



Screening av psykisk ohälsa med Refugee Health Screener

– en uppföljning från Region Stockholm

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

Referera till rapporten enligt: Delilovic S, Hagström A, Shedrawy J, Lönnroth K. Screening av psykisk ohälsa med Refugee Health Screener – en uppföljning från Region Stockholm. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:2.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.slso@sll.se

Rapport 2020:2

ISBN 978-91-87691-65-2

Författare: Sara Delilovic, Ana Hagström, Jad Shedrawy, Knut Lönnroth

Stockholm februari 2020

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Närmare 68 miljoner människor världen över befinner sig på flykt undan förföljelse, krig och konflikter. Historiskt sett är det den högsta siffran sedan andra världskriget. Krig och krigets konsekvenser utgör ett stort hot mot människors liv och hälsa och de senaste årens flyktingströmmar har inneburit ökade utmaningar för många samhällssektorer, inte minst för hälso- och sjukvården.

Asylsökande och nyanlända är utsatta grupper med särskilda behov. Hälsa är en mänsklig rättighet och en förutsättning för framgångsrik etablering för individen och för att samhället ska kunna tillvarata migrationens utvecklingseffekter. Både de levnadsförhållanden som ligger bakom flykten och flyktprocessen i sig, är förknippade med betydande hälsorisker. Det är därmed angeläget att hälso- och sjukvårdsbehov bland gruppen tillgodoses.

Sveriges regioner ska erbjuda asylsökande en frivillig hälsoundersökning samt informera och underlätta tillgången till hälso- och sjukvård. Tidigare studier har visat på stor variation kring genomförandet av hälsoundersökningar och brist på standardiserade metoder för att adressera psykisk hälsa.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm har därför gett Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i uppdrag att införa och introducera ett nytt arbetssätt för att underlätta tidig upptäckt av psykisk ohälsa genom screening.

I denna rapport redovisas förekomst av psykisk ohälsa mätt med instrumentet Refugee Health Screener i olika undergrupper samt vårdpersonalens upplevelser av det nya arbetssättet.

Vi hoppas att rapporten ska inspirera och bidra till fortsatt utveckling av hälso- och sjukvårdsinsatser för asylsökande och nyanlända.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Bakgrund	6
Syfte.....	10
Metod	11
Kvantitativ ansats.....	11
Kvalitativ ansats	12
Resultat	14
Kvantitativa resultat.....	14
Kvalitativa resultat	21
Diskussion	27
Slutsats och vägen fram	31
Referenser	32

Bakgrund

Närmare 68 miljoner människor världen över befinner sig på flykt undan förföljelse, krig och konflikter. Historiskt sett är det den högsta siffran sedan andra världskriget, och hälften av dessa flyktingar är barn. Krig och krigets konsekvenser utgör ett stort hot mot människors liv och hälsa, och de senaste årens ökning av människor som tvingats på flykt har inneburit ökade utmaningar för hälso- och sjukvården i Sverige (1). Behovet av bättre insatser för nyanlända och asylsökande har betonats, särskilt kring psykisk hälsa (1–4). Enligt Socialstyrelsen uppskattas mellan 20 och 30 procent av de asylsökande flyktingarna som kommer till Sverige lida av psykisk ohälsa (1, 5).

Vem är flykting, asylsökande, kvotflykting eller nyanländ?

Enligt FN:s flyktingkonvention är en flykting ”en person som befinner sig utanför sitt hemland på grund av en välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religion, politiska uppfattning eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp, och inte kan eller, på grund av sin fruktan, inte vill begagna sig av sitt hemlands skydd”.

En person som söker skydd i Sverige är asylsökande (6). En asylsökande bedöms inte alltid som flykting eftersom endast personer som flyr på grund av flyktingskäl räknas som flyktingar.

Vidarebosatta flyktingar via FN:s flyktingorgan, så kallade kvotflyktingar, är utländska medborgare som före ankomst till Sverige blivit beviljade uppehållstillstånd genom ett kvotssystem för särskilt utsatta flyktingar (7). Kvotflyktingar har samma rättigheter som övriga medborgare.

Nyanlända personer är personer som fått sitt ärende beviljat och erhållit uppehållstillstånd i Sverige.

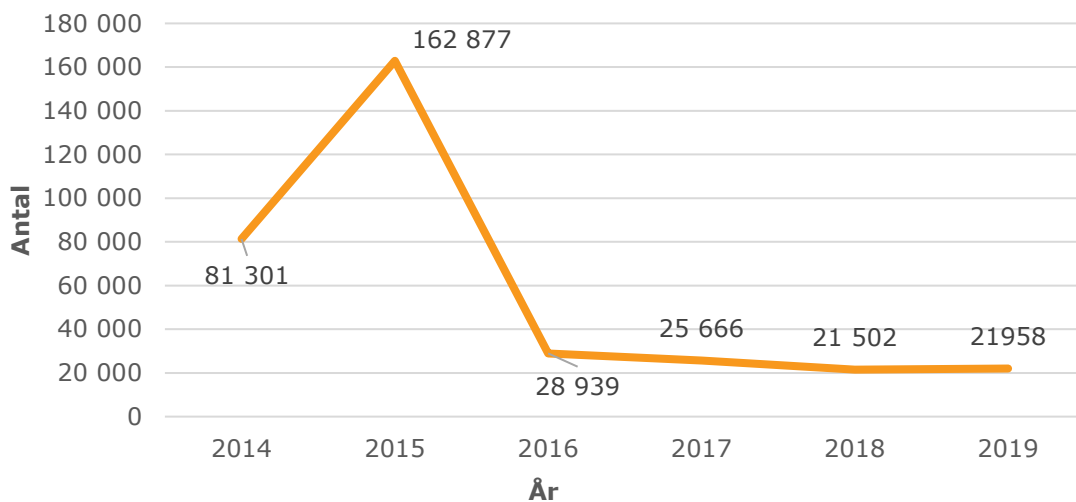
Asylsökande och kvotflyktingar i Sverige

År 2015 ansökte 162 877 människor om asyl i Sverige. Det var en fördubbling jämfört med året innan. Under 2016 minskade antalet asylsökande till 28 939 stycken, och har sedan dess varit ungefär detsamma (se figur 1). År 2019 tog Migrationsverket emot 21 958 asylansökningar (8).

De största grupperna asylsökande som kom till Sverige under 2015–2017 var medborgare från Syrien, Afghanistan, Irak, Somalia och Eritrea. Under perioden 2018–2019/2020 var de flesta medborgarna från Syrien, Iran, Irak, Uzbekistan och Georgien (8).

Antalet kvotflyktingar som kommer till Sverige avgörs av regeringen, och antalet länge var cirka 1 900 personer. År 2019 har den siffran ökat till cirka 5 000 personer (9).

Inkomna ansökningar om asyl, Sverige, 2014–2019



Figur 1. Antal inkomna ansökningar om asyl i Sverige 2014–2019.

Migration och hälsa

Asylsökande och nyanlända är utsatta grupper med särskilda behov. Skyddsbehovet är det primära, följt av behovet av en värdig och effektiv etablering i det nya hemlandet. Migrationsprocessens olika faser kan innebära påfrestningar och ha påverkan på individens psykiska och fysiska hälsa. Migranter, i synnerhet asylsökande, är generellt en sårbar grupp som ofta löper högre risk än normalbefolkningen att drabbas av ohälsa som en följd av sina erfarenheter före flykten, under flykten och av mottagandet i värdlandet (5, 10–12).

Flera studier visar på migrationens negativa inverkan på den psykiska hälsan, till följd av traumatiska händelser som krig, tortyr, tvingad fattigdom och flykt, samtidigt som en utdragen process för asyl eller flyktingstatus ökar risken ytterligare för psykisk ohälsa. Det finns också indikationer på att asylsökande erhåller mindre sjukvård och att de har ett annorlunda vårdkonsumtionsmönster än majoritetsbefolkningen (13, 14). Det är därför angeläget att hälso- och sjukvårdsbehov hos asylsökande tillgodoses tidigt efter ankomst.

Hälsoundersökningen

Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en hälsoundersökning. Hälsoundersökningen är utformad enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar av asylsökande med flera (SOSFS 2011:11) (15). Hälsoundersökningen är frivillig och syftet är att identifiera eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder, samt att informera om tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård i Sverige. Hälsoundersökningen omfattar ett samtal om den undersöktes hälsa med fokus på tidigare och nuvarande hälsotillstånd, vaccinationsstatus och smittorisk. En del av samtalet ska handla om hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation och traumatiska upplevelser. Om hälsoundersökningen visar på ett vårdbehov som inte kan vänta ska den undersökte remitteras eller hänvisas till en annan vårdgivare för ytterligare medicinsk bedömning och eventuell behandling.

