

Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända

Delrapport 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

Artikelnummer 2016-5-1
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2016

Förord

Detta är en delrapport av Socialstyrelsens uppdrag att genomföra en fördjupad analys av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens möjligheter och utmaningar att tillhandahålla vård till asylsökande och nyanlända. Uppdraget ska slutredovisas den 30 september 2016.

Slutrapporten syftar till att ge en samlad nationell bild av flyktingsituationens påverkan på hälso- och sjukvården och tandvården samt att beskriva förutsättningar för planering och organisering av vården för att möta vårdbehovet hos berörda grupper för de närmaste åren.

I denna delrapport redogör Socialstyrelsen för kunskap om hälsa och vårdbehov bland asylsökande flyktingar samt nuläget (mars 2016) i hälso- och sjukvården och tandvården baserat på rapportering från alla landsting och regioner. Vidare redovisas åtgärder som landstingen hittills har vidtagit för att organisera och stärka upp vården p.g.a. flyktingsituationen samt landstingens påbörjade planeringsarbete för att möta vårdbehovet på lite längre sikt. Delrapporten beskriver även hur det fortsatta arbetet med uppdraget kommer att se ut.

Rapporten har utarbetats av Viktoria Svensson, projektledare. Charlotte Pihl, utredare, har ansvarat för avsnitten om statistik, prognoser och vårdbehov. Jenny Asplund, utredare, har deltagit i projektgruppen. Ansvarig enhetschef har varit Martin Sparr.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdraget	8
Syfte.....	8
Omfattning och avgränsningar.....	8
Andra uppdrag av betydelse.....	9
Om delrapporten	11
Berörda grupper och rätten till vård.....	13
Delgrupper och reglering	13
Asylsökande.....	13
Nyanlända	14
Papperslösa	14
Tillströmning av asylsökande och nyanlända	15
Statistik fram till och med 2016.....	15
Prognos för 2016–2020	20
Faktorer som påverkar vården	24
Hälsostatus och vårdbehov.....	25
Migrationens påverkan på hälsa och vårdbehov	25
Hälsosituationen före flykten	25
Flyktens påverkan.....	26
Asylprocessens påverkan	27
Identifiering av vårdbehov genom hälsoundersökning	27
Rapporterad vårdkonsumtion för asylsökande och nyanlända	28
Hälsa- och sjukvård och tandvård till asylsökande – nuläge mars 2016 ...	34
Omfattning	34
Underlag.....	34
Sammanfattande nationell bild	35
De mest påverkade verksamheterna	36
Resurs- och kompetensbehov	38
Landstingens åtgärder för att hantera situationen	38
Konsekvenser för vården.....	39
Bedömd utveckling.....	40
Landstingens analys- och planeringsarbete framåt.....	41
Genomförande slutrapport	43
Referenser	44
Bilaga 1. Deltagare i referensgruppen.....	47

Sammanfattning

Under 2015 sökte nära 163 000 individer asyl i Sverige, varav 70 procent män och drygt 70 000 barn. Hälften av barnen var ensamkommande. Migrationsverkets prognoser för migrationen de kommande åren är mycket osäkra. Faktorer som antal och hastighet i tillströmningen av asylsökande och nyanlända, fördelning över landet och aviserade förändringar av asyllagstiftningen kan påverka hälso- och sjukvårdens och tandvårdens möjligheter att tillhandahålla vård till berörda grupper.

Flyktingarna som kommer till Sverige är en heterogen grupp. Hälsostatus och vårdbehov påverkas av demografi och socioekonomisk bakgrund, situationen i hemlandet, vad individen varit med om under flykten och mottagningsprocessen i Sverige. Psykisk ohälsa på grund av exponering för olika traumatiska upplevelser och separation från familjemedlemmar är utbredd och riskerar att öka under asylperioden. Infektionssjukdomar förekommer, men risken för smittspridning till övriga befolkningen har bedömts vara låg. Tand- och munhälsan är dålig hos många asylsökande. Gravida asylsökande kvinnor har ett stort vårdbehov då de inte har följts upp före ankomsten till Sverige.

Socialstyrelsen konstaterar i denna delrapport att vården har påverkats av den kraftiga tillströmningen av asylsökande under 2015 och deras vårdbehov. Landstingen har rapporterat en måttlig eller allvarlig påverkan på vården överlag och för de mest belastade verksamheterna. I mars 2016 har påverkansgraden stabiliserats eller minskat något jämfört med december 2015. De verksamheter som har varit och fortfarande är mest påverkade är primärvården, akutsjukvården, barnhälsovården, tandvården, mödravården och psykiatrin. Tolkbrist utgör en utmaning för vården och innebär risk för påverkan på patientsäkerhet och en jämlik vård. Belastningen på vårdpersonalen är fortsatt stor och resursbrist är ett problem. Behov av att höja personalens transkulturella kompetens har identifierats. Det är mycket tydligt att vården är tämligen ojämnt belastad både mellan men även inom landstingen. Detta har inneburit stora utmaningar och krav på vårdens flexibilitet när det gäller bl.a. omfördelning av resurser.

Socialstyrelsens bedömning är att även om påverkan på vården är fortsatt stor är den till övervägande del hanterbar genom de organisations- och resursförändringar som har skett eller påbörjats. Situationen har krävt flexibla lösningar för att kunna tillhandahålla vård, hantera administrativa och praktiska hinder för vården samt informera om vårdssystemet. Om inflödet av asylsökande kvarstår på en lägre nivå liknande den under första kvartalet 2016 anser samtliga landsting och regioner att de kommer att kunna bedriva vården i samma omfattning som idag i ett ettårsperspektiv. Flertalet landsting har påbörjat ett strukturerat analys- och planeringsarbete för att kunna tillgodose vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända på längre sikt.

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. I uppdraget ingår också 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 utförs i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Folkhälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Denna rapport är en delredovisning i enlighet med uppdraget.

Syfte

Uppdraget innebär att Socialstyrelsen ska

- beskriva hur vårdbehovet hos berörda grupper (se nedan) ser ut och kan mötas inom påverkade vårdverksamheter
- analysera hur vården i stort påverkas av tillströmningen av berörda grupper till exempel i form av behov av organisatoriska förändringar, resursförstärkningar, omfördelning av resurser, omprioriteringar eller andra konsekvenser för verksamheter
- belysa möjliga förändringar av vårdens förmåga och funktionalitet på kort och lång sikt för att möta vårdbehovet för berörda grupper.

Uppdraget ska ge en samlad nationell bild och bidra till att beskriva förutsättningar för planering och organisering av hälso- och sjukvården och tandvården för de närmaste åren.

Faktorer som påverkar vårdens möjligheter och utmaningar att tillhandahålla vård till berörda grupper kommer att belysas, som t.ex. tillströmning av asylsökande och nyanlända framåt i tiden (antal och hastighet), vårdbehovet i berörda grupper och möjliga åtgärder för att organisera vården utifrån vårdbehovet.

Omfattning och avgränsningar

Enligt uppdragsbeskrivningen omfattar uppdraget vård till asylsökande och till nyanlända, dvs. de som har beviljats uppehållstillstånd och är i etableringsfasen. Socialstyrelsen har valt att inkludera även personer som vistas i Sverige utan tillstånd, s.k. papperslösa, eftersom det finns flera faktorer som pekar på att denna grupp kommer att öka framöver. Regeringen har bl.a. föreslagit en ny asyllagstiftning som kommer att innebära färre permanenta uppehållstillstånd. Benämningen *berörda grupper* används för asylsökande, nyanlända och papperslösa. Grupperna definieras och beskrivs vidare i avsnittet *Berörda grupper och rätten till vård*.

Analysen kommer att fokusera på de mest påverkade vårdverksamheterna, baserat på landstingens rapportering. Det är framför allt asylvård, primärvård, barnhälsovård, mödravård, psykiatri, tandvård och infektionsvård.

Utgångspunkten för analysen är nuläget (våren 2016) samt Migrationsverkets prognoser för asylsökande och nyanlända för de närmaste åren.

Förslag på kort sikt definieras som förändringar som är möjliga att genomföra omgående, inom ett år. Potentiella förändringar på lång sikt, på upp till fem års sikt, kan omfatta förslag på åtgärder som angränsar till andra frågor om organisation av vården, såsom en jämlik, tillgänglig och patientcentrerad vård.

Hur vårdbehovet hos berörda grupper kan tillgodoses på kort och lång sikt kommer i första hand att beskrivas ur ett vårdgivarperspektiv. Brukarperspektivet kommer att belysas till viss del genom kontakter med representanter för civilorganisationer.

Den korta tiden för uppdraget innebär en avgränsning av möjliga metoder för datainsamling, av hur djupgående och detaljerad analys som kan genomföras samt av omfattningen av projektets resultatrapportering.

Andra uppdrag av betydelse

Uppdrag som utförs av Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har tre andra regeringsuppdrag med anledning av flyktingsituationen. Två av dem har betydelse för detta uppdrag då de berör hälso- och sjukvården och tandvården till asylsökande.

Kartläggning av tillgång till tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården (30 april 2016)

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att kartlägga tillgången till tolkar och flerspråkig personal i hälso- och sjukvården och tandvården.

Uppdraget ska redovisas den 30 april 2016.

Det ligger inte inom ramen för den kartläggningen att föreslå möjliga lösningar för de problem som uppstår p.g.a. tolkbrist. Detta kan därför behöva ingå som en del av aktuellt uppdrag.

Stöd till genomförande av hälsoundersökningar till asylsökande (30 april 2017)

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har ett regeringsuppdrag att stödja landstingen i arbetet med att erbjuda hälsoundersökningar till asylsökande. I uppdraget ingår att se över möjligheterna att förenkla och effektivisera hur hälsoundersökningar genomförs. Syftet är att andelen genomförda hälsoundersökningar ska öka. Uppdraget ska redovisas den 30 april 2017.

I aktuellt uppdrag kommer Socialstyrelsen inte att ge förslag på hur hälsoundersökningar kan genomföras effektivare, eftersom detta ligger inom ramen för uppdraget om hälsoundersökningar.

Uppdrag och studier av andra myndigheter och organisationer

Statskontoret: Följa upp landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd (15 april 2016)

Statskontoret har haft i uppdrag att analysera hur det nya regelverket har implementerats och hur det har tillämpats, dvs. lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, samt den nya bestämmelsen i smittskyddslagen (2004:168). Uppdraget ska redovisas den 15 april 2016.

Eftersom Socialstyrelsen har valt att inkludera även papperslösa i aktuellt uppdrag, är det relevant att titta på de slutsatser som redovisas inom ramen för Statskontorets uppdrag.

Folkhälsomyndigheten: Kartläggning och analys av behovet av vaccinationer hos asylsökande (30 april 2016)

Folkhälsomyndigheten har haft i uppdrag att kartlägga och analysera behoven av vaccinationer hos asylsökande. I uppdraget ingick även att vid behov ta fram förslag på åtgärder för att underlätta för hälso- och sjukvården, inklusive barnhälsovården och elevhälsan, att kunna erbjuda asylsökande vaccinationer enligt tillämpliga vaccinationsprogram. Uppdraget ska redovisas den 30 april 2016.

Aktuellt uppdrag kommer inte att belysa behovet av vaccinationer eller hur de kan tillhandahållas till asylsökande.

Skatteverket: Utredda samordningsnummer till asylsökande (30 april 2016)

Skatteverket har haft i uppdrag att utreda förutsättningarna för att låta samtliga asylsökande i Sverige få samordningsnummer, och att föreslå hur ett sådant förfarande bör utformas. Uppdraget ska redovisas den 30 april 2016.

Om samtliga asylsökande tilldelas ett samordningsnummer skulle detta innebära säkrare identifiering av denna grupp i vården och förbättrade förutsättningar för att upprätthålla patientsäkerheten. Kvaliteten på statistik för de hälsodataregister som Socialstyrelsen ansvarar för skulle öka och därmed erbjuda förbättrade möjligheter till uppföljning av hälso- och sjukvård till asylsökande.

