på nationell nivå.
- Inkludera samtal och information kring preventivmedel på förlossningen, då man vet att en större andel kvinnor i de berörda grupperna inte uppsöker mödrahälsovården för efterkontroll och familjeplaneringsrådgivning efter förlossningen eller inte varit i kontakt med mödrahälsovården innan förlossningen.
- Utöka resurser för administrativt stöd eller koordinator för att ta hand om logistik och det praktiska runt kvinnan i samband med att hon går hem efter förlossningen. Mycket tid går åt från vårdpersonalen att lösa praktiska frågor.
- Utveckla information på nationell nivå kring förlossning och vårdförloppet på fler språk. Det finns en efterfrågan på både skriftligt, muntligt och webbaserat material. Förlossningsvården efterfrågar material som riktar sig till olika nivåer av förkunskaper.
- Webbplatsen 1177 behöver utvecklas med bättre information kring mödra- och förlossningsvård. Informationen är bristfällig och på en del språk finns endast information kring abort beskrivet.
- Öka samverkan kring psykisk ohälsa bland kvinnor i de berörda grupperna, med andra aktörer såväl inom som utanför hälso- och sjukvården.

## Några pågående initiativ

- Regeringen och SKL har enats om en överenskommelse kring ökade satsningar inom förlossningsvården och vård som stärker kvinnors hälsa. Överenskommelsen innefattar att stärka kvinnosjukvården på det stora hela, vilket även innefattar omhändertagandet av kvinnor i de berörda grupperna.

## Barn- och ungdomsmedicin

- Det har framförts behov av mottagningar med tydligt uppdrag för att kunna ta emot barn och ungdomar med psykosomatiska besvär som ont i magen, huvudvärk eller barn med kombinerat sociala problem. Öka tillgången på socionomer, kuratorer och paramedicinska resurser; det kan finnas behov att tänka över strukturen på barnklinikerna, särskilt i landsting som har svårt att rekrytera sjuksköterskor och läkare.
- Öka samverkan med barn- och ungdomspsykiatri för en sammanhållen vård till barn med både fysiska och psykiska symptom. Även förbättrad samverkan med primärvården och vårdenheter som genomför hälsoundersökningar och socialtjänst. Behov av samverkan är särskilt viktiga för barn och ungdomar i berörda grupper där det är vanligt med komplexa tillstånd.
- Barn- och ungdomsmedicin skulle kunna ingå i mobila team.
- Barn- och ungdomsmedicin ser behov av att personal på asylboenden och boenden för ensamkommande barn får ökad kompetens. Det skulle underlätta hälso- och sjukvårdens arbete om boendepersonal skulle kunna ta hand om lindrigare tillstånd som inte kräver sjukhusvård. Boenden och deras personal behöver stöd i hur barnen och ungdomarna ska bemötas, när vård behöver uppsökas och vilken typ av vård, samt bättre kunskaper om läkemedelshantering.
- Barn- och ungdomsmedicin efterfrågar mer förebyggande och tidiga insatser som föräldrastödsutbildningar, hälsocoachning och tidig identifiering av riskindivider. Detta behövs på flera arenor, inte minst inom barnhälsovården.

## Barn- och ungdomspsykiatri

Här beskrivs endast några behov av förändringar som specifikt gäller specialistvården och som inte redan omnämnts i avsnittet ovan om *Att möta psykisk ohälsa*.

- Höja och bredda kompetensen och skapa fler tillgängliga resurser gällande behandlingsmetoder för PTSD, transkulturell psykiatri, krishantering och traumabehandling. Ytterligare underlag behöver inhämtas för vilka former av stöd som behövs, t.ex. webbutbildning eller andra kurser till personal, mer material som underlättar arbetet och eller informationsmaterial till drabbade.
- Utveckla samverkansformer med barn- och ungdomsmedicinsk vård för en sammanhållen vård till barn med både fysiska och psykiska symptom.

- Stöd och handledning till personal och möjlighet att arbeta i team kring berörda grupper.
- System för att mäta och följa upp barnpsykiatrisk vård, genom t.ex. kvalitetsregister eller Öppna jämförelser har identifierats.

### *Tidigare publicerat material*

- Sedan 2007 har årliga statliga satsningar gjorts med syfte att stödja landstingen för att förbättra kvalitet och öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsens uppföljning av tillgänglighetssatsningen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärdering av PRIO-satsningen har visat att det fortfarande finns brister i hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa (bl.a. otillräcklig tillgång till evidensbaserade metoder, stora utmaningar kring att uppnå tillgänglighetsmål, utveckla en första linjens hälso- och sjukvård och upprätthålla en specialiserad barn- och ungdomspsykiatri) [44, 53].
- SKL har formulerat förslag i sitt positionspapper gällande psykisk hälsa hos unga [54]. Här nämns ensamkommande barn och andra asylsökande barn som en grupp som borde uppmärksammas särskilt. SKL för fram sin syn på hur arbetet för barn och ungas psykiska hälsa bör utvecklas, bl.a. gällande hur man ska förbättra samverkan, hur man kan arbeta kring tidiga insatser och hur specialistvården kan bidra i det förebyggande arbetet samt hur staten kan främja samverkan och kunskapsutveckling inom området.