I Region Stockholm har sju vårdcentraler ett särskilt uppdrag att genomföra hälsoundersökningen med asylsökande och nyanlända. Mellan 1 januari och 31 december 2018 genomfördes sammanlagt 2 086 hälsoundersökningar på de två kliniker som ingår i den här studien (974 respektive 1 139 stycken). Under samma period år 2019 genomfördes 2 917 hälsoundersökningar (1 205 respektive 1 712 stycken) (16).

Vidareutveckling av hälsoundersökningen

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) genomförde under 2017 en studie kring hälsoundersökningarnas täckningsgrad, innehåll och effekter inom Region Stockholm. Resultaten visade dels på ett behov av att vidareutveckla rutiner, riktlinjer och praxis för genomförandet av hälsoundersökningen, och dels på ett behov av flera kompetenshöjande insatser – särskilt kring psykisk ohälsa. Vid tillfället när studien genomfördes användes olika samtalsmallar vid olika vårdcentraler, vilket ledde till en variation kring hur uppdraget genomfördes. Vidare visade studien att det inte fanns några standardiserade metoder för att adressera psykiska hälsa (2).

Som ett led i förbättringsarbetet fick CES i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) att introducera och utvärdera ett nytt arbetssätt för att underlätta tidig upptäckt av psykisk ohälsa genom screening och systematisering av journaldokumentation. Studien som presenteras i den här rapporten görs som en del av ett kvalitets- och utvecklingsarbete.

Screening av psykisk ohälsa med Refugee Health Screener

Ett steg i utvecklingsarbetet med hälsoundersökningen är att introducera en skattningsskala eller ett instrument för att möjliggöra tidig identifiering av psykisk ohälsa. I USA har man utvecklat The Refugee Health Screener (RHS-15) som är ett validerat screeninginstrument anpassat för flyktingpopulationer. RHS-15 är speciellt framtaget för att identifiera och fånga upp individer som lider av, eller löper risk för att utveckla psykisk ohälsa (17). Screeninginstrumentet är inte ämnat för att ställa diagnos, utan används för att identifiera symtom på depression, ångest och traumareaktioner. Instrumentet består av 15 frågor. Fråga 1 till 14 fokuserar på fysiska och psykiska symtom och mäts på en fyrgradig ordinär skala där 1 är lika med inga besvär till 4 är lika med extrema besvär. Fråga 15 avser att mäta eller uppskatta ångest via en så kallad ”distress thermometer” på en barometerliknande tiogradig skala där 0 innebär ingen ångest och 10 innebär extrem ångest (17).

Eftersom många flyktingar som fyllt i RHS-15 upplevt de två sista frågorna som komplicerade och tidskrävande att besvara har instrumentet testats med enbart 13 symtomfrågor. Det har visat sig fungera väl både vad gäller skalans sensitivitet och specificitet (18). I studien ”Assessing severity of psychological distress among refugees with the Refugee Health Screener” av Bjärtå med flera har man därför valt att testa RHS-13 på drygt 500 asylsökande i Sverige, tillsammans med andra validerade instrument. Utifrån resultaten har man gjort en differentiering av gränsvärdena där 1–11 poäng motsvarar lättare symtom på psykisk ohälsa, 12–18 poäng innebär moderata symtom och 19–25 poäng motsvarar svåra symtom (19). Instrumentet finns översatt till 17 språk och tar 5–15 minuter att administrera. Instrumentet lämpar sig till alla i åldern 14 år och äldre.

RHS-13 och åtgärdsförslag vid psykisk ohälsa

På CES har vi i den här studien använt oss av RHS-13, samt ovan nämnda gränsvärden för att differentiera mellan symtom på mild, medelsvår och svår psykisk ohälsa.

Inför införandet av RHS-13 utformades åtgärdsförslag vid symtom på psykisk ohälsa (kopplade till RHS-13-resultat) för att säkerställa ett standardiserat sätt att erbjuda patienter som är i behov rätt vård i tid. Åtgärdsförslagen var inte obligatoriska, och skulle tillämpas som hjälpmedel vid vidareremittering eller planering av vård. Följande åtgärdsförslag gavs för respektive gränsvärde:

- 1–11 poäng: Erbjud eller boka in ett uppföljningsbesök eller stödsamtal hos sjuksköterska som har rätt kompetens (t ex motiverande samtal (MI) eller erfarenhet av psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända).
- 12–18 poäng: Boka, i samråd med patienten, in stödsamtal hos psykolog, psykoterapeut, kurator eller vid första linjens barnpsykiatri.
- 19–25: Boka in ett läkarbesök för djupare sjukdomshistoria och kompletterande bedömning samt diagnostik, och till psykolog eller kurator för stödsamtal.

I den här rapporten redovisas resultaten av uppföljningen, i kvalitativ och kvantitativ form.

Syfte

Den här studien syftar till att utvärdera och följa upp utvecklingen av ett nytt arbetssätt för att främja psykisk hälsa inom ramen för befintliga insatser för asylsökande och nyanlända. Studien består av en kvantitativ del och en kvalitativ. Den kvantitativa delen inbegriper uttag av journaldata med fokus på kartläggning av förekomst av psykisk ohälsa mätt med RHS-13 samt vårdbehov och vårdutnyttjande. Den kvalitativa studiens huvudsakliga fokus är att identifiera faktorer som främjar eller försvårar införandet av nya arbetssätt för tidig identifiering av psykisk ohälsa.

Metod

Etikansökan

En etikansökan för projektet godkändes av den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr: 2019–01408).

Kvantitativ ansats

Vid hälsoundersökningar av nyanlända används journalmallen ”Hälsosamtal för nyanlända i Sverige”. Mallen har vidareutvecklats av ett team på CES i samverkan med personal från asylmottagningarna inom Region Stockholm. Bland annat har man gjort tillägg avseende psykisk ohälsa. Ansökan om tillägg och ändring i nuvarande mall gjordes via TakeCare-förvaltningen inom Region Stockholm. TakeCare är benämningen på det journalsystem som används för dokumentation. Efter att ansökan godkänts integrerades nya söktermer i mallen ”Hälsosamtal för nyanlända i Sverige” i journalsystemet TakeCare. Initialt genomfördes en pilot under en månad våren 2018 för att testa arbetssättet, och därefter gjordes mindre förändringar.

Den här studien fokuserar på de första sex månaderna av införandet av det nya arbetssättet på två vårdcentraler inom Region Stockholm. Övriga vårdcentraler har inte ännu påbörjat implementeringen.

Procedur för uttag

Journaldata togs ut vid respektive vårdcentral och avidentifierades före analys. I utvärderingsteamet ingick en legitimerad sjuksköterska som har erfarenhet av att utföra hälsoundersökningar samt är väl införstådd i den sekretessprocedur som föreligger vid uttag av journaldata. I ett tecknat avtal med respektive verksamhetschef på vårdcentralerna gjordes en överenskommelse med godkännande om uttag av patientdata från patientjournalen.

Initialt inhämtades rådata på individnivå med reservnummer eller personnummer från VeraAsyl Hälsoplan på respektive vårdcentral. VeraAsyl Hälsoplan är ett system för att underlätta administrationen kring kallelser av asylsökande till hälsoundersökningar och tandvårdskontroller. Sedan gjordes en manuell sökning i journalsystemet TakeCare på alla, 14 år och äldre, som genomfört en hälsoundersökning under studieperioden. Sökningen gjordes med ett reservnummer eller personnummer för dataextraktion. Ett reservnummer är ett tillfälligt nummer som används för att kunna identifiera en patient vid vårdokumentation när personnummer eller samordningsnummer saknas eller är okänt.

En avidentifierad databas skapades där varje individ fick ett unikt löpnummer. Kodnyckeln finns bevarad på klinikernas interna hårddiskar. För samtliga personer som har gjort en hälsoundersökning gjordes en journalgenomgång med fokus på RHS-13 (totalt värde), sociodemografiska variabler (kön, ålder, ursprungsland) samt remittering till egen eller annan vårdgivare. Alla data som presenteras är avidentifierade, presenteras på aggregerad nivå och avser perioden 1 oktober 2018 till 31 mars 2019.

Statistisk bearbetning

Den sociodemografiska sammansättningen presenteras i antal och procentandelar. För att avgöra om det fanns statistiskt signifikanta, det vill säga inte slumpmässiga, ($p < 0,05$) skillnader mellan olika grupper användes Chi-Square-test. Symtom på psykisk ohälsa

mätt med RHS-13 redovisas separat uppdelat efter kön, migrationsstatus, ålder och ursprungsland.