SKL: Förstärka en positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända (31 mars 2016)

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har gjort en förstudie för att förstärka positiv hälsoutveckling efter ankomst till Sverige, och därigenom öka förutsättningarna för en snabb återhämtning och god etablering i Sverige. Förstudien har ett särskilt fokus på insatser för att stärka en positiv utveckling av psykisk hälsa. Förstudien publicerades den 31 mars 2016.

I aktuellt uppdrag kommer Socialstyrelsen att ta hänsyn till förstudiens förslag på insatser för att möta vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända [1].

Om delrapporten

Innehåll

Delrapporten beskriver

- uppdraget, omfattning och avgränsningar samt andra uppdrag av betydelse
- delgrupper och deras rätt till vård
- genomförandet för delrapporten och planerat genomförande för slutrapporteringen
- statistik och prognoser för asylsökande och nyanlända
- hälsostatus och vårdbehov för flyktingar baserat på en litteraturgenomgång och kontakter med civilorganisationer samt vårdkonsumtion baserat på landstingens rapportering och Socialstyrelsens hälsodataregister
- hälso- och sjukvården och tandvårdens möjligheter och utmaningar att tillhandahålla vård till asylsökande i nuläget, baserat på landstingens rapportering.

När det gäller nulägesituationen (mars 2016) presenteras en samlad nationell bild, påverkan på de mest berörda verksamheterna och vilka åtgärder som hittills vidtagits i landstingen för att möta behovet. Delrapporten fokuserar primärt på hur vården möter vårdbehoven hos asylsökande. Socialstyrelsen har också sammanställt landstingens planerings- och analysarbete för att hantera vårdbehovet för berörda grupper på längre sikt.

I det fortsatta arbetet med uppdraget kommer Socialstyrelsen att göra en djupare analys av hälso- och sjukvårdens förmåga och möjligheter att tillhandahålla vård, på några års sikt. Vi kommer även i större utsträckning beakta hur vårdbehovet hos nyanlända kan mötas. Dessutom kommer vi i det fortsatta arbetet att belysa förslag på förändringar för att möta behoven på kort och lång sikt.

Benämningen landsting används i denna rapport som benämning för landsting och regioner.

Genomförande

I arbetet med uppdraget för delrapporten har Socialstyrelsen

- gjort en litteraturgenomgång kring hälsostatus och vårdbehov för flyktingar och asylsökande
- haft möten och kontakter med Migrationsverket och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
- haft möten med landstingens flyktingsamordnare
- haft möten och kontakter med representanter för civila organisationer, forskare och kompetenscentrum på migranthälsa (organiserade i en extern referensgrupp; se förteckning i Bilaga 1)
- gjort studiebesök vid asylmottagning i Stockholms läns landsting
- analyserat Socialstyrelsens hälsodataregister (patientregistret och läkemedelsregistret) med avseende på vård- och läkemedelskonsumtion hos asylsökande och nyanlända
- analyserat landstingens förmåga att tillhandahålla vård i nuläget baserat på lägesrapportering för hälso- och sjukvården och tandvården

- samlat in information om landstingens pågående analys- och planeringsarbete för att möta vårdbehovet framåt
- diskuterat uppdraget med utredare vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Folkhälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- haft erfarenhetsutbyte med utredare vid SKL om den förstudie med fokus på att förstärka en positiv hälsoutveckling hos asylsökande och nyanlända som görs där
- haft erfarenhetsutbyte med utredare vid Folkhälsomyndigheten om det regeringsuppdrag myndigheten har att kartlägga och analysera behovet av vaccin till asylsökande
- haft löpande kontakter med andra uppdrag på Socialstyrelsen gällande flyktingsituationen

Berörda grupper och rätten till vård

Delgrupper och reglering

Uppdraget omfattar grupperna asylsökande, nyanlända och papperslösa. Socialstyrelsen har valt att inkludera även papperslösa, dvs. individer som vistas i Sverige utan tillstånd, eftersom vi 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 kapitel.

Den hälso- och sjukvård samt tandvård som landstingen enligt lag är skyldiga att erbjuda asylsökande och papperslösa skiljer sig mellan vuxna och barn. Samtliga barn under 18 år omfattas av samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är folkbokförda i landet, medan vuxna asylsökande och papperslösa har begränsad rätt till vård. Landstingen är dock 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.

Landstingen är skyldiga att erbjuda vård med utgångspunkt i den enskildes medicinska behov och i enlighet med de prioriteringsgrunder som gäller inom hälso- och sjukvården och tandvården samt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller för alla som vistas i Sverige och som har ett medicinskt behov av vård.

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.

Skäl för att bevilja asylsökande uppehållstillstånd är om individen räknas som flykting eller alternativt skyddsbehövande, vilket bl.a. är fallet om personen riskerar att straffas med döden eller att utsättas för kroppsstraff, löper stor risk att skadas på grund av en väpnad konflikt eller känner välgrundad fruktan att utsättas för allvarliga övergrepp på grund av andra svåra motsättningar i hemlandet [2].

Asylsökande omfattas av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Lagen innefattar landstingens skyldighet att erbjuda vård och tandvård som inte kan anstå¹ samt mödravård, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, läkemedel som förskrivs i samband med angiven vård och

¹ Den vård som ska erbjudas inom området för vård som inte kan anstå framgår av lagen och propositionen 2012/13:109, Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd.

hälsoundersökning. Hälsoundersökning ska erbjudas alla asylsökande, både vuxna och barn.

Nyanlända

Det saknas en helt vedertagen definition för termen nyanlända. Socialstyrelsen använder för detta uppdrag följande formella definition: en nyanländ är en person som blivit beviljad uppehållstillstånd och fått ett svenskt personnummer. Specifikt avses *nyanlända flyktingar*, vilket omfattar dels asylsökande som beviljats uppehållstillstånd, dels anhöriga till nyanlända som beviljas uppehållstillstånd genom s.k. anknytning. Efter beviljat uppehållstillstånd ska nyanlända bli mottagna av en kommun och påbörja sin etablering. Arbetsförmedlingen ansvarar för att upprätta en etableringsplan. En person räknas normalt som nyanländ i två år, och under denna period ska personen erbjudas undervisning i svenska, en kurs i samhällsorientering och hjälp med att komma i arbete [3].

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 kan också erbjudas en hälsoundersökning om de inte genomgått någon sådan som asylsökande.

Papperslösa

Papperslös är en person som befinner sig i Sverige utan något nödvändigt 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 utlämningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd och ska erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård i samma utsträckning som asylsökande. 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.

Tillströmning av asylsökande och nyanlända

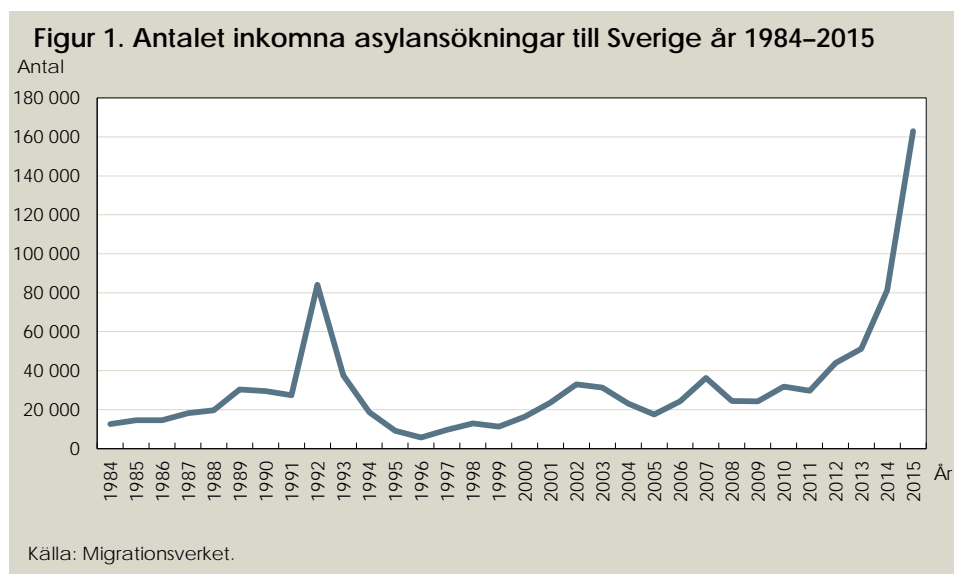
Detta kapitel beskriver tillströmningen av antal asylsökande och nyanlända t.o.m. första kvartalet 2016, samt Migrationsverkets prognoser för asylsökande och nyanlända för de kommande åren. Demografin och fördelningen av asylsökande över landet presenteras också, liksom vad som påverkar prognoserna, inklusive förändringar i regelverk.

Kapitlet avslutas med en sammanfattning av vilka faktorer av tillströmningen som kan påverka hälso- och sjukvårdens och tandvårdens möjligheter att tillhandahålla vård.

Statistik fram till och med 2016

Asylsökande

Figur 1 visar antal personer som har sökt asyl i Sverige från 1980-talet och fram till idag. Den svåra konflikten på Balkan i början på 1990-talet medförde att ett stort antal människor sökte asyl i Sverige. År 1992 ansökte ca 84 000 personer om asyl i Sverige, varav 30 500 barn [4, 5].



Antal asylansökningar² minskade drastiskt efter 1992 för att i början av 2000-talet öka något igen. Från 2011 har antalet asylsökande ökat (se även tabell 1). År 2014 inkom ca 81 000 ansökningar om asyl, dvs. ungefär lika många som 1992.

² Samtliga angivna siffror för detta avsnitt är hämtade från Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>, om ej annat anges.

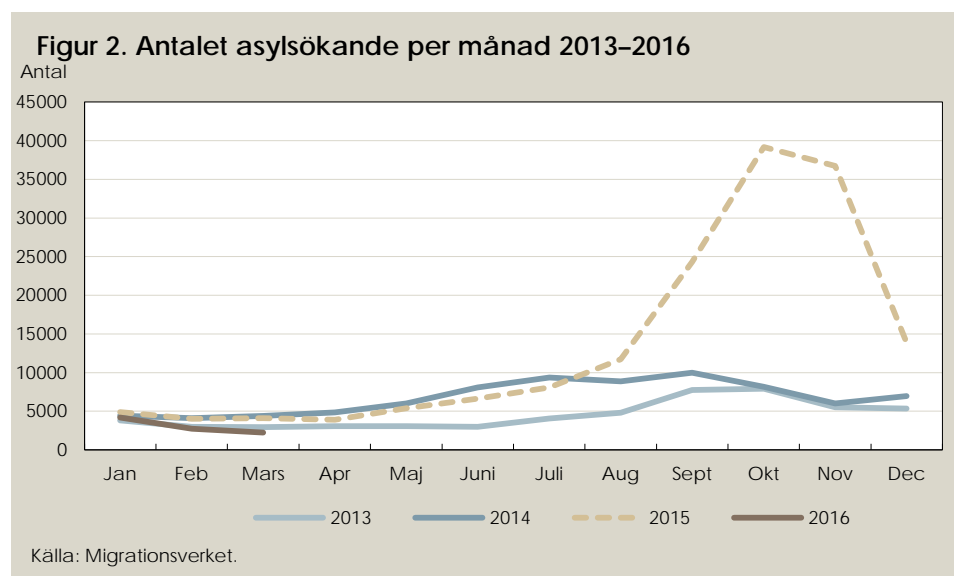
En mindre andel av de asylsökande utgörs av s.k. kvotflyktingar³, som Sverige tar emot sedan 1950-talet. Varje år överförs 1 700–1 900 kvotflyktingar till Sverige.

Tabell 1. Antalet inkomna asylansökningar 2010–2015

År	Antal asylsökande	Män/Kvinnor (%)	Varav barn (%)
2010	31 819	62/38	33
2011	29 648	64/36	33
2012	43 887	63/37	32
2013	54 259	64/36	30
2014	81 301	67/33	28
2015	162 877	70/30	43

Källa: Migrationsverket.