### *Några pågående initiativ*

- Pågående arbete kring psykisk ohälsa vid SKL inom ramen för programmet *Hälsa i Sverige*, se avsnittet *Att möta psykisk ohälsa*.
- SKL har i uppdrag att utveckla en första linje för barn och unga med psykisk ohälsa, se avsnittet *Att möta psykisk ohälsa*.
- Ett kvalitetsregister för barnpsykiatrisk vård är under uppbyggnad (Q-Bup). Registret startade 2015 och är en så kallad registerkandidat med finansiellt stöd från Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister.

### *Vuxenpsykiatri*

- Etablera stöd och handledning till personal samt behov av att etablera team gällande vård till berörda grupper. Utveckla metoder, verktyg och rutiner för distansbehandling.
- Etablera former för en allmän traumavård som kan möta de flesta nyanländas behov och en mer specialiserad för de svårast traumatiserade.
- Höja och bredda kompetensen, inklusive kunskapsstöd, för behandlingsmetoder för trauma och PTSD och inom KBT.
- Sprida befintlig information och kunskap om behandlingsmetoder, traumavård och om samsjuklighet av psykiatriska och somatiska symptom.
- På ledningsnivå och regional nivå börja samverka och planera för ett ökat vårdbehov framöver. Behov av bred kartläggning eller analys av hur stort vårdbehovet är och kan bli regionalt. Kräver samverkan med andra



vårdverksamheter som möter berörda grupper, asyl- och primärvården, i barn- och ungdomspsykiatri.

- Ökad kompetens och stöd till boendepersonal skulle underlätta för vården.
- Etablera regionala kompetenscentrum, som bl.a. kan arbeta för att motverka psykisk ohälsa, vara ett kunskapsstöd, arbeta med utbildning och samordna insatser (t.ex. Transkulturellt centrum i Stockholms läns landsting).

#### *Tidigare publicerat material och några pågående initiativ*

- Se avsnittet ovan: Att möta psykisk ohälsa.

### Infektionsvården

- Uppdatera vägledningar för hantering av tuberkulos.
- Antalet vårdplatser i isoleringsrum kan behöva utökas på vissa kliniker.
- Personal på andra kliniker behöver utbildas om infektionssjukdomar, t.ex. tuberkulos, för att minska risken att det uppstår rädsla eller missförstånd till följd av fördomar hos vårdpersonal.

#### *Tidigare publicerat material*

- Folkhälsomyndigheten har utvärderat riskerna för spridning av smittsamma sjukdomar till befolkningen i Sverige [16, 55]. Den samlade bedömningen är att det är låg risk för spridning av infektionssjukdomar till befolkningen. Flyktingarna själva kan vara mer utsatta för risk för smittsamma sjukdomar och det är därför viktigt att de erbjuds hälsoundersökning.
- Folkhälsomyndigheten ansvarar för vägledningar om hälsoskyddstillsyn av asylboenden och HVB.
- Nationell vägledning för tuberkulos [45].
- Rekommendationer för preventiva insatser mot tuberkulos [46].

### Tandvården

- Kunskapsstöd i hur man ska prioritera vid behandling samt kallelse av patienter, bl.a. gällande hur lång tid det kan gå mellan kallelser. Idag finns det olika typer av kunskapsstöd och riktlinjer på landstingsnivå men det finns en efterfrågan av att detta utarbetas på nationell nivå.
- Utöka förebyggande och hälsofrämjande insatser samt riktade insatser till de berörda grupperna.
- Hälsokommunikatörer med inriktning mot tandvård.
- Öka samverkan med flertalet arenor såväl inom som utanför vården för att nå de berörda grupperna: elevhälsan, barnhälsovården, idrottsföreningar, SFI, civila organisationer med flera.
- Det finns ett stort behov av utbildad personal inom tandvården, med en speciellt stor efterfrågan på tandhygienister. Det finns ett stort behov av att utöka antalet utbildningsplatser.
- Resurstillskott inom ramen för barn- och ungdomstandvården för att kunna tillhandahålla en jämlik vård för de grupper som har ett stort vårdbehov.

### *Tidigare utredningar och publicerat material*

- I betänkandet *Ett tandvårdsstöd för alla* (SOU 2015:76) framförs ett förslag att Folkhälsomyndigheten ska ta fram ett underlag som redogör för kunskapsläget gällande bestämningsfaktorer för mun- och tandhälsan för att integrera munhälsan i det bredare folkhälsoarbetet. Folkhälsomyndigheten ställer sig positiv till detta.
- I nämnda betänkande föreslås även att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att kartlägga och föreslå hur en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården kan åstadkommas. Socialstyrelsen ställer sig i ett yttrande positiv till detta.
- Regeringen har fr.o.m. den 1 juli 2016 öppnat för möjligheten för privata vårdgivare att ge vård till asylsökande vuxna och barn. Det innebär att landstingen kan sluta avtal med privata vårdgivare som kan få ersättning för asyltandvård.

### *Några pågående initiativ*

- Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utreda möjligheterna om barn- och ungdomstandvården kan omfattas av tandhälsoregistret (idag omfattar registret endast personer som är över 20 år). Uppdraget innefattar också att utreda möjligheterna för asylsökande och papperslösa att omfattas av tandhälsoregistret.