Variablerna kategoriseras enligt följande:

- Kön: Man, kvinna.
- Migrationsstatus: Asylsökande, kvotflykting, anhörig och annan. Anhöriga och annan (papperslösa eller ej definierade) har kombinerats till en grupp eftersom grupperna var alltför små för att redovisas separat.
- Ålder: 14–25, 26–35, 36 och äldre.
- Ursprungsland: Presenteras i två olika former:
 - BNP-gruppering (låginkomst, lägre medelinkomst, övre medel- eller höginkomst). Gruppen övre medel- och höginkomst har slagits samman eftersom det endast var sex individer i gruppen höginkomst. BNP är ett mått på den totala ekonomiska aktiviteten i ett land och det finns ett samband mellan BNP per capita och mått på levnadsstandard och hälsa (20).
 - Gruppering efter ursprungsland där 20 eller fler individer deltagit i screening (Syrien, Eritrea, Iran, Uzbekistan, Colombia, Afghanistan, Nicaragua, Peru samt alla andra länder sammansatta till en grupp). Sammanlagt ingick 73 stycken ursprungsländer, vilket var för många för att redovisa separat.

Vidare har utfallsvariabeln *symtom på psykisk ohälsa mätt med RHS-13* klassificerats som en ordinal och en nominal variabel. Den ordinala variabeln har baserats på gränsvärden för symtom på mild (11–17), medelsvår (18–24) och svår psykisk ohälsa (25 eller högre) och den nominala visar två kategorier av psykisk ohälsa, ingen psykisk ohälsa (0–11) eller psykisk ohälsa (11–52).

Kvalitativ ansats

Intervjuguiden utvecklades för att besvara uppföljningens syfte. Frågeställningarna fokuserade främst på upplevd nytta samt faktorer som främjar eller försvårar införandet av det nya arbetssättet med tidig identifikation av psykisk ohälsa.

Under våren 2019 genomfördes semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal som använde RHS-13 under projektperioden, och under hösten samma år intervjuades andra involverade i asylmottagningarna vid vårdcentralerna (kurator, psykolog, läkare och verksamhetschefer). Fokus låg på för- och nackdelar med det nya arbetssättet.

Sammanlagt intervjuades nio informanter av tre medarbetare på CES, varav två är rapportförfattare. Intervjuerna skedde på informanternas respektive arbetsplats. Alla intervjupersoner blev informerade i förväg både skriftligt och muntligt om syftet med intervjuerna samt att det var frivilligt att delta. Informerat samtycke medgavs muntligt och skriftligt. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant.

Analys av intervjumaterial

Textmaterialet som sparades i säkra datafiler lästes flera gånger för att få en djupare förståelse för innehållet. Läsningen var explorativ och förutsättningslös där mönster ur materialet växte fram successivt, och där analysen gjordes i förhållande till studiens frågeställningar. Vid bearbetning av textmaterialet användes en deskriptiv innehållsanalys (21, 22) för att öka förståelsen för vilka faktorer som påverkar

implementeringen och för att belysa likheter och skillnader. Det bör understrykas att intervjuvaren är upplevelser, uppfattningar och erfarenheter – inte ”objektiva sanningar”. Citaten representerar intervjumaterialet och är ordagrant återgivna med undantag för halvfärdiga meningar och där utfyllnadsord som ”liksom” och liknande har tagits bort för att skapa tydlighet.

Resultat

Kvantitativa resultat

Sociodemografisk bakgrund bland de som gjort hälsundersökningen

Mellan 1 oktober 2018 till 31 mars 2019 genomförde 1 163 individer, 14 år och äldre, en hälsundersökning på någon av asylmottagningarna vid de två vårdcentralerna i Region Stockholm. Av alla som genomfört en hälsundersökning var det flesta män (60 procent) och asylsökande (67 procent) (se tabell 1). Fördelningen mellan de tre åldersgrupperna var jämn. Ser man till ursprungsland kategoriserat enligt BNP kom 41 procent från låginkomstländer, 31 procent från lägre medelinkomstländer och 28 procent från övre medel- eller höginkomstländer. Syrien var det vanligaste ursprungslandet (14 procent) följt av Eritrea (9 procent), Uzbekistan (7 procent) och Iran (7 procent).

Tabell 1. Sociodemografisk bakgrund hos alla som genomfört hälsoundersökningen, redovisat i antal och procentandelar.

Total Kohort N=1163			
	Antal (n)	Andel (%)	Totalt
Kön			1 163*
Man	693	60	
Kvinna	470	40	
Migrationsstatus			1 159*
Asylsökande	772	67	
Kvotflykting	301	26	
Anhörig och annan**	86	7	
Ålder			1 160*
14-25	405	35	
26-35	364	31	
36>	391	34	
Ursprungsland, BNP kategorisering			1 156*
Låginkomst	476	41	
Lägre medelinkomst	356	31	
Övre medel- och höginkomst	324	28	
Topp 12 ursprungsländer			1 157*
Syrien	162	14	
Eritrea	101	9	
Uzbekistan	77	7	
Iran	76	7	
Nicaragua	57	5	
Mongoliet	48	4	
Colombia	46	4	
Somalia	43	4	
Afghanistan	34	3	
Etiopien	34	3	
Peru	33	3	
Kongo	31	3	
Alla övriga länder	415	36	

*n (antalet) varierar pga internt bortfall på vissa variabler

**papperslösa

Andel screenade

Närmare hälften av alla som gjorde en hälsoundersökning screenades med RHS-13 (566 stycken). Det fanns ingen skillnad i andel screenade mellan de två vårdcentralerna. Andelen screenade var högre bland män, asylsökande, äldre och bland personer från övre medel- eller höginkomstländer än andra grupper (se tabell 2).

Tabell 2. Antal som screenats och ej screenats för psykisk ohälsa i olika undergrupper.

Total Kohort N=1163						
	Screenade n=566			Ej screenade n=597		X ² (p-värde)
	Total (N)	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	
Klinik						0.29 (0.58)
Vårdcentral 1	495	246	50	249	50	
Vårdcentral 2	668	320	48	348	52	
Kön						3.76 (0.05)
Man	693	354	51	339	49	
Kvinna	470	212	45	258	55	
Migrationsstatus						6.22 (0.10)
Asylsökande	772	393	51	379	49	
Kvotflykting	301	132	44	169	56	
Anhörig och annan*	86	41	48	45	52	
Ålder						7.79 (0.02)
14-25	405	183	45	222	55	
26-35	364	170	47	194	53	
36>	391	213	54	178	46	
Ursprungsland, BNP kategorisering						15.14 (0.02)
Låginkomst	476	227	48	249	52	
Lägre medelinkomst	356	152	43	204	57	
Övre medel- och höginkomst	324	186	57	138	43	

*papperslös

Förekomst av symtom på psykisk ohälsa mätt med RHS-13

Totalt screenades 566 individer, varav 271 stycken (48 procent) hade ett totalt RHS-13-värde som var över gränsvärdet för symtom på psykisk ohälsa. Symtom av psykisk

ohälsa var vanligare bland kvinnor, asylsökande, äldre och bland personer från medel- eller höginkomstländer än andra grupper (se tabell 3).

Tabell 3. Antal och andel asylsökande och nyanlända och med psykisk ohälsa enligt RHS-13 (poäng 11–52). Utfallsvariabeln symtom på psykisk ohälsa enligt RHS-13 är nominal.

	Totalt screenade (N)	Antal RHS-13 ≥11 (n)	Andel RHS-13 ≥11 (%)	χ² (p-värde)
Hela gruppen	566	271	48	
Kön				13.32 (<0.00)
Man	354	148	42	
Kvinna	212	123	58	
Migrationsstatus				13.12 (<0.00)
Asylsökande	393	208	53	
Kvotflykting	132	48	36	
Anhörig och annan*	41	15	36	
Ålder				7.55 (<0.00)
14-25	183	73	40	
26-35	170	84	50	
36>	213	114	53	
Ursprungsland, BNP kategorisering				11.64 (<0.00)
Låginkomst	229	90	39	
Lägre medelinkomst	150	82	55	
Övre medel- och höginkomst	186	99	53	
Ursprungsland 20 eller fler				23.09 (<0.00)
Syrien	78	28	35	
Eritrea	51	15	30	
Iran	51	30	59	
Uzbekistan	30	14	47	
Colombia	28	20	71	
Afghanistan	22	12	55	
Nicaragua	21	8	38	
Peru	20	8	40	
Alla övriga länder	265	136	51	

*papperslös

Förekomst av olika svårighetsgrad av psykisk ohälsa mätt med RHS-13

I tabell 4 redovisas förekomsten av totalvärden från RHS-13 som motsvarar mild, medelsvår respektive svår psykisk ohälsa. Av samtliga 566 screenade individer hade 74 stycken (13 procent) ett totalt RHS-13-värde motsvarande mild psykisk ohälsa, 73 stycken (13 procent) hade ett värde motsvarande medelsvår psykisk ohälsa och 124 stycken (22 procent) ett värde motsvarande svår psykisk ohälsa. Det fanns endast mindre skillnader i förekomst av mild och medelsvår psykisk ohälsa avseende kön, migrationsstatus, ålder och ursprungsland kategoriserat efter BNP per capita.