Aldrig har så många människor sökt asyl i Sverige som under 2015. Totalt inkom 162 877 asylansökningar under året, varav 70 procent från män. Av dessa var 70 384 ansökningar från barn varav 35 369 för ensamkommande barn. Figur 2 illustrerar den kraftiga tillströmningen av asylsökande under hösten 2015, jämfört med tidigare år.



Under första kvartalet 2016 har antalet asylsökande minskat avsevärt jämfört med hösten 2015, och ligger på ungefär samma nivå som samma period 2013. Från den 1 januari till den 1 april 2016 har totalt 9 174 asylansökningar inkommit till Migrationsverket (59 procent män). Av dessa har 3 712 ansökningar (40 procent) varit för barn, varav 948 för ensamkommande barn (26 procent av asylansökningarna för barn).

Fler män än kvinnor sökte asyl under 2015, i alla åldersgrupper (se tabell 2). Av asylsökande 2015 var 40 procent i åldern 18–34 år, och majoriteten av dessa var män. En annan stor grupp, 24 procent, utgjordes av barn 13–17 år, där nästan 90 procent var pojkar. Flest flickor och kvinnor återfinns i den

³ Kvotflyktingar har av UNHCR bedömts vara i behov av vidarebosättning till ett nytt hemland.

ungsta respektive äldsta ålderskategorin där könsfördelningen var nästintill lika.

Tabell 2. Ålders- och könssammansättning bland asylsökande 2015

Data från 2015-12-31.

Åldersgrupp	Andel (%)	Varav kvinnor/flickor (%)	Varav män/pojkar (%)
0-6 år	11	48	52
7-12 år	8	41	59
13-17 år	24	13	87
18-24 år	18	27	73
25-34 år	22	31	69
35-44 år	10	33	67
45-64 år	6	43	57
> 64 år	1	54	46

Källa: Migrationsverket.

De största grupperna av asylsökande som kom till Sverige under 2015 var medborgare i Syrien (32 procent), Afghanistan (26 procent) och Irak (13 procent). Från Afghanistan var 82 procent av de asylsökande män medan från Syrien var motsvarande siffra 64 procent. Majoriteten av alla barn kom från Afghanistan, och nästan 80 procent av barnen från Afghanistan var ensamkommande. Därefter kom flest barn från Syrien följt av Irak, men från dessa länder var endast 20 procent av barnen ensamkommande. Dessa tre grupper har fortsatt att dominera inkomna ansökningar under första kvartalet 2016, men antal ensamkommande barn från Afghanistan har minskat drastiskt.

Den sista december 2015 var totalt 181 890⁴ personer inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem. De asylsökande är ojämnt fördelade över landet (se tabell 3). Kalmar har högst andel asylsökande i relation till totalpopulationen, nära 4 procent, följt av Jämtland, Värmland och Västernorrland. Stockholm har minst andel asylsökande, 1 procent, i relation till totalpopulationen.

De asylsökande, förutom ensamkommande barn, placeras antingen på anläggningsboenden (ABO) som erbjuds av Migrationsverket runtom i landet, eller så väljer de själva eget boende (EBO). Eget boende innebär oftast boende hos en släkting eller hos andra landsmän. Andelen asylsökande som bor i anläggningsboenden eller i eget boende skiljer sig kraftigt mellan olika landsting. I Stockholm bor 59 procent i enskilt boende jämfört med 4 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-hem eller stödboende).

⁴ Enligt inkommen data från Migrationsverket.

Tabell 3. Antalet och andelen asylsökande per landsting

Antal och andel asylsökande (vuxna och barn) inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem 2015-12-31. Andel boende i övrigt boende är ej inkluderad (HBV-hem, stödboende).

Landsting	Folkmängd (SCB)	Inskrivna i Migrationsverkets system	Andel av totala folkmängden (%)	Andel i anläggningsboende (%)	Andel i enskilt boende (%)
Blekinge	156 253	4 069	2,6	66	18
Dalarna	281 028	8 442	3,0	73	13
Gotland	57 391	1 066	1,9	76	6
Gävleborg	281 815	7 289	2,6	68	20
Halland	314 784	5 552	1,8	72	15
Jämtland	127 376	4 033	3,2	82	4
Jönköping	347 837	6 963	2,0	59	24
Kalmar	237 679	9 348	3,9	79	11
Kronoberg	191 369	4 790	2,5	61	22
Norrbottn	249 733	7 308	2,9	86	4
Skåne	1 303 627	20 979	1,6	37	37
Stockholm	2 231 439	21 944	1,0	18	59
Sörmland	283 712	6 685	2,4	54	33
Uppsala	354 164	3 908	1,1	27	27
Värmland	275 904	8 884	3,2	78	11
Västerbotten	263 378	4 249	1,6	70	8
Västernorrland	243 897	7 865	3,2	82	8
Västmanland	264 276	5 938	2,2	58	25
Västra Götaland	1 648 682	28 175	1,7	49	29
Örebro	291 012	7 999	2,7	68	19
Östergötland	445 661	6 383	1,4	47	37
Riket	9 851 017	181 890	1,8	56	26

Källa: Migrationsverket.

Totalt var 72 701 barn inskrivna i Migrationsverkets mottagningssystem den sista december 2015, varav 46 procent var av ensamkommande barn. Andelen ensamkommande barn skiljer mycket över landet. I Uppsala är andelen ensamkommande barn 75 procent, följt av Skåne med 61 procent (se tabell 4).

Tabell 4. Antalet asylsökande barn per landsting

Barn 0–17 år fördelat över riket. Data från 2015-12-31.

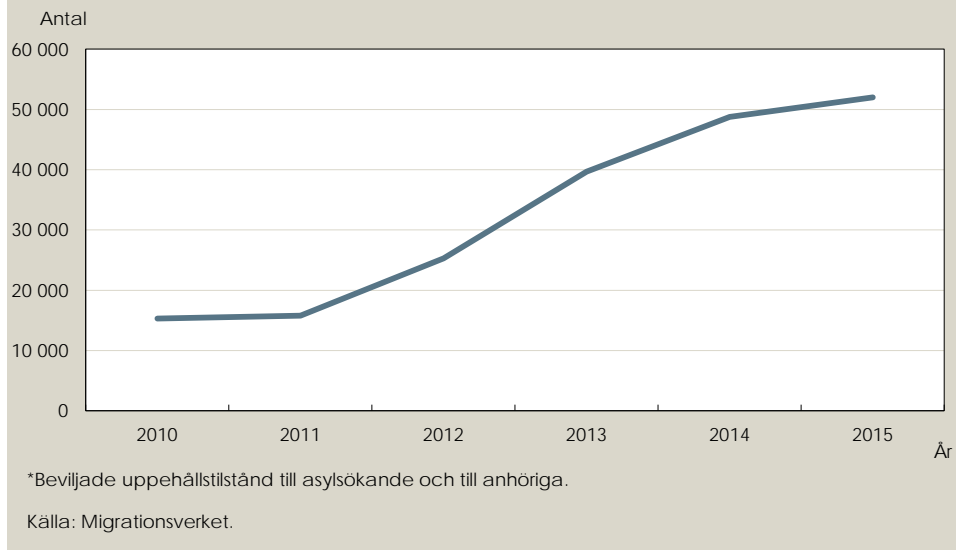
Landsting	Inskrivna i Migrationsverkets system	Varav andel ensamkommande barn (%)
Blekinge	1 589	40
Dalarna	3 334	36
Gotland	554	36
Gävleborg	2 603	33
Halland	2 103	35
Jämtland	1 551	37
Jönköping	2 872	42
Kalmar	3 576	27
Kronoberg	1 995	43
Norrbottn	2 430	36
Skåne	9 151	61
Stockholm	8 414	59
Sörmland	2 314	37
Uppsala	2 373	75
Värmland	3 441	29
Västerbotten	1 976	52
Västernorrland	2 577	30
Västmanland	2 181	47
Västra Götaland	12 031	51
Örebro	3 139	34
Östergötland	2 495	42
Riket	72 701	46

Källa: Migrationsverket.

Nyanlända

Gruppen nyanlända flyktingar utgörs av asylsökande som har beviljats uppehållstillstånd samt av anhöriga till nyanlända som har beviljats uppehållstillstånd genom anknytning. Denna grupp har ökat kraftigt från 2011 och framåt (se figur 3). Under 2014 och 2015 har totalt ca 100 000 nyanlända flyktingar blivit placerade i kommuner runt om i landet. Av de nyanlända 2015 utgjordes ca 70 procent av beviljade uppehållstillstånd till asylsökande och 30 procent av anhöriga som fått uppehållstillstånd (se tabell 5). Fler män än kvinnor beviljas uppehållstillstånd som asylsökande, medan det är fler kvinnor än män som får uppehållstillstånd genom anknytning.

Figur 3. Antalet nyanlända* per år 2010–2015



Tabell 5. Antalet nyanlända 2010–2015

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	35 642	13 100	48 742
2015	36 462	15 538	52 000

Källa: Migrationsverket.

Prognos för 2016–2020

Enligt uppdragsbeskrivningen från regeringen bör Socialstyrelsen utgå från Migrationsverkets prognoser för hur migrationen till Sverige kommer att se ut de närmaste åren.

Migrationsverket redovisar vid fem tillfällen per år en verksamhets- och utgiftsprognos som redogör för olika beräkningsalternativ för antalet asylsökande som beräknas komma till Sverige kommande år [6]. Denna rapport utgår från prognosen enligt Migrationsverkets rapport från februari 2016. Migrationsverket redogör för att denna prognos är högst osäker och baseras på scenarion som är föränderliga över tid, utifrån EU:s samt enskilda medlemsländers politiska åtgärder såsom t.ex. åtstramningar och begränsningar för att minska antalet asylsökande till Europa. Även faktorer såsom väderförhållanden påverkar antalet som söker asyl i Sverige. Tidigare år har antalet asylsökande ökat från maj och in på hösten på grund av mer gynnsamma väderförhållanden runt medelhavet som är en vanlig väg att ta sig in i Europa på [6]. Migrationsverket redovisar en ny prognos i april 2016, som kommer att beaktas för uppdragets slutrapport.

Asylsökande

Migrationsverkets februariprognos redogör för tre olika beräkningsalternativ för kommande år som baseras på olika EU-scenarion (se tabell 6). Regeringen har lagt fram ett förslag om begränsad möjlighet att få uppehållstillstånd i Sverige och har sedan den 4 januari 2016 infört tillfälliga id-kontroller vid inresa till Sverige från Danmark. Dessa åtgärder påverkar också prognoserna och förutspås få en begränsande effekt på antalet asylsökande.

Tabell 6. Antagande om antal asylsökande enligt Migrationsverkets prognos februari 2016

Beräkningsalternativ för 2016 och 2017.

Alternativ	2016	2017
A	140 000	105 000
B	100 000	75 000
C	70 000	55 000

Källa: Migrationsverket.

Nyanlända

Prognoser för antal nyanlända flyktingar baseras dels på förväntat antal uppehållstillstånd som kommer att beviljas till asylsökande, dels 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. På grund av det ökade antalet inkomna asylansökningar så har handläggningstiden från ansökan till beslut ökat. Migrationsverket anger i sin februarirapport att den genomsnittliga handläggningstiden kommer att öka från 9 månader till över 15 månader. Handläggningstiderna kan även variera beroende på vilket land den asylsökande är medborgare i. De allra flesta som har sökt asyl under 2015 och fram till april 2016 kommer därmed fortfarande att vänta på beslut i början av 2017.

Migrationsverket bedömer att ca 48 000 nya uppehållstillstånd för asylärenden kommer att beviljas under 2016. Det är en ökning jämfört med 2015 då drygt 36 500⁵ uppehållstillstånd för asylärenden beviljades [6]. En väsentlig skillnad jämfört med tidigare år är att asylsökande kommer att kunna beviljas tidsbegränsade uppehållstillstånd i stället för permanenta uppehållstillstånd. Detta sker mot bakgrund av den tillfälliga lagen om begränsad rätt till uppehållstillstånd⁶.