Däremot fanns stora skillnader i förekomst av svår psykisk ohälsa (se tabell 4). Symtom på svår psykisk ohälsa var vanligare bland kvinnor (30 procent), personer över 36 år (33 procent) och bland asylsökande (26 procent). Ser man till ursprungsland och de 8 länder där 20 eller fler individer screenat för psykisk ohälsa var förekomsten av symtom på svår psykisk ohälsa högst bland personer från Iran (35 procent), Colombia (36 procent), och Peru (20 procent).

De skillnader mellan olika grupper i förekomst av psykisk ohälsa enligt RHS-13 oavsett grad (dvs 11 poäng eller mer) förklaras således i stort sett helt av skillnader i förekomst av symtom på svår psykisk ohälsa.

Tabell 4. Antal och andel med RHS-13-totalvärden som motsvarar symtom på mild, medel respektive svår psykisk ohälsa.

Total Kohort N=566								
	Antal screenade	Mild psykisk ohälsa (≥11-17) n=74		Medelsvår psykisk ohälsa (≥18-25) n=73		Svår psykisk ohälsa (≥25) n=124		x ² (p-värde)
		Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	
Hela gruppen	566	74	13	73	13	124	22	
Kön								19.34 (<0.05)
Man	354	47	13	42	12	59	17	
Kvinna	212	27	13	31	15	65	30	
Migrationsstatus								
Asylsökande	393	54	14	52	13	102	26	
Kvotflykting	132	18	14	15	12	15	11	
Anhörig och annan*	41	2	5	6	15	7	17	
Ålder								18.99 (<0.05)
14-25	183	24	13	21	12	28	15	
26-35	170	26	15	29	17	29	17	
36>	213	19	10	17	9	60	33	
BNP kategorisering								17.75 (0.00)
Låginkomst	229	30	13	28	12	32	14	
Lägre medelinkomst	150	19	13	23	15	40	27	
Övre medel- och höginkomst	186	25	13	22	12	52	28	
Ursprungsland 20 eller fler								39.58 (0.05)
Syrien	78	10	13	11	14	7	9	
Eritrea	51	7	14	4	8	4	8	
Iran	51	5	10	7	14	18	35	
Uzbekistan	30	3	10	5	17	6	20	
Colombia	28	5	18	5	18	10	36	
Afghanistan	22	4	18	4	18	4	18	
Nicaragua	21	3	14	4	19	1	5	
Peru	20	3	15	1	5	4	20	
Alla övriga länder	265	34	13	32	12	70	26	

*papperslös

Vårderbjudanden och vårdkonsumtion

Av alla som hade symtom på psykisk ohälsa enligt RHS-13, oavsett mild, medel eller svår grad, erbjöds 34 procent någon typ av vård och remitterades vidare, det vill säga det fanns en skriftlig remiss eller åtgärd planerad i journalskriften (se tabell 5). Av alla som hade symtom på psykisk ohälsa var det dessutom 40 procent som erbjöds remiss men avböjde, 7 procent hade pågående behandling hos annan vårdgivare eller vidareemitterades till vårdgivare utanför kliniken och 19 procent erbjöds inte någon typ av vård.

Bland gruppen som inte visade på psykisk ohälsa, det vill säga fick totalpoäng 10 eller mindre på RHS-13, blev ett fåtal erbjudna vård (åtta procent). Tre procent av dessa remitterades vidare, och resterande fem procent avböjde vidare kontakt.

Av de som påvisade psykiska besvär och som blivit remitterade hade en övervägande majoritet (74 procent) utnyttjat vård.

Tabell 5. Antal och andel nyanlända och asylsökande med och utan psykisk ohälsa mätt med RHS-13, som erbjudits eller ej erbjudits vård samt vårdutnyttjande.

Total Kohort N=565					
	Psykisk ohälsa (≥11) n=271		Ingen psykisk ohälsa (<11) n=295		X ² (p-värde)
	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	
Vårderbjudande					313.24 (<0.00)
Erbjuden/remitterad	94	34	9	3	
Erbjuden/avböjt	106	40	14	5	
Ej erbjuden	50	19	272	92	
Annan klinik	20	7	0	0	
Vårdutnyttjande (endast erbjudna)					
Utnyttjat vård	76	74	*		
Ej utnyttjat	16	16	*		
Ej tillgängligt	11	10	*		

*ej inhämtad info

Personer som rapporterat svår psykisk ohälsa hade i större utsträckning (52 procent) remitterats vidare än gruppen med mild (16 procent) och medelsvår (25 procent) psykisk ohälsa (se tabell 6). Av alla som hade milda respektive medelsvåra psykiska besvär, enligt RHS-13, hade 45 procent erbjudits vård men valt att avböja. Motsvarande andel bland de med svår psykisk ohälsa var 33 procent. Bland de som inte blivit erbjudna vård trots psykiska besvär, hade den övervägande majoriteten milda psykiska besvär. Endast tre procent av individerna med symtom på svår psykisk ohälsa blev inte erbjudna vård.

Tabell 6. Antal och andel nyanlända och asylsökande med mild, medelsvår eller svår psykisk ohälsa som erbjudits eller ej erbjudits vård.

Total Kohort N=271							
	Mild psykisk ohälsa (≥11–17) n=74		Medelsvår psykisk ohälsa (≥18–25) n=73		Svår psykisk ohälsa (≥25) n=123		X ² (p-värde)
	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	Antal (n)	Andel (%)	
Vårderbjudande							383.01(<0.00)
Erbjuden/remitterad	12	16	18	25	64	52	
Erbjuden/avböjt	33	45	33	45	40	33	
Ej Erbjuden	28	38	18	25	4	3	
Annan klinik	1	1	4	5	15	12	

Kvalitativa resultat

De två vårdcentraler som har studerats är lika i sin organisatoriska struktur gällande det dagliga kliniska arbetet. Informanterna i studien består av sjuksköterskor, en psykoterapeut och en läkare som arbetar med patienterna. Totalt deltog nio stycken informanter, medräknat verksamhetschefer på båda ställena. Båda vårdcentralerna har asyluppdraget sedan flera år. De två vårdcentralerna liknar varandra avseende upptagningsområde, antal berättigade till hälsoundersökningen och antal som kommer till hälsoundersökningen.

Användbarhet och funktion

Ett hjälpmedel till att prata om psykisk ohälsa och tydliggöra asylmottagningens uppdrag

Screeninginstrumentet RHS-13 har varit behjälpligt under hälsoundersökningar för att ställa frågor om psykisk ohälsa. Den tycks ha underlättat att öppna upp för att börja prata om och identifiera indikationer på psykisk ohälsa.

”Att ställa frågan om psykisk hälsa eller ohälsa blir lite svårt, att komma in i den diskussionen, att ställa en sådan fråga som är väldigt känslig kanske. Just psykisk ohälsa, det är inte någonting som är självklart för alla andra och då att prata om det blir också lite svårare. Så för mig, erfarenheten att ha ett screeninginstrument är snarare att den ger en möjlighet att öppna upp en diskussion som är kanske lite svårt att göra om du inte har lite frågor, att du måste aktivt ställa själv, komma på vilken formulering, hur du ska härleda frågan om psykisk ohälsa” (Informant 5)

”Just det här med psykisk ohälsa, att man har ett verktyg att kunna ställa de här lite obekväma frågorna efter att.. alltså en del kommer ju direkt och säger ’att jag mår jättedåligt, psykiskt’. Jag behöver hjälp med det här och det här’. Men just de här som är lite svåra, kanske lite yngre killar, vad det

nu kan vara, där får man liksom in en, det är lite lättare att komma in i det samtalet, konversationen” (Informant 4)

Informanterna upplevde att RHS-13 fungerar som något att luta tillbaka på, ”nu måste vi ställa några frågor om...”, när projektet ålade dem att ta med skattningsskalan, vilket i sin tur ledde till att mer fokus lades på att ställa frågor om psykisk ohälsa.

”Det är bra för att jag tror att många tycker att det är svårt att prata om psykisk ohälsa, även folk som jobbar inom vården. Det är svårt, och speciellt om man har en tolk också” (Informant 4)

”Men att identifiera och fånga upp, det blir, att kanske patienten inte vill prata för att det är en lite tabubelagd fråga och kanske vårdgivaren inte heller känner sig jättebekväm att ställa frågan om psykisk ohälsa. Då blir skattningsskalan helt plötsligt en hjälp, ett hjälpmedel för bägge. Då behöver inte jag ställa lite jobbiga frågor som vårdgivare och patienten får lite mer tid att gå igenom frågorna, känna sig lite bekväm med dem, och sedan så vill man så går man vidare och diskuterar, så gör man nytta” (Informant 5)

Vidare fanns det upplevelser om att arbetet blir mer konsekvent vid användning av skattningsskalor.

”Ja men liksom det, man kan ju säga att ibland är man ju inkonsekvent själv då, ibland använder man dem [skattningsskalor] och tycker att det här var jättebra och ibland så tycker man att det här behöver jag inte” (Informant 9)

Pilotprojektet sammanföll med en omorganisering på en av asylmottagningarna kring hur patienter som genomgått en hälsoundersökning remitteras till en av mottagningens psykoterapeut. Detta verkar ha bidragit till att tydliggöra asylmottagningens uppdrag.

”Det har blivit tydligare för vår psykoterapeut, vårt uppdrag, och att hon får de här patienterna på remiss ifrån asylsjuksköterskan och inte via läkare” (Informant 3)

Begränsad nytta när det redan finns bra rutiner

Medan RHS-13 har fungerat som en hjälp för att öppna upp och prata om psykisk ohälsa, har det också uttryckts att hälsoundersökningen kan vara uttömmande i sig, och att en skattningsskala inte alltid behövs eftersom informanterna har egna utarbetade metoder för det. Samtidigt vidhålls det att RHS-13 kan fungera som ett komplement för vissa patienter och verka som ett stöd för nya medarbetare inom asylhälsovården eller andra enheter som inte träffar asylsökande eller nyanlända lika ofta.

”Den är inte helt meningslös men den tid det tar är inte värt gentemot vad det här [projektet] ger, så jag tycker att vi har tillräckligt med frågor inom hälsoundersökningen [...] för att se om patienten mår dåligt eller inte” (Informant 6)

”Vi frågar redan innan och jag tycker, jag är inte någon psykolog eller specialist om hur folk mår dåligt och hur man fångar upp, absolut inte, men jag tycker ändå att när man ställer de här frågorna: Sömn, mat och psykisk ohälsa, de går liksom så att man hör nästan på en gång när du frågar [...] att den här personen inte mår bra” (Informant 7)

”Jag kan tänka om jag kom och skulle börja med det här [hälsoundersökningar målgruppen] för första gången och aldrig har gjort någonting, då kan det vara ett jättebra stöd att ha ett antal frågor som jag kan använda mig utav” (Informant 9)

Upplevda skillnader inom patientgruppen

Informanterna upplevde att patienterna har olika förståelse för frågor gällande depression och trauma och att visst stigma finns. För att exemplifiera svårigheter eller ovana att tala om psykisk ohälsa nämndes kategoriseringar, såsom kön och ursprungsland, i intervjuerna – där några av patienterna kommit från kontexter där psykiatri och primärvård är obefintlig eller saknas.

Det är viktigt att understryka att inget i intervjuerna tyder på att en viss patientgrupp sticker ut, utan skillnaderna är individuella.

”Vissa som kommer från olika kulturer där kanske psykisk ohälsa är lite skamligt. På det sättet så ger det en väg in att börjar prata om det” (Informant 4)

”Det är kultur och utbildning tycker jag, och även kön ibland. För att män, har svårare att uttrycka känslor och sådant. Kvinnor har mycket lättare att säga vad de har för problem, om de behöver hjälp eller inte. Men inte män, han ska klara sig. Det verkar som det är, oavsett vilken kultur man kommer ifrån är det samma.” (Informant 6)

Det upplevdes att skillnader i måendet eller huruvida de söker sig till vården varierar mellan patientgrupper beroende på deras migrationsstatus, något som också journaldata visar.

”[...] kvotflyktingar som redan har uppehållstillstånd, de mår oftast lite bättre, om de inte har gått igenom jättetuffa hemska saker på vägen hit. Och vi tycker oftast att asylsökande mår jättedåligt för att de är så olyckliga över asylprocessen, hade de haft tillstånd känns det som att de skulle må bra. Allting är kring själva processen att få stanna i Sverige eller inte” (Informant 7)

Utmaningar

Åtgärdsförslag kopplade till RHS-poäng

Vårdpersonal uppgav att de inte använde RHS-13-resultaten strikt som beslutsstöd för att bestämma vem som skulle hänvisas vidare till stödsamtal. De sa att de ofta erbjuder stödsamtal till dem som behöver eller önskar det, oavsett poäng på RHS-13.

”[...] de kan ha full pott, nästan som att de ska till psykakuten härifrån. Och så frågar jag såhär, men vill du gå till psykolog, du får väldigt höga poäng? Absolut inte, jag mår jättebra” (Informant 7)

”De scorade 8 respektive 10 poäng men de ville ändå komma i kontakt så att man kan ju inte bara lita sig blind på det här verktyget, så klart, utan det är som ett bra komplement om man säger, i hälsosamtalet” (Informant 4)

De informanter som inte har använt RHS-13 som en tydlig guide i patientarbetet tyckte ändå det är av vikt att tidigt identifiera psykisk ohälsa, och att ett screeninginstrument kan vara till hjälp. De upplevde att det finns ett stort behov av samtalsstöd och psykosocialt stöd för att hjälpa patienterna med det som behövs för stabilisering under asylprocessen, till exempel boende, ekonomi och andra funktioner kring livssituationen.

”Ja visst, det är bra att man ser mönstret, vilken nivå [personen] befinner sig på. Det är viktigt, det är bra att man screenar” (Informant 1)

”Många har psykosociala problem vilka jag inte kan lösa. [...] Jag tror vi behöver en kurator” (Informant 8)

Språkliga utmaningar och styrkor

Språkbarriären och behovet att använda tolk vid screening upplevdes utmanande och tidskrävande. När patient och vårdpersonal inte talar samma språk eller när patienten inte kan läsa eller skriva har vårdpersonalen behövt gå igenom skattningsskalan och ställa frågorna till patienten, ofta med tolk. Detta behövdes ibland göras över telefon, vilket kan göra det svårt att få ett bra flöde vid screeningen.

”Tolkanvändning var något. Det här med att man kan läsa eller inte läsa. Rent översättningsmässigt [...] att översätta trauma är jättesvårt och på arabiska så väljer du något, och så har jag en som är arabisktalande från Syrien, en från Irak, en från Sudan, och det kanske inte delar samma ord för trauma.” (Informant 5)

Det faktum att RHS-13 är översatt till flera språk upplevdes av flera som en fördel och något som underlättar screeningen.

”Språkmässigt har det fungerat för oss, den är översatt till de stora språken. Jag gissar att det är väldigt nödvändigt att det är på patientens modersmål eller språket de talar” (Informant 5)

Ibland exkluderades patienter när det av olika skäl bedömdes att screeningen inte skulle hinnas med. Orsaker som angavs var svårigheter att förstå skalan på grund av läs- och skrivsvårigheter, kognitiva variationer och stora barnfamiljer.

”Det har tagit lite längre tid för oss att göra det, speciellt när vi har stora familjer. Vi har av praktiska skäl tagit familjer på 10 personer” (Informant 6)

”Det är väl egentligen en tidsfråga för vårdgivaren som är en utmaning, och sedan är det om den personen kan läsa på det språket. [...] Vi har rätt så många analfabeter [illitterata] också, och då blir det att jag ställer kanske den frågan eller så exkluderar jag den för att det är 13 frågor (Informant 5)

Vidare resonerades det kring vikten av att den mottagande remittenten känner till skattningsskalan. Många patienter remitteras utanför asylmottagningen. Det kan bero på att de är kvotflyktingar eller bor långt ifrån asylmottagningen.