Enligt prognosen kommer kommunernas mottagande av nyanlända flyktingar att stiga kraftigt under 2017 och 2018 (se tabell 7).

⁵ Beviljade uppehållstillstånd i första instans, exklusive förlägningsärenden eller omprövning av beslut.

⁶ Se avsnittet om förändringar i lagar och förordningar nedan för mer detaljerad information om lagen.

Tabell 7. Prognos för antalet nyanlända flyktingar 2016–2020

Prognos för antal beviljade tidsbegränsade och permanenta uppehållstillstånd till asylsökande samt för antal uppehållstillstånd till inresta anhöriga, s.k. anknytningsärenden.

	2016	2017	2018	2019	2020
Upphållstillstånd asylsökande	48 100	77 700	85 200	57 300	57 800
Upphållstillstånd anhöriga	17 700	17 700	20 700	21 400	21 400
Totalt antal nyanlända flyktingar	65 800	95 400	105 900	78 700	79 200

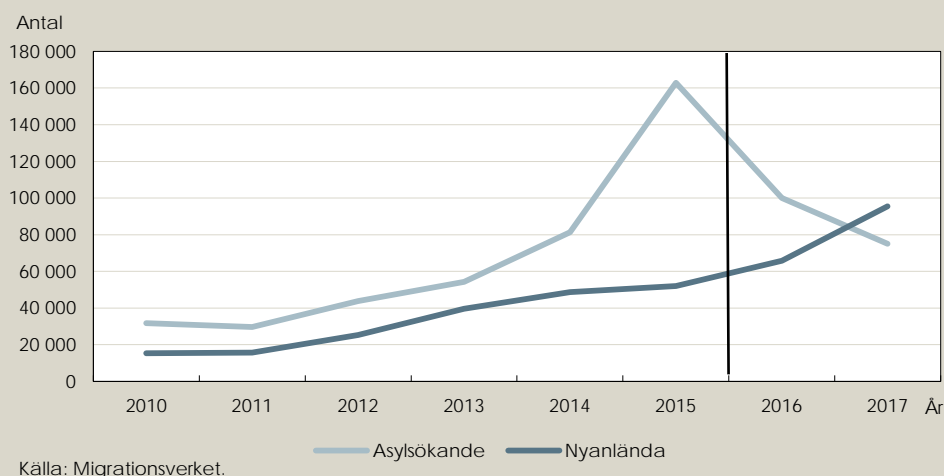
Källa: Migrationsverket.

Antalet asylsökande och nyanlända i Sverige de senaste åren samt de som beräknas komma under 2016–2017 illustreras i figur 4. Även om tillströmningen av asylsökande kommer att minska de kommande åren enligt prognosen, så kommer gruppen nyanlända att öka.

Figur 4. Antalet asylsökningar och nyanlända per år 2010–2017

Baserad på statistik för 2010–2015 och prognos för 2016–2017.

Nyanlända: uppehållstillstånd till asylsökande och till anhöriga.



Papperslösa

Antalet papperslösa i Sverige är svårt att uppskatta på grund av att det inte finns någon tillförlitlig statistik. En uppskattning talar dock för att omkring 10 000–50 000 personer lever som papperslösa i Sverige varav 2 000–3 000 uppskattas vara barn, enligt osäkra beräkningar [7]. Det är troligt att antalet papperslösa kommer att öka på grund av tillströmningen av asylsökande och den aviserade ändringen av asyllagstiftningen som innebär att färre asylsökande kommer att få permanenta uppehållstillstånd. 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 till papperslösa ökade med drygt 50 procent under 2015 jämfört med 2014 till nästan 30 000 besök [8]. Enligt samma statistik ses en koncentrerad vård till papperslösa i storstadsregionerna.

Förändringar i lagar och förordningar

Antalet personer som söker asyl i Sverige samt det förväntade antalet framöver påverkas i stor utsträckning av politiskt fattade beslut såsom begränsningar i uppehållsrätten samt ökade kontroller vid de yttre gränserna. Nedan beskrivs tre förändringar i lagar och förordningar som har införts eller förväntas införas under första halvåret 2016 med konsekvenser för tillströmningen av asylsökande och nyanlända.

Tillfälliga gränskontroller och id-kontroller (4 januari 2016)

Sedan den 4 januari 2016 har tillfälliga id-kontroller införts vid resor till Sverige från Danmark, enligt lagen (2015:1073) om särskilda åtgärder vid allvarlig fara för den allmänna ordningen eller den inre säkerheten i landet. Syftet med lagen är att lättare kunna klarlägga vilka som reser in i landet och att minska trycket på samhällsfunktionerna i stort. Lagen är giltig i 6 månader och kan förlängas efter en karenstid om 2 veckor, dock längst t.o.m. den 21 december 2018. Den tillfälliga lagen har hittills bidragit till en kraftig minskning av antalet personer som har sökt asyl i Sverige under 2016.

Bosättningslag, anvisning av nyanlända till kommuner (1 mars 2016)

Sedan den 1 mars 2016 är samtliga kommuner skyldiga att ta emot nyanlända för bosättning, enligt lagen (2016:38) om mottagande av vissa nyanlända invandrade för bosättning. Enligt den nya lagen ska anvisningar till kommuner i första 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. Situationen i nuläget är dock att 85 procent av alla nyanlända ordnar sitt eget boende, vilket leder till en stor koncentration till vissa orter, som t.ex. Malmö och Södertälje.

Begränsad rätt till uppehållstillstånd (20 juni 2016)

Regeringen har lagt ett förslag om begränsad möjlighet att få uppehållstillstånd i Sverige. Lagen är tidsbegränsad och föreslås gälla i tre år. Bakgrunden till förslaget är den ökade belastningen på det svenska asylsystemet och på centrala samhällsfunktioner. Lagen innebär tidsbegränsade uppehållstillstånd i stället 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 kommer att innefatta de som har ansökt om asyl efter den 24 november 2015. Lagen är planerad att träda i kraft den 20 juni 2016.

Socialstyrelsen har i ett yttrande om lagrådsremissen om begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige anfört att den föreslagna lagen

med stor sannolikhet kommer ha en negativ påverkan på asylsökande med ökad risk för försämrad psykisk hälsa.

Faktorer som påverkar vården

Faktorer som har beskrivits i detta kapitel kan påverka hälso- och sjukvårdens och tandvårdens förmåga att tillhandahålla vård till asylsökande, nyanlända och papperslösa på olika sätt. Inverkan av dessa och andra faktorer av betydelse för vården kommer att analyseras ytterligare till uppdragets slutrapport:

- Antalet asylsökande och nyanlända som redan befinner sig i Sverige, och fördelning på män, kvinnor, barn och ensamkommande barn.
- Fördelningen av asylsökande och nyanlända över landet.
- Prognoser för hur många, hur snabbt och vilka nya asylsökande som kommer till Sverige. Detta påverkas av omvärldsfaktorer samt av Sveriges regelverk för bl.a. gränskontroller och den aviserade förändringen av asyl-lagstiftningen.
- Prognoser för antalet nyanlända flyktingar, dvs. asylsökande som beviljas uppehållstillstånd och anhöriginvandring. Dessa påverkas bl.a. av handläggningstiden för asylärenden och förändringar av asyllagstiftningen.
- Den aviserade förändringen av asyllagstiftningen, som kommer att påverka prognoser enligt ovan och riskerar att ha en negativ effekt på hälsan för asylsökande.
- Den nya bosättningslagen med konsekvenser för fördelningen av nyanlända och ensamkommande barn.
- Andelen boende i anläggningsboenden respektive eget boende. Landstingen har rapporterat om organiseringen av och tillhandahållandet av vård till asylsökande som bor på anläggningsboenden. Det är mindre känt hur asylsökande i eget boende får information om, nås av och söker sig till vården.

Hälsostatus och vårdbehov

Detta kapitel beskriver hälsostatusen och vårdbehovet för flyktingar baserat på en litteraturgenomgång och kontakter med civilorganisationer, kunskapscentrum och forskare på migranthälsa. Kapitlet beskriver även vårdkonsumtionen för asylsökande baserat på landstingens rapportering och en analys av Socialstyrelsens hälsodataregister.

Migrationens påverkan på hälsa och 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 bl.a. 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 [9], från det att individen bestämmer sig för att lämna landet, tiden i flykt till ankomst till det nya landet [5, 10-13]. 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 [5]. 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 [9, 13]. Den hälsoundersökning som alla asylsökande ska erbjudas syftar till att tidigt identifiera hälsostatus, infektionsrisker och vårdbehov.

Hälsosituationen före flykten

De som söker asyl till följd av flykt har olika erfarenheter av den konflikt eller instabilitet som är aktuell i landet som personen flyr från. Andra faktorer som kan ha påverkat individens hälsosituation före flykten är tillgången till hälso- och sjukvård och tandvård i hemlandet och individuella sociodemografiska villkor, som t.ex. uppväxtvillkor, utbildningsbakgrund, arbetslivserfarenhet, familjesituation och socialt nätverk [12]. Majoriteten av de som sökte asyl under 2015 och i början av 2016 är medborgare i Syrien, Afghanistan och Irak. De tre länderna har under flera år upplevt politisk instabilitet, krig, konflikter och oroligheter vilket har försvårat tillgången till hälso- och sjukvård och tandvård.

Epidemiologisk data för Syrien, Afghanistan och Irak

I Syrien och Irak har hälso- och sjukvården varit fungerande, och förväntad livslängd är 78 år för kvinnor och 73 år för män (2013) i Syrien respektive 74 år för kvinnor och 67 år för män (2013) i Irak. Motsvarande siffror för

Afghanistan är 61 år för kvinnor och 62 år för män (2013)⁷. I Syrien är idag en av de vanligaste dödsorsakerna skador till följd av kriget. Detta följs av icke smittsamma sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, olika typer av cancer och nedre luftvägsinfektioner⁷. Även i Irak är icke smittsamma sjukdomar vanligt förekommande och bidrar till 44 procent av dödligheten [14]. I Afghanistan är smittsamma sjukdomar (tuberkulos, diarrésjukdomar, nedre luftvägsinfektioner) fortfarande vanligt förekommande och bidrar till ca 50 procent av dödsfallen. Andelen icke smittsamma sjukdomar ökar dock med fler hjärt- och kärlsjukdomar och stroke som bidragande orsaker till död och ökad sjuklighet^{7,8}. Psykisk ohälsa är vanligt förekommande i samtliga tre länder till följd av krig, konflikter och bristfällig kunskap om dessa diagnoser⁸ [14].

Flyktens påverkan

Förekomsten av sjukdomar som kräver vård vid ankomsten till Sverige har i stor utsträckning påverkats av upplevelser, trauman och risker som den asylsökande har exponerats för under flykten [15]. Många asylsökande har under flykten genom Europa varit med om dåliga förhållanden såsom trångboddhet, dåliga sanitära förhållanden och även övergrepp⁹. Detta innebär en ökad utsatthet för infektionssjukdomar och en ökad risk för psykisk ohälsa [15-18].

Bland asylsökande, såväl barn som vuxna, ses en ökad förekomst av infektionssjukdomar såsom tuberkulos, hiv, hepatit b och hepatit c [15, 17, 19]. Folkhälsomyndigheten har bedömt att risken för smittspridning av infektionssjukdomar till övriga befolkningen är låg [15]. Folkhälsomyndigheten poängterar dock att risken för smittspridning inom gruppen asylsökande kan vara större.

Psykosomatiska och mentala sjukdomar förekommer hos en stor del av de vuxna asylsökande [9, 20]. Förekomsten av psykisk ohälsa bland asylsökande i Sverige uppskattas till omkring 20–30 procent [13]. Förekomst av depression och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är högre bland asylsökande jämfört med övriga befolkningen [21, 22]. Även bland barn, speciellt ensamkommande barn, är psykisk ohälsa vanligt förekommande, inklusive krisreaktioner och PTSD [18, 22]. Det finns även barn som är apatiska till följd av svåra trauman och som även har utvecklat uppgivenhetssymtom⁹.