”Jag är lite osäker på om hur många här på vårdcentralen förstår vad RHS är. Men det har ju med oss att göra, det måste ju vi kommunicera bättre. Och även i remisser jag har skickat, ’screenar högt på Refugee Health Screener’, men jag vet inte hur mycket människor (vårdpersonal) vet om det här, du vet jag skickar till kuratorer utanför” (Informant 4)

”För oss hade det fungerat bättre om vi hade psykologen och läkaren med på banan om RHS, men jag tänker såhär, om det blir en sådan standardscreening eller skattningsskala så då är den väl känd för alla. [...]. Samma sak för extern [...] om de skulle ha kännedom om vad RHS är så kommer det fungera mycket bättre om jag skickar en remiss [...] att bedömning har gjorts utifrån det, det måste ju finnas kännedom för vad en RHS-skala är” (Informant 5)

Flera informanter påtalade att sömnproblem inte fanns med bland frågorna i RHS-13. När patienter vidareremitteras till psykoterapeut görs ofta en mer grundlig bedömning av sömnen.

”Det är en del missvisande frågor i den här studien. Till exempel, sömn finns inte med, vilket jag tycker är jätteviktigt när man inte mår bra ” (Informant 6)

”Sömnproblem brukar jag gå igenom också, för att se om det är mycket eller bara då och då eller händer ofta och så där. Och det är många som kan säga; de ha sömnproblem. Från det måttliga till det svåra” (Informant 2)

Remittering av asylmottagningens patienter

I intervjuerna framkom att vidareremittering till psykiatri upplevdes som en utmaning. Många remisser skickas tillbaka utan erbjudet besök inom specialistvården, med motiveringen att patienten ska behandlas för de remitterande symtomen inom första linjens psykiatri. Informanterna upplevde att det finns en skillnad i synen på vad som ska behandlas mellan primärvården och psykiatri, och att det kan bli ett glapp mellan första och andra linjen. Dessa utmaningar upplevdes inte i lika hög utsträckning för remitteringar till infektionskliniken eller vid hantering av infektionssjukdomar.

”[...] även där i Huddinge [Infektionskliniken] också, de kallar så fort vi skriver remissen, inom en vecka [...]” (Informant 1)

”Det remitteras tillbaka. Den stora uppfattningen, som sagt, sen vet jag inte om det är just den här gruppen av patienter, om det är specifikt med dem, men överlag så är det svårt att remittera, man får ofta tillbaka de remisserna, att de ska hanteras på första linjen [...] Vårdcentralen, det blir slasken” (Informant 3)

”Det blir ofta frustration och klagomål om det här, de tillhör inte första linjen. De borde vara någon annanstans. Jag tänker egentligen att det är

ganska tydligt. Landstinget har ju ganska tydliga, vad man hanterar i första linjen och i övrigt. Resursbrist, jag vet inte” (Informant 3)

Det upplevdes svårt att urskilja om det är fler av patienterna från asylmottagningen än andra patienter som remitteras till psykiatrin, men uppfattningen är att det faktum att många av asylmottagningens patienter saknar personnummer försvårar tillgången till vård. Generellt är uppfattningen att det akuta behandlas men inte det kroniska i lika hög utsträckning eftersom de befinner sig i en asylprocess.

”Ja, det här med att de inte tar emot ordentligt och att de säger ’de här tillhör inte oss’ [...]. Vi remitterar ofta och de tar inte emot [...] jag vet inte vad det beror på. Det är kanske resurser. Jag vet inte. [...] Ibland det här att man kräver, att man, måste ha de här sista siffrorna” (Informant 1)

Vägen fram

På frågan om att införa RHS-13 permanent fanns en övervägande positiv inställning bland informanterna. RHS-13 beskrevs som ett viktigt verktyg i samtalet att använda för att adressera psykisk ohälsa, särskilt när man har svårigheter att på annat sätt fråga om psykiskt välmående.

“Alltså bara, det är ju klart att det ska var med. Det känns som en jätte viktig bit” (Informant 3)

”Den ska finnas med, den behöver inte vara obligatorisk moment men den ska vara ett verktyg, ett hjälpmedel som ska finnas [i hälsoundersökningen]. Vi behöver ha någonting för psykisk ohälsa för att det är inte lätt att kunna prata om ämnet och då tycker jag att det ska finnas något hjälpmedel som hjälper till när man fastnar på vägen, att ställa frågor” (Informant 5)

Att redan under hälsoundersökning använda ett instrument för att möjliggöra tidig identifiering av psykisk ohälsa och differentiera de som har behov av en fördjupad bedömning ansågs också viktigt.

”Ja, jag tycker i alla fall att man i tid ska identifiera de patienterna som kommer hit och, och vilka problem de har att, om tiden går och de har kommit till ett land som de inte känner då kanske det blir ännu svårare om man inte kommer in i tid och, och differentierar i tid. Om det har gått lång tid och bara så där så tror det blir kanske svårare” (Informant 1)

På frågan om vad som krävs för att införa ett nytt permanent arbetssätt nämndes korta kontaktvägar, stöd från ledningen och att det inte tar för mycket tid och andra resurser.

“Rent krasst om man tittar på pinnarna [...] så har det inte påverkat vår verksamhet” [...] Ska man implementera ett nytt arbetssätt så måste man ju, nummer ett få en bra information om vad man ska göra för något och sen så måste man ju ges sidoutrymme för det... känna att alla är med på tåget, det är viktigt. Så är det viktigt att även ledningen är intresserad av det. Annars så går det ju inte” (Informant 9)

Diskussion

Som ett led förbättringsarbetet med att erbjuda asylsökande och nyanlända god och jämlik vård inom ramen för hälsoundersökningar i Stockholm, utvärderades i detta projekt ett nytt standardiserat arbetssätt för att tidigt identifiera psykisk ohälsa. Det specifika syftet var att testa och utvärdera den kliniska användbarheten av RHS-13, ett screeninginstrument för psykisk ohälsa, som en del av hälsoundersökningen för asylsökande med flera.

Psykisk ohälsa vanligare i vissa grupper

Ser man till den sammantagna bilden visar våra resultat att det finns ett stort behov av att adressera psykisk ohälsa. Vi fann att 48 procent av de som screenades rapporterade symtom på psykiska ohälsa och att 22 procent hade ett RHS-13-värde som motsvarar svår psykisk ohälsa. RHS-13 är inget diagnosverktyg, men ett positivt screeningresultat kan tyda på till exempel depression, ångest eller posttraumatisk stressyndrom. Eftersom endast cirka hälften av dem som gjorde en hälsoundersökning screenades med RHS-13 kan man inte generalisera dessa siffror till samtliga individer. Men det kan ändå noteras att siffrorna ganska väl överensstämmer med nationella och internationella studier där man använt sig av samma screeninginstrument bland asylsökande och nyanlända (19, 23, 24).

Våra resultat indikerar att psykisk ohälsa, mätt med RHS-13, är vanligare bland asylsökande än bland andra migrantgrupper. Vidare fann vi att resultat från RHS-13 korrelerade med kön, ålder och ursprungsland: symtom på psykisk ohälsa var vanligare bland kvinnor, äldre och bland personer från medel- och höginkomstländer (definierat enligt BNP). Vi fann även skillnader beroende på ursprungsland. Viktigt i sammanhanget är förståelsen att hälsostatusen och vårdbehovet hos den deltagande gruppen varierar i stor utsträckning och att gruppen är högst heterogen. Prevalensuppskattningarna i denna studie är dock i paritet med vad andra inom fältet hittat och våra fynd bekräftar ytterligare behovet av tidiga insatser kring psykisk ohälsa (25, 26).

Fler analyser behövs

Ett av projektets syften med att systematiskt använda RHS-13 var att garantera samma vård oavsett vårdgivare. Det är för tidigt att avgöra om syftet uppnåtts, särskilt eftersom endast hälften av personerna screenades. Data som förklarar varför patienter har exkluderats från RHS-13-screening under hälsoundersökningen har inte samlats in systematiskt, men det kan finnas flera anledningar. Exkluderingen kan ha varit självvald eller så kan vårdpersonal ha valt att inte erbjuda screening. Den intervjuade vårdpersonalen angav tidsbrist och vissa asylsökandes bristande förmåga att läsa och skriva som några orsaker. Andelen screenade var samma på de två vårdcentralerna och det är möjligt att det fanns liknande – och korrekta – orsaker till att vissa inte screenades, till exempel att de uppenbart inte fanns ett vårdbehov. I den fortsatta implementering behöver även gruppen som inte screenas analyseras för att avgöra om de exkluderats på rätt grunder eller om eventuell psykisk ohälsa fångas upp även utan systematisk screening.

Ny metod för att adressera psykisk ohälsa men behoven varierar

Vi fann att personalen som använt RHS-13 ser det som ett bra komplement i hälsoundersökningen för att i tidigt efter ankomst identifiera psykisk ohälsa. RHS-13 kan också vara ett verktyg för att inleda en dialog om psykisk ohälsa, ett ämne som kan

vara svårt att ta upp om man inte tar hjälp av ett strukturerat instrument med standardiserade frågor.

Utifrån de data vi samlat in är vår bedömning att användningen av RHS-13 har satt ljuset på den psykiska ohälsan i samtalet med patienten på ett mer konkret sätt än tidigare. Tidigare har det inte funnits ett standardiserat frågebatteri, och då har det i stället varit upp till den som genomför hälsoundersökningen att bestämma vilka frågor som ställs och vilken riktning samtalet tar. Att införa standardiserade metoder kan säkerställa att genomförandet av hälsoundersökningen blir mer enhetligt, något som de har visat sig finnas behov av (3, 27).

Dock är det viktigt att framhålla att hela samtalet med patienten inte bör standardiseras för mycket, eftersom ett samtal om psykisk ohälsa till sin natur är styrt av individens erfarenheter, upplevelser och förutsättningar och därmed varierar från person till person.

Ett fåtal informanter upplevde, trots teoretiska fördelar med det nya arbetssättet, inga större behov av att använda RHS-13. Man ansåg att hälsoundersökningen i sitt ursprungliga format var uttömmande. Detta kan tolkas som att behovet av standardisering inte finns hos all vårdpersonal som gör hälsoundersökningar, och kanske särskilt inte hos personal som arbetat länge med dem och som utvecklat egna rutiner för att identifiera och handlägga psykisk ohälsa som de upplever fungera bra. Även om så är fallet kan det finnas stora fördelar med att införa en standardiserad metod just för att säkerställa att alla vårdgivare kan erbjuda adekvat handläggning, till exempel de som är nya på asylmottagningen och har begränsade erfarenheter. Tidigare studier har visat på att genomförandet av hälsoundersökningen varierar stort, inte minst i hur man adresserar psykisk ohälsa, och att det finns behov av att förbättra kontinuitet av vårdpersonal i utförandet av den (27).

Screeninginstrument ett bra komplement vid kunskapsluckor

Att bedöma en patients hälsa har alltid både subjektiva och objektiva inslag (28). Varje person har sin egen personliga bias som påverkar vad patienten tillfrågas och inte. Det kan anses otillräckligt att på basis endast av detta bedöma en persons psykiska tillstånd i en vårdkontext där en komplex bedömning av psykisk ohälsa i relation till migrationsprocess, livssituation, samt familjens psykosociala situation behöver göras (28). I en vårdmiljö som ständigt utvecklas, med nya medarbetare och även nya vårdgivare kan ett screeninginstrument för psykisk ohälsa vara ett bra komplement. Detta gäller i synnerhet för hälso- och sjukvårdspersonal som har mindre kunskap eller erfarenhet kring hur man bemöter asylsökande och nyanlända.

Hälsoundersökningar av asylsökande med flera tillhör inte sjuksköterskans sedvanliga uppdrag, och är inte något som ingår i sjuksköterskans utbildning. Det har därför uttrycks tidigare, och även i denna studie, att frågor om psykisk ohälsa, speciellt trauma, kan vara svårformulerade och känsliga, och att vidareutbildning i trauma och migrationsrelaterade frågor är viktiga för vårdpersonal som genomför hälsoundersökningar (29). Tillgänglighet och godtagbar vård av hög kvalitet innebär lika möjligheter till hälsa utifrån den enskildes förutsättningar och resurser. Det kräver att vårdpersonalen ges tid och förutsättningar att genomföra hälsoundersökningar som främjar delaktighet, jämlikhet och ett värdigt bemötande (30).

Kulturella skillnader kan påverka

Informanterna i studien upplevde skillnader hos patienter gällande förståelse för psykisk ohälsa och vård av sådan, samt hur man som patient uttrycker symtom på psykisk

ohälsa. En förklaringsmekanism till detta kan vara kulturella skillnader. Kultur anses vara ett abstrakt begrepp med många olika innebörder. När begreppet används inom psykiatri relaterar den till hur individer på olika sätt skapar mening av känslor och upplevelser (31). Upplevelsen är individuell men kan också vara kulturellt betingad. Uppfattningen skiftar mellan individer men också mellan sociala och kulturella sammanhang. Vad som uppfattas som friskt eller sjukt kan skilja sig åt mellan personer, bland annat visar det sig i hur man beskriver psykisk ohälsa samt hur den yttrar sig. Den psykiska ohälsan kan yttra sig psykosomatiskt beroende på hur den tar sig uttryck (31).

De flesta erbjöds åtgärd vid psykisk ohälsa

Inför införandet av RHS-13 på de två vårdcentralerna utformades åtgärdsförslag vid symtom på psykisk ohälsa (kopplade till RHS-13-resultat) för att säkerställa ett standardiserat sätt att erbjuda patienter som är i behov rätt vård i tid. Våra resultat visar att de åtgärder som erbjöds i stor utsträckning motsvarar förslagen. Bland personer med symtom på svår psykisk ohälsa erbjöds till exempel 85 procent en åtgärd och 12 procent hade redan en annan etablerad kontakt med vården. Således var det endast 3 procent som inte erbjöds en åtgärd.

Vi fann emellertid en viss diskrepans mellan statistiken som visade hög samstämmighet mellan RHS-13-resultaten samt erbjudande åtgärder och vad informanterna själva rapporterade om ett sådant samband. Några sa att rekommenderade åtgärder inte påverkats av RHS-13-resultatet, utan att det varit den samlade bilden av patientens välmående som föranlett vidareremittering. Detta kan tolkas som att RHS-13-resultaten stämde väl överens med den samlade bilden, men att vårdpersonalen i sitt beslut om rekommenderad åtgärd inte stirrade sig blinda på RHS-13-resultatet utan vägde in det i helhetsintrycket.

Behov av utökad tillgänglighet till vård

Samtidigt som de flesta med symtom på psykisk ohälsa blev erbjudna hjälp var det 40 procent som tackade nej (33 procent av dem med symtom på svår psykisk ohälsa). Denna utmaning hänger inte nödvändigtvis ihop med användandet av RHS-13 utan kan vara ett tecken på stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa. Vi har inte inom ramen för denna studie undersökt varför många avstår vård, dock vet vi att vårdkonsumtionen bland gruppen är betydligt lägre än normalbefolkningen (13, 14). Som tidigare nämnt kan transkulturella skillnader, eller den erfarenhet man har med sig från hemlandet påverka förväntningar och uppfattningar om den svenska hälso- och sjukvården. Det är viktigt att den vårdpersonal som gör hälsoundersökningar ges tid och förutsättningar för att delge information så att individen kan tillgodogöra sig rätten till vård och hälsa. Hälsoundersökningen är i nuläget utformad för detta, dock tycks det finnas behov av att utöka informationsdelen för patienter i behov av vård.

Studier har visat att rutiner för överlämning mellan yrkeskategorier samt vilket språk och metod som används är kopplat till risk för missad information och missförstånd (32). Det är något som kan tänkas vanligare bland patienter som är nyanlända och har begränsad kunskap om det svenska systemet och språket.

En annan tänkbar faktor till varför flera avböjde stödsamtal eller annan kontakt kan vara så kallad postmigratorisk stress i det nya landet, upplevd diskriminering eller stigma (12, 14, 25). Det är därför viktigt att vårdpersonal som träffar målgruppen ges förutsättning att tillgängliggöra, informera och vägleda inom vården. Möjligen kan fenomenet vara kopplat till tidpunkten för hälsoundersökningen. Vid den fortsatta implementeringen skulle även betydelsen av tidpunkt och kontext för screeningen behöva analyseras för att

avgöra om screening bör göras under hälsoundersökningen relativt nära ankomst till Sverige, eller lämpar sig bättre vid en annan tidpunkt i asyl- eller integrationsprocessen. Som tidigare nämnt påverkar migrationens olika faser den psykiska ohälsan (11, 12, 14).

En utmaning att remittera till psykiatri

Informanterna upplevde det som en utmaning att remittera vidare en patientgrupp som saknar personnummer och full rätt till vård. I kontrast till det upplevdes remitteringar till infektionskliniken fungera mycket väl. Förklaringen är sannolikt att behandling av smittsamma sjukdomar är tydligt definierat som ”vård som inte kan anstå”, medan bedömningen om psykiatrisk vård är upp till varje vårdgivare. I intervjuerna förekommer inga djupare resonemang som kan förklara svårigheten att remittera till psykiatrisk specialistvård.