Flykten kan även ha en negativ påverkan på tandhälsan. Det kan bero på trauma mot munregionen, dålig kosthållning och försämrad munhygien under tiden i flykt [23, 24]. Att komma ensam som barn eller ung vuxen innebär en ökad risk för karies på grund av bristande munhygien [23]. Behovet av tandvård är större bland asylsökande och papperslösa i jämförelse med övriga befolkningen. Bland gruppen asylsökande ses en ökad förekomst av karies, tandlossning samt saknade och skadade tänder [24].

⁷ Country health profiles <http://www.who.int/countries/en/>

⁸ Country cooperation strategies WHO,

Afghanistan: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_afg_en.pdf?ua=1,

Irak: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_irq_en.pdf?ua=1

Syrien: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_syr_en.pdf?ua=1

⁹ Referensgruppsmöte anordnat av Socialstyrelsen den 18 mars 2016.

Ett ökat vårdbehov har identifierats bland gravida asylsökande kvinnor. De har även generellt ett sämre födelseutfall (låg födelsevikt och för tidig förlossning) och ökad risk för komplikationer jämfört med kvinnor i övriga befolkningen [22]. Vidare har många kvinnor blivit utsatta för övergrepp under flykten till Sverige, vilket kan leda till ett ökat antal oönskade graviditeter, aborter, skador på underlivet, traumatisering och psykiskt lidande⁹.

Hälsorelaterade problem och vårdbehovet för papperslösa liknar i stor utsträckning de som har identifierats för gruppen asylsökande. Det finns dock en risk att papperslösa väntar längre med att söka vård på grund av rädsla för att bli angivna till Migrationsverket eller polisen [25]. Detta kan leda till mer långvariga hälsoproblem för gruppen.

Asylprocessens påverkan

Den långa processen i väntan på beslut om uppehållstillstånd kan påverka den asylsökandes hälsa, till följd av ovisshet och osäkerhet inför framtiden samt oförmåga att påverka asylprocessen [9, 18, 20, 26, 27]. Migrationsverkets handläggningstider av asylärenden har ökat avsevärt vilket riskerar att leda till ökad psykisk ohälsa. Det ökade antalet asylsökande under 2015 har bidragit till att många människor har fått bo tillsammans på mindre boyta än tidigare. Migrationsverket har sänkt kraven på boendeytan från 5 m² till 3 m² per person¹⁰ på grund av platsbrist på Migrationsverkets egna anläggningsboenden. Den ökade trångboddheten kan ha en negativ påverkan på hälsan, särskilt hos barn [18]. Vidare förekommer rädsla och konflikter mellan olika grupper på boenden till följd av hot, våld och mobbning⁹. I väntan på besked om uppehållstillstånd kan den asylsökande behöva uppleva flera nya separationer när närstående personer på boenden behöver flytta till följd av uppehållstillstånd eller avslag på asylansökan. De återkommande separationerna kan ha en negativ påverkan på hälsan, särskilt hos barn [18]. Ytterligare en faktor som påverka hälsan är en begränsad tillgång till vård, skola och arbete under asylprocessen, vilket kan leda till utanförskap, utsatthet och isolering [11].

När den asylsökande har fått ett beslut om uppehållstillstånd ska individen placeras som nyanländ i en kommun. I dagsläget kan det ta upp till sex månader från det att en person beviljas uppehållstillstånd till dess att personen har fått en kommunplacering¹⁰. Detta innebär ytterligare period av väntan, ovisshet om var man ska bli kommunplacerad och osäkerhet inför framtiden, med risk för negativ påverkan på hälsan. Vid ohälsa finns en risk att den nyanlände inte bedöms ha den prestationsförmåga som krävs för att vara med i etableringsåtgärderna [9].

Identifiering av vårdbehov genom hälsoundersökning

Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en hälsoundersökning, enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Även pappers-

¹⁰ Enligt information från intervju med Migrationsverket den 19 februari 2016.

lösa ska få erbjudande om hälsoundersökning när de uppsöker sjukvården. Hälsoundersökningen omfattar ett hälsosamtal samt provtagning och kroppsundersökning, baserat på de behov som framkommit genom samtalet, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. (SOSFS 2011:11). Syftet med hälsoundersökningen är att identifiera eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder samt att informera om hälso- och sjukvård och tandvård. Om hälsoundersökningen visar på ett vårdbehov som den undersökande vårdgivaren inte kan behandla, så ska personen remitteras vidare till annan vårdgivare för ytterligare medicinsk bedömning eller behandling.

Alla asylsökande genomgår dock inte en hälsoundersökning. Hur stor andel av asylsökande som genomgått hälsoundersökning rapporteras i nästa avsnitt. I kapitlet *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande – nuläge mars 2016* beskrivs påverkan på hälso- och sjukvården för att kunna erbjuda hälsoundersökningar till alla asylsökande. I delrapporten för regeringsuppdraget om stöd till genomförande av hälsoundersökningar beskrivs hinder och problem för att genomföra hälsoundersökningar ytterligare [28].

Rapporterad vårdkonsumtion för asylsökande och nyanlända

Vårdkonsumtion för asylsökande baserat på rapportering från landstingen

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) rapporterar årligen omfattningen av den hälso- och sjukvård som landstingen har erbjudit asylsökande och begärt ersättning för. Rapporteringen relateras till antal inkomna asylansökningar samma år. Den senaste rapporten omfattar vårdkonsumtion för asylsökande under 2014, som jämförs med motsvarande statistik för 2009-2013 samt med vårdkonsumtion för den övriga befolkningen för 2013 [29]. Motsvarande statistik för 2015 är ännu inte publicerad.

Enligt rapporten för 2014 hade asylsökande en något lägre vårdkonsumtion jämfört med övriga befolkningen när det gäller läkarbesök i primärvården och i den öppna specialistvården (2,6 läkarbesök för asylsökande jämfört med 2,9 läkarbesök för övriga befolkningen) under 2013. Inom den slutna somatiska vården hade asylsökande en vårdkonsumtion på samma nivå som övriga befolkningen (0,7 vårddagar) 2013. Inom barn- och ungdomspsykiatrien stod de asylsökande för en högre vårdkonsumtion jämfört med övriga barnen och ungdomarna (0,14 respektive 0,01 vårddagar) under 2013. Dessa jämförelser bör ses i ljuset av att rätten till vård är olika för asylsökande vuxna och barn.

Vårdkonsumtionen per asylsökande minskade något 2014 jämfört med 2013 inom primärvården, den öppna specialistvården, slutenvården och tandvården. Minskningen varierade mellan 18 och 31 procent. Inom barn- och ungdomspsykiatrien låg antal vårddagar på samma nivå 2014 som 2013. Orsaken till den minskade vårdkonsumtionen bedöms vara Migrationsverkets relativt korta handläggningstider för asylansökningar under 2014.

Andelen av de asylsökande som genomgick en hälsoundersökning under 2014 är enligt samma rapport från SKL 44 procent. Denna andel är beräknad på det totala antalet utförda hälsoundersökningar som landstingen har begärt ersättning för (knappt 36 000) i relation till antalet inkomna asylansökningar (drygt 81 000) under 2014.

För år 2015 har landstingen fram t.o.m. februari begärt ersättning för 49 183 hälsoundersökningar, vilket innebär en ökning med drygt 13 000 om man jämför med antal ersatta hälsoundersökningar för 2014¹¹. Detta innebär att antal hälsoundersökningar som landstingen har begärt ersättning för under 2015 utgör 30 procent av antalet asylsökande 2015, alltså en minskning av andelen genomförda hälsoundersökningar jämfört med 2014. En viss eftersläpning i landstingens registrering av genomförda hälsoundersökningar brukar dock förekomma. Fördröjningen är troligen större för registreringen av 2015 års hälsoundersökningar beroende på den kraftigt ökade arbetsbördan för vården då administrativa uppgifter kan ha blivit fördröjda. Det är även viktigt att understryka att denna andel inte tar hänsyn till individer som genomgått hälsoundersökning ett visst år kan ha inkommit med sin asylansökan under tidigare år. Den avsevärt lägre andelen genomförda hälsoundersökningar för 2015 jämfört med föregående år är inte förvånande med tanke på den kraftiga tillströmningen i antal asylsökande under hösten 2015 och den påverkan på vården som detta medförde med bl.a. ökade väntetider för hälsoundersökningar. Det är dock ett problem att det fortfarande är en stor andel av de asylsökande som ännu inte har genomgått en hälsoundersökning.

Vårdkonsumtion för asylsökande och nyanlända 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. Detta avsnitt beskriver i vilken utsträckning patientregistret och läkemedelsregistret kan användas för att belysa vård- och läkemedelskonsumtionen hos asylsökande och nyanlända. Det ger i sin tur ytterligare kunskapsunderlag för gruppernas hälsa och vårdbehov.

Tillgängliga datakällor och problematik

De register som skulle kunna vara relevanta som datakällor i detta sammanhang är patientregistret, läkemedelsregistret, tandhälsoregistret, dödsorsaksregistret och cancerregistret. Patientregistret innehåller uppgifter om slutenvård och läkarkontakter i öppen specialiserad vård. Primärvård och vård av andra yrkesgrupper utgör en stor del av de vårdkontakter som asylsökande har, men patientregistret innehåller alltså inte uppgifter om primärvård. Läkemedelsregistret innehåller alla uttag av läkemedel som hämtas ut mot recept. Tandhälsoregistret innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, vilket omfattar individer över 20 år som har blivit behandlade och fått ersättning genom tandvårdsstödet. Tandvård till asylsökande

¹¹ Enligt underlag från Migrationsverket

kande och papperslösa omfattas inte av det statliga tandvårdsstödet och tandhälsoregistret saknar därför uppgifter om tandvård till dessa grupper.

I dessa register är det en begränsning att det är svårt att identifiera individerna som ingår i gruppen asylsökande och nyanlända. Individer i registren identifieras med svenska personnummer eller samordningsnummer. När detta saknas registreras visserligen fortfarande vårdhändelsen eller läkemedelsuttaget, men det kan då inte ingå i analyser på individnivå. Detta gäller därför för asylsökande, som registreras utan personnummer eller samordningsnummer i dessa register.

Socialstyrelsen har inte direkt tillgång till register över hela Sveriges befolkning med födelseland och in- och utvandringsdatum. Detta behövs för att kunna identifiera populationen av nyanlända från specifika krigsdrabbade länder, vilket är en förutsättning för att kunna jämföra olika invandrargrupperns vårdkonsumtion i relation till övriga befolkningen.

Problem med att analysera asylsökandes och nyanländas vårdkonsumtion över tid utifrån Socialstyrelsens datakällor är alltså att asylsökande ofta saknar giltiga personidentiteter, att primärvård inte ingår samt att det saknas information om hela populationen när det gäller nyanlända. Det går dock att utnyttja dessa register för att kunna dra vissa slutsatser om vårdkonsumtionen hos berörda grupper. För denna rapport har analyser genomförts med stöd av patientregistret och läkemedelsregistret.

Preliminär analys av patientregistret

Med hjälp av informationen i patientregistret går det att göra en ungefärlig jämförelse av hur stor andel av vårdtillfällen som asylsökande och nyanlända står för i relation till den totala vårdvolymen. De uppgifter som då används är diagnoser, vårdtillfällen samt invandringsdatum eller avsaknad av personnummer.

På grund av problemet med personidentifiering enligt föregående avsnitt kan dock denna analys inte baseras på en entydigt identifierad grupp, utan måste i stället utgå från ett ungefärligt urval.

I denna analys definieras gruppen som de vårdtillfällen där personnummer saknas (proxy för asylsökande och papperslösa) samt de vårdtillfällen där ett inflyttningsdatum ligger inom en två-årsperiod före vårdtillfället (proxy för nyanlända). Det är dock viktigt att ta hänsyn till att även andra individer än asylsökande och papperslösa kan registreras utan personnummer i registret. Vårdtillfällen som saknar personnummer på grund av bestämmelser i förordning (2001:707) om patientregister har exkluderats från analysen. Dessutom kan personnummer och samordningsnummer saknas även vid andra vårdkontakter (turister och andra EU-medborgare samt vårdkontakter där individen varit medvetlös eller inte velat uppge personnummer). Gruppen nyanlända kan i denna analys omfatta andra grupper av nyanlända än nyanlända flyktingar. Beräkningarna kommer därför sannolikt att vara en överskattning av konsumtionen av sluten och öppen specialiserad vård för asylsökande, papperslösa och nyanlända flyktingar.

Analysen omfattar vårdtillfällen för olika diagnosgrupper (ICD-10-kapitel) under perioden 2009–2014, dels för slutenvården, dels för den öppna specialiserade vården.

Tabell 8 visar andelen vårddagar som utgjordes av gruppen personnummerslösa och nyanlända för perioden 2009–2014. För de flesta diagnosgrupperna, både inom slutenvården och öppenvården, stod gruppen för en andel på mellan 1 och 3 procent av den totala vårdvolymen. De diagnosgrupper som utmärker sig gentemot de övriga är främst de som berör förlossningsvården samt infektions- och parasitsjukdomar.

Tabell 8. Andelen av totala antalet vårddagar som utgörs av personnummerslösa eller vårdtillfällen med inflyttningsdatum inom två år

Avser perioden 2009–2014. Benämningar på diagnosgrupper enligt ICD-10.

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

Källa: Patientregistret.

Preliminär analys av läkemedelsregistret

Asylsökandes konsumtion (uthämtning) av receptförskrivna läkemedel kan på liknande sätt uppskattas i relation till samtliga uthämtade läkemedel genom en analys av läkemedelsregistret. Asylsökande identifieras även här ungefärligt som de individer som saknar personnummer i registret. I läkeme-

delsregistret saknas dock information om invandringsdatum, och därför kan de nyanländas receptuttag inte studeras.

Analysen baseras på andelen uthämtade DDD (definierad daglig dygnsdos enligt WHO:s definition), per läkemedelsgrupp och personnummerstatus, för perioden 2009–2014. Under perioden uthämtades ca 30 miljarder förskrivna DDD, varav ca 68 miljoner av personnummerslösa. Mängden motsvarar en andel på 0,22 procent av det totala antalet DDD. För de flesta läkemedelsgrupper låg andelen kring 0,1–0,4 procent men för några få läkemedelsgrupper utmärker sig andelen. Tabell 9 visar de tio läkemedelsgrupper där de personnummerslösa, relativt sett, gjorde flest uttag av förskrivna DDD.

Tabell 9. Andelen av totala antalet DDD (definierad daglig dygnsdos) som utgörs av receptuttag av personnummerslösa

Perioden 2009–2014.

Läkemedelsgrupp	Andel (%)
J04 Medel mot mykobakterier	9,2
D01 Svampmedel för utvärtes bruk	7,2
A14 Anabola steroider för systemiskt bruk	4,0
J05 Virushämmande medel för systemiskt bruk	3,1
P02 Medel vid maskinfektion	2,0
D11 Övriga dermatologiska medel	1,9
R02 Medel vid sjukdomar i strupe och svalg	1,5
G01 Antiinfektiva och antiseptiska medel för gynekologiskt bruk	1,3
A08 Antiobesitasmiddel, exkl. dietprodukter	0,9
J01 Antibakteriella medel för systemiskt bruk	0,8

Källa: Läkemedelsregistret.

Precis som infektions- och parasitsjukdomar utmärkte sig i analysen av vårdtillfällen i patientregistret, blir det tydligt att de relativt sett vanligaste läkemedelsgrupperna bland de personnummerslösa var de mot infektionssjukdomar. Absolut tydligast är det för *J04 Medel mot mykobakterier*, dvs. läkemedel mot tuberkulos. För denna läkemedelsgrupp stod de personnummerslösa för ca 9 procent av det totala antalet DDD.

Slutsats

Asylsökande och nyanlända kan inte helt entydigt identifieras i patientregistret eller läkemedelsregistret, och tandhälsoregistret saknar helt uppgifter för asylsökande. Detta innebär begränsningar i att utnyttja dessa register för att belysa gruppernas vårdkonsumtion över tid och i relation till övriga befolkningens.

Den preliminära analys som Socialstyrelsen har genomfört utifrån ett ungefärligt urval i patientregistret och läkemedelsregistret, tyder på att vissa diagnos- och läkemedelsgrupper kan vara vanligare bland asylsökande och nyanlända jämfört med andra grupper i befolkningen. Det gäller t.ex. infektionssjukdomar som tuberkulos. Resultaten måste dock tolkas med försiktighet.

Samkörning av Socialstyrelsens hälsodataregister med befolkningsregister skulle kunna möjliggöra en förfinad analys av vårdkonsumtion över tid för

olika grupper som tidigare har migrerat till Sverige. Detta skulle kunna bidra med värdefull 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 är inte planerad inom ramen för detta regeringsuppdrag, på grund av den korta tiden för uppdraget. Folkhälsomyndigheten har dock bjudit in Socialstyrelsen, SKL och Västra Götalandsregionen till diskussioner för att planera en sådan analys.

Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande – nuläge mars 2016

Omfattning

Bedömningen av hur hälso- och sjukvården och tandvården i nuläget (mars 2016) är påverkad p.g.a. flyktingsituationen som redovisas i detta kapitel präglas främst av vårdens akuta påverkan på grund av tillströmningen av asylsökande. Till slutrapporten kommer Socialstyrelsens analys i högre utsträckning att belysa även hur vården kan tillhandahålla vård till papperslösa och nyanlända, samt hur vårdbehovet i berörda grupper kan mötas på längre sikt.

Nulägesbilden innehåller inte någon bedömning av läget inom elevhälsan. Elevhälsan kommer att inkluderas i viss utsträckning inom ramen för slutrapporteringen av uppdraget.

Nulägesbilden inkluderar den påverkan som vården upplever genom att hälsoundersökningar ska erbjudas alla asylsökande. För ytterligare information om hinder och möjliga lösningar för genomförandet av hälsoundersökningar hänvisas till delrapporten för regeringsuppdraget för hälsoundersökningar [28]. Även tolkbristen och dess effekter berörs här, men för ytterligare information hänvisas till rapporten för regeringsuppdraget om kartläggning av tillgång till tolkar [30].

Några landsting har fattat beslut om att erbjuda asylsökande och papperslösa vård i samma utsträckning som övriga befolkningen. I denna delrapport berörs inte detta vidare och inte heller landstingens syn på begreppet *vård som inte kan anstå*. I slutrapporteringen planerar Socialstyrelsen att belysa vilka landsting som har fattat lokala beslut om vård som erbjuds asylsökande och papperslösa.

Underlag

Nulägesbilden är baserad på den lägesrapportering [31] som Socialstyrelsen redovisade till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) i mars 2016. Lägesrapporten var ett svar på en hemställan från MSB med anledning av flyktingsituationen (MSB Dnr 2015-6710). Underlaget som Socialstyrelsen samlade in för lägesrapporten har analyserats ytterligare för detta uppdrag för att förtydliga och komplettera beskrivningen av påverkan på olika vårdverksamheter och med avseende på landstingens vidtagna åtgärder samt gällande konsekvenser för vården i stort. Underlaget består av

- information från alla landsting, i form av enkätsvar från landets länsstyrelser via MSB
- strukturerade intervjuer med beredskaps- eller flyktingsamordnare under mars 2016
- kompletterande bedömningar från chefläkare i 12 landsting under mars 2016.

Resultaten har också stämmts av med SKL:s samlade lägesbild som bl.a. har kommunicerats av landstingens flyktingsamordnare. Enkäten och intervjuerna har innehållit frågor om landstingens påverkansgrad (enligt MSB:s femgradiga skala från ingen till kritisk påverkan), dels övergripande för hela hälso- och sjukvården, dels för specifika verksamheter (primärvård, akut-sjukvård, barn- och mödravård, psykiatri och tandvård). Frågorna har även gällt behovet av resursförstärkning, effekter av påverkan, vilka åtgärder som hittills har vidtagits för att hantera påverkan av flyktingsituationen samt möjligheten att bedriva vård i ett ettårsperspektiv.

Sammanfattande nationell bild

Socialstyrelsen kan konstatera att hälso- och sjukvården och tandvården har blivit påverkad genom asylsökandes vårdbehov och den vård som asylsökande är berättigad till men även på grund av administrativa och praktiska hinder att utöva vård.

Många asylsökanden har omedelbara vårdbehov av olika slag, på grund av dålig tand- och munhälsa, graviditet, infektioner, trauma och andra tillstånd. Bristfällig kunskap om egenvård och det svenska hälso- och sjukvårdssystemet innebär också extra påfrestningar för bl.a. akutvården, ambulansvården, primärvården och tandvården. Tolkbehov och tolkbrist utgör stora hinder för vården, men innebär även risk för påverkan på patientsäkerheten och arbetsmiljöproblem för personalen. Dessutom vittnar vården om stora administrativa och praktiska hinder vid vårdkontakter med asylsökande, bl.a. när det gäller korrekta kontaktuppgifter, transporter till och från vården, svårigheter med registrering av hälsoundersökningar och uppföljning av vårdkontakter när asylsökande flyttar.

Socialstyrelsen konstaterar att läget inom hälso- och sjukvården i mars 2016 fortfarande är ansträngt, men att en stabilisering jämfört med december 2015 börjar märkas i flera landsting. Påverkansgraden i de flesta landsting bedöms som måttlig och några landsting har övervägt att gå över till normalläge. Ett fåtal landsting bedömer fortfarande påverkansgraden som betydande. Inom primärvården, tandvården och akutvården är situationen ansträngd men hanterbar. En påverkan ses även inom mödravården, barnhälsovården och barn- och vuxenpsykiatri. Ett ökat antal besök vid infektionskliniker har också noterats. Tillgång till tolkar är ett stort problem för de flesta landsting. Tillgång till tolkar eller tolktjänster är en förutsättning för att kunna genomföra hälsosamtal och andra vårdinsatser. Dessutom upplever många landsting att kvaliteten på de tolktjänster som förmedlas generellt har försämrats och befarar att detta kan komma att påverka patientsäkerheten.

Det är mycket tydligt att vården är tämligen ojämnt belastad både mellan landstingen, men även inom landstingen. För landsting med glest befolkade områden och små enheter inom primärvård och tandvård, i kombination med stora flyktingboenden, har flyktingsituationen inneburit en särskild tung påfrestning i jämförelse med tätbefolkade landsting med stora vårdenheter.

Inget landsting har hittills rapporterat att flyktingsituationen har orsakat konkreta patientsäkerhetsproblem. Flera patientsäkerhetsrisker har dock

identifierats, såsom kommunikationssvårigheter i samband med tolkbrist, hög belastning och stress för vårdpersonalen, ovana i svensk sjukvård vid vissa svåra eller ovanliga sjukdomstillstånd, längre väntetider för återbesök för kroniska sjukdomar, osäkerhet i fastställande av identiteter och risk för smittspridning.

De mest påverkade verksamheterna

Primärvården och asylsjukvården

Asylsjukvården, som är organiserad under primärvården i de flesta landsting, är ett ansträngt verksamhetsområde eftersom den genomför hälsoundersökningar av flyktingarna. Även övrig primärvårdsverksamhet som inte utför hälsoundersökningar är ansträngd eftersom asylsökande själva söker sig till vården. Påverkan på primärvården skiljer sig väldigt mycket i förhållande till lokalisering av boenden för asylsökande. Små vårdcentraler som ligger nära stora anläggningsboenden upplever ofta ett väldigt högt tryck, medan andra inte är påverkade alls. Vissa landsting rapporterar om en ökad mängd spontanbesök till primärvården, vilket försvårar det planerade arbetet. Specifikt omnämns hög påverkan på primärvårdens mottagningsverksamhet genom att vårdbehov hos asylsökande behöver bedömas.

De flesta landsting prioriterar barn och barnfamiljer vid hälsoundersökningar och de som aktivt söker sig till vården p.g.a. dålig hälsa. Vissa landsting beskriver att omfattningen av hälsoundersökningen begränsas och att vissa delar prioriteras, främst provtagning. Flertalet landsting har rapporterat om att hälsoundersökningar har fått senareläggas på grund av tolkbrist. Minskad tillströmning av asylsökande personer i kombination med nya rutiner och organisationsförändringar har bidragit till att väntetiderna för hälsoundersökningar har minskat i de flesta landsting och uppges vara upp till sex månader. Väntetiderna varierar dock kraftigt mellan vårdenheter inom landsting, beroende på lokaliseringen av boenden och hur vårdenheterna har valt att organisera uppdraget att genomföra hälsoundersökningarna.

En del landsting rapporterar att det är svårt att hinna med provtagning på asylsökande i önskad takt. Provtagningen i samband med hälsoundersökningar för asylsökande tar mer tid och resurser i anspråk än ”vanlig” provtagning, och en ökad belastning på klinisk kemi och mikrobiologi rapporteras från vissa håll.

Många landsting beskriver omfattande informationsinsatser, utöver den information som ges enskilt i samband med hälsosamtalet, riktade till asylsökande, boendepersonal, Migrationsverket och kommuner.

Mödra- och förlossningsvården

Mödravården är hårt ansträngd eftersom många asylsökande gravida inte har följts upp före ankomsten till Sverige och i hög utsträckning kommer till mödravården väldigt sent i graviditeten och ofta oanmälda. Detta har inneburit att många kontroller har behövt genomföras på kort tid. Vissa landsting rapporterar även om komplicerade förlossningar och att asylsökande i många

fall behöver stanna kvar längre på förlossningsavdelningarna p.g.a. svårigheter att komma på återbesök.

Barn- och ungdomshälsovården

Barnhälsovården (BVC) och barnmedicin har också noterat ett ökat antal vårdbesök. BVC påverkas genom vaccinationer till barn 0–5 år. Förlängda vårdtider på förlossnings- och neonatalavdelningarna har rapporterats på en del håll p.g.a. svårigheter att skriva ut mamma och barn till osäkra och oklara hemförhållanden. Ett ökat antal remisser för ovanliga medfödda sjukdomar har också noterats i flera landsting. Det stora antalet ensamkommande barn innebär en ökad påverkan genom mer krävande omvårdnadsinsatser, särskilt om inte någon god man följer med till vården.

Psykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri är generellt belastad genom fler besök och remisser. Ensamkommande barn har ofta komplexa psykosociala problem och behov av särskilda vårdinsatser. För barn med neuropsykiatriska problem är det även svårt att starta någon behandling eller habilitering eftersom barnet och familjen saknar fast boende. Vuxenpsykiatri är belastad i mindre utsträckning i de flesta landsting. Efterfrågan av handledning, framförallt till personal på boenden tas dock upp. Många landsting bedömer att behoven inom psykiatri för såväl barn som vuxna asylsökande kommer att öka.

Tandvården

Tandvården uppges vara hårt belastad, och allmänt krävs omfattande tandvårdsinsatser. Tandvården upplever ett vårdbehov hos asylsökande som inte har funnits i Sverige på flera decennier, såsom omfattande kariesangrepp, tandlossning och skadade tänder, som tandvården därför är ovan vid och inte organiserad för att hantera. Tandvårdsbehovet hos asylsökande ökar behovet av tandläkare. De flesta landsting har kunnat börja kalla asylsökande barn till tandvårdskontroller, men vissa landsting har ännu inte hunnit med detta p.g.a. att akuttandvård måste prioriteras. Även många vuxna asylsökande uppsöker akut tandvård på grund av den dåliga tandhälsan inom gruppen. Landstingen har också tagit upp att behovet av tolk är stort i tandvården. Många asylsökande har tandvårdsrädsla som kräver extra omhändertagande.

Akutsjukvården

Akutsjukvården är påverkad, men i minskande grad i takt med att fler asylsökande får information om hälso- och sjukvårdssystemet tidigare och därför i mindre utsträckning vänder sig till akutsjukvården eller kallar på ambulans för hälsoproblem som normalt sett skulle ha tagits om hand av primärvården eller genom egenvård. Detta är en positiv utveckling.

Infektions- och smittskyddsvården

I några landsting beskriver infektionsavdelningar en ökad belastning, och även platsbrist nämns till följd av fler fall av tuberkulos och ett ökat antal patienter med antibiotikaresistens. Några landsting nämner också extra påfrestning på grund av vanliga vinterinfektioner såsom influensa.

Smittskyddsenheter är främst påverkade genom ett ökat informationsbehov för att dämpa oron för smittspridning, och i flera landsting ingår smittskydd i de mobila team som åker ut till boenden. Information riktas till såväl de boende som personalen. Inom smittskyddsvården har man även noterat problemen med att kunna lämna provsvar till asylsökande, för att sedan kunna inleda korrekta behandlingar och därmed minska risken för smittspridning. Laboratorieprover tar tid och den asylsökande har ibland hunnit flytta, vilket medför svårigheter att förmedla provsvar och eventuella ytterligare vårdåtgärder.

Resurs- och kompetensbehov

Många landsting beskriver en mycket ansträngd resurssituation med personal- och kompetensbrist. I några landsting beskrivs resursbristen som kritisk eftersom den redan tidigare var hög och möjligheterna att rekrytera ny personal är små. Generellt vittnar landstingen om ett stort resursbehov till primärvården, tandvården, mödravården och psykiatrin. Några landsting tar också upp behovet av fler resurser till barnhälsovård och klinisk kemi. Det är störst brist på läkare, tandläkare, psykologer, barnmorskor, sjuksköterskor och tolkar. Men några landsting behöver även fler administrativa resurser.

Behov av att höja den transkulturella kompetensen hos hälso- och sjukvårds- och tandvårdspersonal nämns av flera landsting.

Landstingens åtgärder för att hantera situationen

Socialstyrelsens bedömer att påverkan på vården är stor men till övervägande del hanterbar genom de organisations- och resursförändringar som har skett eller påbörjats. De flesta landstingen har organiserat lednings- och samverkansgrupper som har träffats regelbundet för att hitta lösningar på utmaningarna och anpassa verksamheterna efter de ändrade förutsättningarna. Exempel på flexibla lösningar som visat positiva resultat är t.ex. mobila vårdteam, organisering av koncentrerade undersöknings- och vårdinsatser, hälsokommunikatörer som informerar om hälso- och sjukvårdssystemet och om hälsoundersökningar, samarbete med smittskyddsenheter som informerar på boenden och arbete för att få till stånd lokala trafikavtal för att möjliggöra transporter till och från vården.

Resursförstärkningar har gjorts på många håll genom att anställa extra timanställd personal och även pensionerad personal har rekryterats. Omfördelning av resurser och samverkan mellan vårdenheter har också varit aktuell på grund av den ojämna belastningen i många landsting, inom bl.a. asyl- och primärvården, mödravården och tandvården. Flera landsting beskriver åtgärder med extra arbete för personal på kvällar och helger. Utbildningsinsatser till personalen i transkulturell kompetens och om människor i kris har påbörjats i flera landsting. Initiativ för att ta tillvara på sjukvårdsutbildad kompetens hos asylsökande och nyanlända nämns också av flera landsting. Samverkan med hjälporganisationer, som Röda korset, tas upp av flera landsting som en stor tillgång för att underlätta för personalen.

När det gäller genomförandet av hälsoundersökningar så har många landsting valt att organisera verksamheten så att den är uppsökande, med positiva effekter. Vissa landsting har bildat stödteam för vårdcentraler som ligger i närheten av stora flyktingboende där belastningen är extra hög. Andra landsting har infört mobila team som åker ut till boenden för att genomföra hälsoundersökningarna på plats och informera om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Mobila team har visat sig vara en lyckad lösning. Även centralisering av hälsoundersökningar till en eller några särskilda mottagningar har visat sig ha positiva effekter, t.ex. att den personal som genomför undersökningarna utvecklar sin kompetens inom området. Landsting med stor decentralisering av hälsoundersökningarna förefaller ha större problem i nuläget, än de som har valt att centralisera undersökningarna till speciella mottagningar alternativt uppsökande enheter. Många landsting utnyttjar primärvårdslokaler under kvällar och helger för att genomföra hälsoundersökningar. För ytterligare förslag på åtgärder för att underlätta genomförande av hälsoundersökningar hänvisas till delrapporten för det regeringsuppdraget [28].

Tandvården i flera landsting har initierat förebyggande och uppsökande arbete genom mobila team som åker ut till boenden och informerar om tandhälsa och även delar ut tandborstar. Något landsting beskriver att svåra tandvårdsinsatser som kräver narkos har genomförts på helger. Förstärkning med en särskild akutmottagning har också införts i något landsting.

Inom mödravården finns exempel på extramottagning på kvällstid för att hinna med ordinarie verksamhet, som t.ex. cellprovtagning.

Första linjens psykiatrimottagningar har organiserats på flera håll för att möta upp det behov som identifieras genom hälsoundersökningar och avlasta öppenvårdspsykiatrin. Barn- och ungdomspsykiatrin ingår i mobila team i flera landsting, och på vissa håll har traumateam etablerats.

På flera håll mobiliseras egen flerspråkig personal för språkstöd när det inte går att få en tolk. Det förekommer också att landsting under en avgränsad period anställer tolkar i de mest efterfrågade språken för vården, främst inom akutmården och primärvården. För mer information se rapporten för uppdraget om tillgång till tolkar [30].

Konsekvenser för vården

Landstingen rapporterar samstämmigt att det stora vårdbehovet bland flyktingarna innebär att vissa vårdinsatser måste omprioriteras utifrån medicinsk prioritering och behovstyngd. Detta innebär främst konsekvenser i form av begränsad tillgänglighet och längre väntetider för planerad vårdverksamhet samt omprioritering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. I ett landsting har ett tidigare fattat beslut om att ge asylsökande och papperslösa samma vård som till övriga befolkningen fått anstå sedan hösten 2015.

Förutom flyktingarnas vårdbehov är det även andra omständigheter som bidrar till konsekvenser för vården i stort. Tolkbehov leder generellt till att besök tar längre tid och därmed att färre besök hinns med. Asylhälsan upplever många uteblivna besök, vilket leder till att vårdresurser utnyttjas

dåligt och påverkar tidsplaneringen för både hälsoundersökningar och övrig vård. Resursbrist och hög belastning på personal i många verksamheter utgör också hinder för såväl vården till asylsökande som övrig vård.

Primärvården har på många håll fått längre väntetider för samtliga vårdsökande, medan det på andra håll har inneburit längre väntetider för återbesök för kroniska sjukdomar.

Effekterna på tandvården är påtagliga på många håll, eftersom akuta behov hos asylsökande innebär att planerad tandvård inte kan ges som vanligt.

Inom mödravården har man sett konsekvenser av att asylsökande ofta kommer oanmälda, vilket har inneburit omprioriteringar för inskrivning och provtagning. Vissa landsting har behövt begränsa sina telefontider och sitt ordinarie arbete med mammagrupper. Även rutinmässiga gynekologiska undersökningar har tillfällig stoppats i vissa landsting för att hinna ikapp med provtagningar.

Inom barn- och ungdomspsykiatri har det rapporterats om att akuta bedömningar av asylsökande har fått konsekvenser för planerade besök i öppenvården samt för olika projekt som får vänta.

Några landsting har också rapporterat om konsekvenser för barn- och ungdomsmottagningar som utför hälsoundersökningar, med längre väntetider för planerad verksamhet som återbesök och utbildningar. Det finns också exempel på konsekvenser för barnhälsovården som har nedprioriterat hembesök till nyfödda och föräldrautbildningar.

Bedömd utveckling

Samtliga landsting anser att de kommer att kunna bedriva vården i samma omfattning som idag i ett ettårsperspektiv om inflödet av asylsökande kvarstår som under första kvartalet 2016. Flera landsting uttrycker dock att detta är mycket svårt att bedöma, och att påverkan framöver kommer att bero mycket på hur tillströmningen av asylsökande utvecklas. Även troliga förändringar i sammansättningen av gruppen, t.ex. fler kvinnor och barn, kommer att påverka. Om inflödet av asylsökande skulle öka igen kommer påverkansgraden att märkas.

I landsting med stor mottagning och etablering kommer påverkan även framöver att ligga på en hög nivå, eftersom behandlingsbehov som inte har uppmärksamats under hälsoundersökningar eller kunnat tillgodoses hittills, kommer att kvarstå. En ökning på längre sikt av insatsbehov inom psykiatri för såväl barn som vuxna asylsökande har särskilt lyfts som ett orosmoment för hälso- och sjukvården.

Landstingens analys- och planeringsarbete framåt

Alla landsting har, som redovisats ovan, vidtagit en rad åtgärder för att organisera verksamheten och mobilisera resurser för att kunna möta det akuta vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända. En fråga som är aktuell för detta uppdrag är om landstingen även har initierat något strukturerat analys- eller planeringsarbete för att identifiera och möta vårdbehovet framåt.

Socialstyrelsen gick i mars ut med en riktad fråga till alla landsting för att få en preliminär bild av pågående strukturerat planerings- och analysarbete. I denna delrapport ges en kortfattad beskrivning baserad på de inkomna svaren.

De flesta landstingen har svarat¹² att analys- och planeringsarbete har genomförts eller är pågående för att beskriva vårdbehovet eller vårdkonsumtionen hos berörda grupper. I några landsting har arbetet resulterat i publicerade rapporter som underlag för vidare arbete med att förbättra vårdens möjligheter att möta vårdbehovet hos dessa grupper. Innehåll och fokus för landstingens planeringsarbete varierar men omfattar bl.a.

- analys av vårdbehovet hos asylsökande, papperslösa och nyanlända
- plan för att hantera vårdbehovet hos asylsökande och nyanlända i olika vårdverksamheter på kort och lång sikt
- utredningsuppdrag för att tillvarata sjukvårdskompetens hos berörda grupper
- resultat av enkätundersökning om påverkan i alla verksamheter
- ekonomiska effekter av ökade migrationsströmmar
- gemensamt långsiktigt planeringsarbete med flera huvudmän
- inventering och planeringsarbete för att följa upp hälsoundersökningar och tandvårdsbehov
- samordningsfunktion för arbetet på sikt
- riskanalys samt handlings- och åtgärdsplaner
- strategi och handlingsplan för flyktingsituationen
- handlingsplan och översyn gällande asyl- och flyktingsjukvården med fokus på arbetssätt, ekonomi, organisation, folkhälsa och kommunikation
- analys av vårdkonsumtionen hos nyanlända jämfört med övriga befolkningen, samt av vårdbehovet och befolkningsökningen framåt
- åtgärdsplan för att fördela statliga medel för vård till asylsökande.

De publicerade rapporter som Socialstyrelsen hittills har tagit del av från några landsting presenteras här. Slutrapporteringen av uppdraget kommer att beskriva innehållet i dessa och ge en fördjupad bild av landstingens planeringsarbete på längre sikt för att tillhandahålla vård till berörda grupper.

¹² Underlag från 15 landsting. I 12 landsting har planeringsarbete genomförts eller pågår.

- Region Örebro län: *Plan för hur Region Örebro Län ska hantera flyktingsituationen* (2016-03-15) [32]
- Landstinget Sörmland: *Behovsanalys Asylsökande, nyanlända och papperslösa. Kartläggning och analys av gruppens behov av hälso- och sjukvård* (2015-12-15) [33]
- Region Östergötland: *Sammanställning efter enkätundersökning. Analys gällande påverkan i verksamheterna i RÖ med anledning av flyktingströmmen* (2016-03-04) [34]
- Stockholms läns landsting: *Effekter på Stockholms läns landsting av ökade migrationsströmmar* (2015-12-07) [35]
- Landstinget i Kalmar län: *Handlingsplan. Tandvård för asylsökande och kommunplacerad barn och ungdomar* (2015-11-24) [36]

Genomförande slutrapport

Genomförandet för uppdragets slutrapport har, med utgångspunkt i nuläget som redovisats i denna delrapport, fokus på fördjupade analyser av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens förmåga att tillhandahålla vård till berörda grupper framåt.

Planerad omfattning av uppdraget under april–september:

- En fördjupad analys av landstingens arbete med planering och organisation för att möta berörda gruppers behov av hälso- och sjukvård och tandvård, samt eventuella effekter för vården i stort.
- En fördjupad analys av utmaningar, möjligheter och behov av förändringar av vården inom de mest berörda vårdområdena (primärvården, barnhälsovården, psykiatri, mödravården, tandvården och infektionsvården).
- En analys av konsekvenser för vården till berörda grupper ur ett jämställdhetsperspektiv.
- En belysning av förslag på förändringar av hälso- och sjukvården och tandvården på kort och lång sikt.
- En belysning av möjligheter och framgångsfaktorer p.g.a. ökad tillströmning av berörda grupper.
- Förslag på ytterligare analyser utöver vad som ryms inom detta uppdrag.

Planerat tillvägagångssätt:

- Strukturerade telefonintervjuer med alla landsting för att samla in underlag om deras planer för att möta berörda gruppers behov av hälso- och sjukvård och tandvård på sikt och konsekvenser för vården i stort.
- Intervjuer på plats i ett urval av landstingen, samt telefonintervjuer med Folktandvården för att samla in underlag om påverkan och åtgärder för att möta vårdbehovet på sikt för de mest berörda verksamheterna (primärvården, barnhälsovården, psykiatri, mödravården, infektionsmottagningarna och tandvården).
- Workshoppar med representanter för verksamheter för de mest berörda vårdområdena samt möte med representanter från civilorganisationer, kompetenscentrum och forskare på migranthälsa. Detta för att göra en fördjupad analys av utmaningar och möjligheter samt för att identifiera förslag på förändringar av sjukvårdssystemet på kort och lång sikt, för att hantera behovet inom de mest berörda vårdområdena (barnhälsovården, psykiatri, tandvården och mödravården).

Referenser

1. Sveriges Kommuner och Landsting. Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända - Rapport till Socialdepartementet efter Regeringsbeslut S2015/06414/FS. Stockholm; 2016.
2. Migrationsverket. ordförklaringar. 2016. Hämtad 2016 14/3 från: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Ordforklaringar.html>
3. Riksrevisionen. Statliga insatser för nyanlända invandrare. Stockholm; 2006. Report No.: 31-2005-0768.
4. Nilsson, Å. Efterkrigens invandring och utvandring Stockholm: SCB, Enheten för demografisk analys och jämförbarhet; 2004.
5. Folkhälsoinstitutet. Invandras hälsa och sociala förhållanden - Underlag till folkhälso- och socialrapport 1994 och social rapport 1994. Stockholm: Socialstyrelsen; 1995.
6. Migrationsverket. Verksamhets- och utgiftsprognos Februari 2016. Stockholm; 2016.
7. Socialstyrelsen. Papperslösa. Social Rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. s. 313.
8. Statskontoret. Vård till papperslösa - Slutrapport av uppdraget att följa upp lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Stockholm; 2016.
9. 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.
10. Ager, A. Mental health issues in refugee populations: a review. Edinburgh: Harvard Medical school, Department of Social Medicine; 1993. s. 36.
11. Ekblad, S. Upplevd ohälsa hos vuxna asylsökande. I: Fryklund B; Lundberg A, red. Asylsökande i Sverige - ett rättsäkert och värdigt mottagande för barn och vuxna? Malmö: Malmö Institute for Studies of Migration, Diversity and Welfare (MIM) and Department of International Migration and Ethnic Relations (IMER). 2009. s. 170-92.
12. Davies, AB, Anna; Frattini, Chiara. Migration: A social Determinant of the Health of Migrants. Brussels: IOM International Organization for Migration 2009.
13. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter : ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
14. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. & Ventevogel, P. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. . Geneva; 2015.
15. Folkhälsomyndigheten. Människor på flykt, en vägledning om smittskydd till hälso- och sjukvården. Östersund; 2015.
16. Jensen, NK, Norredam, M, Priebe, S, Krasnik, A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health

- problems? A qualitative study from Denmark. *BMC family practice*. 2013; 14:17.
17. Kalengayi, FK, Hurtig, AK, Nordstrand, A, Ahlm, C, Ahlberg, BM. 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global health action*. 2015; 8:27903.
 18. Nielsen, SS, Norredam, M, Christiansen, KL, Obel, C, Hilden, J, Krasnik, A. Mental health among children seeking asylum in Denmark-- the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2008; 8:293.
 19. Wangdahl, J, Lytsy, P, Martensson, L, Westerling, R. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. *BMC public health*. 2015; 15:1162.
 20. Hjern, A. Migration and public health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. *Scandinavian journal of public health*. 2012; 40(9 Suppl):255-67.
 21. Hollander, AC, Bruce, D, Ekberg, J, Burstrom, B, Borrell, C, Ekblad, S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *International journal of epidemiology*. 2012; 41(4):1153-61.
 22. Bradby, H, Humphris, R, Newall, D, Phillimore, J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region: World Health Organization; 2015.
 23. Klefbom, C. Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008. Stockholm: Transkulturellt centrum, Stockholms läns landsting; 2007.
 24. Davidson, N, Skull, S, Calache, H, Murray, SS, Chalmers, J. Holes a plenty: oral health status a major issue for newly arrived refugees in Australia. *Australian dental journal*. 2006; 51(4):306-11.
 25. De Vito, EdW, C; Lucia Specchia, M; Ricciardi, W. . Public health aspects of of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen; 2015.
 26. Hallas, P, Hansen, AR, Stæhr, MA, Munk-Andersen, E, Jorgensen, HL. Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: a retrospective study from Denmark. *BMC public health*. 2007; 7(1):1-6.
 27. Laban, CJ, Gernaat, HB, Komproe, IH, De Jong, JT. Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007; 42(10):837-44.
 28. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten. Delrapportering av regeringsuppdrag Stöd till genomförande av hälsoundersökningar. Stockholm; 2016.
 29. Sveriges Kommuner och Landsting. Hälsa- och sjukvård åt asylsökande under år 2014. Stockholm; 2015.
 30. Socialstyrelsen. Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården kartläggning 2016. Stockholm; 2016.
 31. Socialstyrelsen. Bedömning av läget inom hälso- och sjukvården i landet. Stockholm; 2016.
 32. Region Örebro län. Plan för hur Region Örebro län ska hantera flyktingsituationen 2016.
 33. Landstinget Sörmland. Behovsanalys Asylsökande, nyanlända och papperslösa - Kartläggning och analys av gruppens behov av hälso- och sjukvård 2015.

34. Region Östergötland. Sammanställning efter enkätundersökning - Analys gällande påverkan i verksamheterna i RÖ med anledning av flyktingströmmen; 2016.
35. Stockholms läns landsting. Effekter på Stockholms läns landsting av ökade migrationsströmmar - kort sikt, 2015. Stockholm; 2015.
36. Landstinget i Kalmar - Folktandvården. Handlingsplan - Tandvård för asylsökande och kommunplacerade barn och ungdomar 2015.

Bilaga 1. Deltagare i referensgruppen

Civila organisationer

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

Verksamheter inom hälso- och sjukvård och tandvård

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

Forskare

- Anna-Clara Hollander, med.dr. vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet. Forskning inom området för psykisk ohälsa och dödlighet bland utrikesfödda och flyktingar.
- Hannah Bradby, professor vid Sociologiska institutionen och Institutionen för kvinnor och barns hälsa, internationell mödra- och barnhälsovård (IMCH), Uppsala universitet. Forskning inom området för sociologi, hälsa och sjukdom med inriktning mot mångfald, etnicitet, genus och migration.
- Petter Tinghög, fil.dr. vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och Avdelningen för Medicin och Folkhälsa, Röda Korsets Högskola. Forskning inom området för migration och hälsa.
- Solvig Ekblad, adjungerad professor vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska Institutet. Forskning inom området för transkulturell psykologi.