Okunskap och missuppfattningar om det svårtolkade begreppet ”vård som inte kan anstå” och andra faktureringsregler kan ställa till det gällande tillgängligheten av vård. Lagen lägger tolkningsföreträdet i den behandlande vårdpersonalens händer (33, 34). Det i sig är en juridisk motsägelse eftersom hälso- och sjukvårdslagen å ena sidan föreskriver att vården ska ges ”med respekt för alla människors lika värde” och att den med störst vårdbehov ska ges företräde till vården (35). Å andra sidan förelägger två andra lagar med särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård för asylsökande med flera och vissa utlännningar som vistas i Sverige, vården för vuxna asylsökande med flera [33, 36, 37]. Att ha skilda lagstiftningar riskerar att drabba den enskilde individen eftersom beslutsbördan läggs på den enskilde vårdpersonalen. Det riskerar att fördröja bedömning och diagnostik vilket kan förlänga och förvärra sjukvårdsförloppet såväl som individens lidande.

Slutsats och vägen fram

Den sammantagna bilden är att förekomsten av psykisk ohälsa mätt med RHS-13 är utbredd bland asylsökande och nyanlända. Ett instrument som RHS-13 kan vägleda och vara ett stöd i genomförandet av hälsoundersökningar med dessa grupper. Instrumentet kan användas som ett komplement till den kliniska bedömningen och skapar förutsättningar för jämlik vård av psykisk ohälsa genom att i viss mån standardisera bedömningen. RHS-13 i sig är ett vedertaget och validerat screeninginstrument som lämpar sig för screening av migranter.

Ur ett implementeringsperspektiv är det viktigt att förstå hur kontext, vårdpersonalens varierande erfarenheter och stora olikheter inom patientgruppen kan påverka hur nya arbetssätt faller ut i praktiken. Hänsyn till vårdpersonalens motivation, klinikens förutsättningar, arbetsmiljö, övrig organisering av klinikens arbete och sammansättning av personalgrupp måste tas i beaktande vid planering av utbildnings- och implementeringsinsatser.

Vi har testat användningen av RHS-13 inom ramen för hälsoundersökningen på två olika vårdcentraler i Region Stockholm. Våra resultat torde vara representativa för liknande kontexter. Dock är urvalet litet och tidsperspektivet för uppföljningen kort. För att säkert kunna bedöma värdet av att införa en mer standardiserad kartläggning av psykisk ohälsa inom ramen för hälsoundersökningen krävs mer data om hur erbjudna åtgärder genomförts och hur dessa påverkat såväl den psykiska hälsan som framtida vårdbehov. Vidare behövs mer epidemiologiska data om psykisk ohälsa för att kunna utveckla mer precisa riktlinjer och avgränsningar, likt sådana som finns för screening av infektionssjukdomar under hälsoundersökningen. Rekommendationer för vilka grupper och när screening av psykisk ohälsa bör göras, kräver fortsatt forskning.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. 2016.
2. Delilovic S, Åsbring N, Hergens M, Kulane A, Martilla A, Nederby-Öhd J, et al. Hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända – vägen fram. 2017.
3. Delilovic S, Kulane A, Åsbring N, Marttila A, Lönnroth K. What value for whom? - Provider perspectives on health examinations for asylum seekers in Stockholm, Sweden. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):1–9.
4. Sveriges Kommuner och Landsting (2016). Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Kortversion slutrapport förstudie, 2016-03-31.
5. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. 2015.
6. United Nations High Commissioner for Refugees. Convention and protocol relating to the status of refugees. Vol. 10, International and Comparative Law Quarterly. 1961.
7. Migrationsverket. Sveriges flyktingkvot 2018. [Internet]. Tillgänglig på: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Vart-uppdrag/Sveriges-flyktingkvot.html>.
8. Migrationsverket, Statistik, Asylsökande. [Internet] Tillgänglig på: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asyl.html>.
9. Regeringen. Kvotflyktingar till sevrige [Internet]. Tillgänglig på: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/12/5-000-kvotflyktingar-till-sverige-ar-2019/>
10. Folkhälsomyndigheten. Möten om hälsa. Vägledning inför Hälsoundersökningar för migranter. 2014.
11. Hollander A-C & Dalman C. Hur migration påverkar den psykisk hälsan. Läkartidningen, 2020;117: FTFS.
12. Hollander AC. Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden – epidemiological studies of register data. Glob Health Action. 2013;6:21059.
13. Västergötlands regionen, VGR Analys 2019:1, Invånare med respektive utan flyktingbakgrund i Västra Götaland - jämförelse av vårdkonsumtion, diagnosförekomst samt utveckling över tid.
14. Hollander A-C & Dalman C. Utrikesfödda använder mindre psykiatrisk vård än svenskfödda de första åren i Sverige. Olika barriärer förekommer – men vårdanvändandet ökar över tid. Läkartidningen. 2020;117: FTPT
15. Socialstyrelsen. Senaste version av SOSFS 2011:11. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. [Internet] Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-11>
16. Vera Asyl/Hälsoplan. Hälso-och sjukvårdsförvaltningen region Stockholm.

17. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Toolson EC, Woldehaimanot T, Yamazaki J, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):202–9.
18. Hollifield M, Toolson EC, Verbillis-Kolp S, Farmer B, Yamazaki J, Woldehaimanot T, et al. Effective screening for emotional distress in refugees: The Refugee Health Screener. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(4):247–53.
19. Bjärtå A, Leiler A, Ekdahl J, Wasteson E. Assessing Severity of Psychological Distress Among Refugees With the Refugee Health Screener, 13- Item Version. *J Nerv Ment Dis*. 2018;0(0):1.
20. Steven M. Sheffrin (1996). *Economics: Principles in action*. Upper Saddle River, New Jersey 074589: Pearson Prentice Hall. ISBN 0-13-063085-3.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
22. Vaismoradi M., Turunen H, Bondas T. (2013) Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013 Sep;15(3):398-405.
23. Markus Stingl, Michael Knipper, Björge Hetzger, Jessica Richards, Bülent Yazgan, Bernd Gallhofer & Bernd Hanewald (2017): Assessing the special need for protection of vulnerable refugees: testing the applicability of a screening method (RHS-15) to detect traumatic disorders in a refugee sample in Germany, *Ethnicity & Health*, DOI: 10.1080/13557858.2017.1379598.
24. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T. *Eur J Psychotraumatol*. 2017 Nov 7;8(sup2):1389205.
25. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A SF. 2016. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie. Huddinge.
26. *Läkare utan gränser. Ett liv i limbo*. 2018.
27. Jonzon, R., Lindkvist, P. & Hurtig, A.-K. (2018). Structural and procedural barriers to health assessment for asylum seekers and other migrants - an explorative survey in Sweden. *BMC Health Services Research*, 18(1)
28. Svanborg, Pär & Åsberg, Marie (1995) *Psykiatrisk egenbedömning. En självskattningsskala för ångest- och depressionssyndrom*. Helsingborg: Pär Svanborg, Marie Åsberg och H. Lundbeck AB. ISBN 91-630-3451-4.
29. Kalengayi, F. K., Hurtig, A.-K., Nordstrand, A., Ahlm, C. & Ahlberg, B. M. (2015). 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global Health Action*, 8.
30. Envall E., Backman G., Ashcer H., Ryman Envall E, Ramel B. (2020) Människorättsbaserat arbetssätt ger vårdpersonal viktiga verktyg *Läkartidningen*. 2020;117:FWEY.
31. Bäärnhielm Sofie. *Transkulturell psykiatri: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. 2018. Gothia Fortbildning AB Litauen.

32. Amy J. Starmer, M.D., M.P.H., Nancy D. Spector, M.D., Rajendu Srivastava, M.D., M.P.H., Daniel C. West, M.D., Glenn Rosenbluth, M.D., April D. Allen, M.P.A., Elizabeth L. Noble, B.A., Lisa L. Tse, B.A., Et. al. (2014). Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. *N Engl J Med* 2014; 371:1803-1812.
33. Socialdepartementet SFS 2013: 407 Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Stockholm.
34. Sandman L., Broqvist M., Gustavsson E., Arvidsson E., Ekerstad N., Carlsson P., (2014). Vård som inte kan anstå: Tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppna prioriteringar. *Rapport / Prioriteringscentrum: Nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg*, ISSN 1650-8475 ; 2014:1.
35. Socialdepartementet SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag, Stockholm.
36. Justitiedepartementet SFS 2008: 344 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Stockholm.
37. Ghelichkhan P., Onödig förvirring om vård till papperslösa – ge vård efter behov. *Läkartidningen*. 2019;116:FLR4

ISBN 978-91-87691-65-2



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM