

Hälsoundersökning av asylsökande

- reflexioner kring uppgifter från socialmedicinsk intervju

Michael Stjernfeldt

Ullabeth Sätterlund Larsson

Årligen görs många tusen hälsoundersökningar med omfattande anamnes och provtagning av merparten av alla asylsökande som kommer till Sverige. Dokumentation och det medicinska omhändertagandet har dock diskuterats ganska lite.

Vi vill här belysa några av de situationer som den asylsökande möter i samband med hälsoundersökningen samt föra en diskussion kring denna som samspelssituation mellan den asylsökande och vårdgivaren.

Michael Stjernfeldt är med dr och överläkare, verksam vid Flyktingmedicinskt Centrum, Universitets-sjukhuset i Linköping. Ullabeth Sätterlund Larsson är docent och forskare vid Tema Kommunikation, Linköpings Universitet och universitetslektor vid Göteborgs Universitet. Hon innehar forskningsanslag från Folkhälsoinstitutet för att studera hälsokommunikation och dess förgreningar.

Inledning

Hälsoproblem bland flyktingar och invandrare har kommit att bli en allt viktigare uppgift inom den svenska hälso- och sjukvården. På mottagningscentra och förläggningar görs årligen många tusen hälsoundersökningar med omfattande anamnes och provtagning. Resultaten har dock i liten utsträckning dokumenterats och rutinerna för det medicinska omhändertagandet har diskuterats påfallande lite.

Syftet med denna presentation är

- att beskriva några av de situationer som den asylsökande möter vid hälsoundersökningen
- att belysa möjlig interaktion mellan individen och hälsoundersökningens innehåll
- att ge exempel på resultat från hälsoundersökningen

Hälso- och sjukvård vid Flyktingmedicinskt centrum i Flen

Efter ankomsten till Sverige tas de flesta asylsökande först emot på ett av Invandrarverkets mottagningscentra. I anslutning till vistelsen på centret erbjuds en hälso-

undersökning, som tillsammans med övrig sjukvård sköts av extern entreprenör, privat eller landstingsägd.

Nedanstående presentation grundar sig på verksamheten runt hälsoundersökningarna under perioden 1990-1994 vid Mottagningscentret i Flen, som då sköttes av Flyktingmedicinskt Centrum (FMC), Universitets-sjukhuset i Linköping.

Hälso- och sjukvårdspersonalen vid mottagningscentret bestod av läkare med olika kompetens - allmänläkare, barnläkare, gynekolog och psykiater samt sjuksköterska, undersköterska, barnmorska och läkarsekreterare.

Vid centret erbjöds utöver hälsoundersökningar och akut sjukvård förebyggande åtgärder i form av mödrhälsovård, barnhälsovård och skolhälsovård med samma innehåll som inom svensk hälsovård.

Under den 5-årsperiod datainsamlingen skedde i Flen, registrerades vid FMC, 19 736 asylsökande personer från 87 olika nationer varav 8 327 kvinnor (42%) och 11 409 män (58%) i åldrarna 0-90 år, M=23 år, därav var 12 828 (65%) ≥ 18 år.

Hälsoundersökningen

Alla asylsökande erbjöds snarast efter ankomsten till mottagningscentret i Flen en hälsoundersökning. I informationen om hälsoundersökningen framhölls bl a frivilligheten i deltagandet. Mer än 99% dvs nästan alla accepterade erbjudandet. Den asylsökande informerades dessutom om den medicinska personalens tystnadsplikt gentemot Invandrarverket, polis och andra myndigheter samt personer utanför sjukvården.

Hälsoundersökningens syfte är enligt de allmänna råd som givits ut av Socialstyrelsen (1) i första hand att uppmärksamma behov av omedelbar vård eller vård som inte kan vänta samt smittskyddsåtgärder.

Syftet är också att ge en uppfattning om den asylsökandes geografiska, sociala och kulturella bakgrund och även innehålla information om medicinska symptom och förekomst av akuta eller kroniska sjukdomar.

Hälsoundersökningen består av två delar: socialmedicinsk intervju och provtagning.

Socialmedicinsk intervju

Den socialmedicinska intervjun dokumenteras och registreras på en speciell blankett, framtagen 1985 av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), Stockholm. Den asylsökande tillfrågas om följande uppgifter:

Kön, ålder, datum för ankomst till Sverige, hemland, sanitära förhållanden, språk, skolgång/utbildning, yrke, anhöriga i Sverige och i hemlandet, graviditet, tidigare sjukhusvård, långvarig sjukdom, nuvarande besvär, aktuell medicinering, allergiförekomst och vaccinationsstatus.

De frågor som ligger till grund för den medicinska informationen är följande:

Har du tidigare vårdats på sjukhus? Om "Ja", ange sjukdom, årtal och var. Tar du någon medicin just nu? Om "Ja", ange vilken medicin. Är du allergisk mot något? Om "Ja", ange mot vad. Känner du dig frisk nu? Om du inte är frisk, har du besvär från: Hud, Munhåla - hals, Lungor - luftrör, Urin, Ögon - öron - näsa, Mage - tarm, Hjärta - blodtryck, Leder - muskler, Psykiska besvär, Övrigt?

Är något/några besvär så allvarligt/allvarliga att du vill diskutera med en läkare? Ange i så fall detta/ dessa.

Den socialmedicinska intervjun genomförs av legitimerad sköterska med hjälp av tolk. Uppgifterna från blanketten införs sedan i en datajournal.

Laboratorieprover

Den andra delen av hälsoundersökningen består av provtagning. Av vetenskaplig tradition och beprövad erfarenhet tas prover för att kartlägga förekomst av smittsamma sjukdomar. Ett nytt inslag i detta panorama är HIV. Följande prover togs under perioden 1990-1994 för kontroll: Hemoglobin, HBsAg (hepatit B), Syfilis (från 13 år), HIV, faecesodling avseende Salmonella och Shigella och faecesmikroskopi för undersökning av cystor/maskägg (förekomst av parasiter i mag-tarmkanalen). För att bedöma förekomst av tuberkulos gjordes lungröntgen och/eller tuberkulintest på alla från 3 års ålder och gravida efter graviditetsvecka 28.

Den mängd data som en hälsoundersökning av denna typ genererar blir imponerande och ger en bild av ett sjukdomspanorama som kan tyckas allmängiltigt för den undersökta gruppen i fråga.

Man bör dock möta denna typen av data med varsamhet och en viss reflexion kring de omständigheter som förevarit och även förelegat vid intervjutillfället.

Vi tänker här inte belysa utfallet av laboratoriesvar eller tillförlitligheten vad gäller t ex mätinstrument,

Vågar man säga nej till något av myndighetskaraktär det första man gör i det nya landet?

analysmetod, provtagningsbetingelser eller problem vid klassificering av diagnoser, utan föra diskussion kring den socialmedicinska intervjun som samspejssituation och kring några av uppgifterna erhållna från den socialmedicinska intervjun.

Första mötet med svensk hälso- och sjukvård

Vid hälsoundersökningen har den asylsökande varit i Sverige mellan 2-6 veckor. Många kommer från skilda länder och med olika bakgrunder men har oftast det gemensamt att man kommer från en kaotisk tillvaro och upplevt psykiskt och fysiskt påfrestande situationer (2).

Lättnad genomsyrar då ofta första mötet med svensk sjukvård, i detta fallet i form av en hälsoundersökning som är frivillig. Frågan är hur frivillig den är i denna situation. Vågar man säga nej till något av myndighetskaraktär det första man gör i det nya landet? En annan fråga som den asylsökande kan ställa sig är: Har man lättare eller svårare att få asyl beroende på hur man svarar? Förväntas man svara på alla frågor och på ett visst sätt? etc

Kontakten mellan patienter och vårdare i olika vård-situationer är exempel på samtal där människor möts med en mängd outtalade föreställningar om den speciella situation som kommunikationen ska behandla. Man kan uttrycka det att olika kunskapsvärldar möts; dels patientens, som i mångt och mycket bidrar till samtalet med sina egna erfarenheter och upplevelser, dels den professionella, som till stora delar nyttjar sina kunskaper från utbildning, forskning och beprövad erfarenhet (3,4). Till detta kommer att hälso- och sjukvården och dess praxis är formad av de kulturella värden som är rådande i samhället och av vilka värden är en del (3,5).

I denna mångfald äger den socialmedicinska intervjun rum mellan den asylsökande och sjuksköterskan. Dessutom närvarar ytterligare en person nämligen tolken. Denna mångfacetterade situation med ord och deras betydelse, tolkning av tydligheter och otydligheter etc, är mer komplex än man i förstone kan ana och har närmare behandlats av Wadensjö, som i sin avhandling beskriver tolkens roll i det tolkade samtalet (6).

Ett annat problemområde hänger samman med de rutiner som många av våra svenska institutioner utrustas med (jfr 7). Ett sådant exempel är blanketter.

Blanketten med sina möjligheter att registrera information (på sina ställen idag på dator) inverkar likaledes på samspel och möjligheter för enskilda individer att få spelrum. Exempel på detta kan vara att ta initiativ och föra upp något ämne, ärende, problem, som man vill tala om. Cedersund och Säljö (8) ger i sin studie om föräldrars begäran om barnomsorg ett exempel på den styrning av samtalet mellan föräldern och barnomsorgsförmedlaren som blanketten kan ha på samtalet.

För den socialmedicinska intervjun har som tidigare påpekats utarbetats en blankett med frågor som ska besvaras. Blanketten kan underlätta men också begränsa det spelrum som kan ges eller tas av de inblandade i den socialmedicinska intervjun.

Förutom de rent medicinska implikationerna som hälsoundersökningen kan ge, kan den också uppfattas innehålla en värdering av människan. Nordenfelt (9) tar upp denna problematik och reser frågan: Att vara frisk är liktydigt med att vara samhällsnyttig?

Vi människor är i allmänhet också benägna att agera, mer eller mindre omedvetet, på ett sätt som framställer oss i så god dager som möjligt. Den asylsökande är knappast något undantag från den regeln. Detta skulle kunna medföra att sjukdomsförekomst blir underrapporterad vid hälsoundersökningen.

Sjukdom och hälsa

Sjukdom och hälsa är knappast några entydiga begrepp. Här spelar sociologiska mönster och gruppuppfattningar in. Vad som är avvikelser styrs av gruppens inställning och skiljer sig från samhälle till samhälle och även inom olika samhällsklasser. Man lär sig uppfatta vissa symptom som normala och andra som onormala. Man lär sig också sjukrollen, dvs att bete sig så att man får gensvar från sin omgivning (10). Sjukdomsbeteendet verkar också variera mellan olika etniska grupper (11). Med tanke på att 87 nationer fanns representerade bland de asylsökande finns möjlighet till många tolkningsföreträden vad gäller begrepp som sjukdom och hälsa.

Intervjusituationen

Uteslutningar och därmed underrapportering kan också ha sin grund i den sociala situationen vid intervjun (12, jfr4).

Förutom de rent medicinska implikationerna som hälsoundersökningen kan ge, kan den också uppfattas innehålla en värdering av människan

Vissa svar kan upplevas som inte socialt önskvärda. Vissa ämnen kan vara känsliga, komma överraskande och den asylsökande liksom sjuksköterskan kan tycka att frågorna hör till individens privatsfär och frågor kan t o m kännas tabubelagda (jfr studier av Larsson, Säljö & Aronsson rörande frågor om livsstil som tobak och alkoholvanor, 13 samt 14,15).

Den medverkande tolken kan också tänkas påverka situationen. Tolken kan också medverka till att precisionen i frågan blir lidande genom skild språklig och kulturell uppfattning eller ren förskjutning av betydelsen i frågorna (6).

Intervjusituationen kan också innehålla stressmoment så till vida att stor patientgenomströmning föreligger på mottagningscentret och att många ska intervjuas under dagen (jfr Larsson et al, att ta del av patientens livssfär, 13). En frekvensskattning av t ex hur många och vilka sjukdomar som man haft kan också påverkas av hur lång tid man tycker sig ha för att svara.

Språkförståelsen

Frågorna i intervjun kan te sig enhetliga men variationer i svaren kan uppstå beroende på att språkförståelsen kan variera från person till person (16,17). Dessutom kan den professionellas språk bli rådande då instrumentet och dess innehåll och språkdräkt är konstruerat av experter (18). Detta gör att svaret inte nödvändigtvis speglar det man tror i det givna svarsalternativet. Skillnaderna kan bli än mer påtagliga då det gäller medicinska termer och symptom och vad man lägger för betydelse i dessa. Boyle (19) fann att endast 50% av tillfrågade patienter förlade kroppsorgan som hjärta, lungor, lever och njurar på rätt ställe i kroppen och att endast ca hälften hade samma uppfattning som doktorn om vad hjärtklappning och förstoppning var. Skillnaden blev ännu större när man skulle definiera "en medicin".

Tillstånd av mer komplicerad natur angav Horwitz och Yu (20) vara svårare att redogöra för emedan sjukdom som lett till sjukhusvård var lättare att minnas än mindre allvarliga, odefinierade tillstånd (21). Detta kan spegla svårigheter i språkförståelsen av medicinska termer eller i kommunikation av medicinsk information.

Tidsfaktorn och sjukdomsförekomst

Demografiska uppgifter stämmer oftast (21) medan fr a läkemedelsintag verkar vara svårare att komma ihåg (20,21). Tillförlitligheten minskar ju längre tid som gått

sedan händelsen vilket man kanske också kan vänta sig (20). Langlet lyfter fram i sin artikel (12) studier, gjorda vid National Center for Health Statistics i USA, om tidssambandet mellan olika sjukdomsrelaterade variabler och tidpunkten för undersökningen. Således förelåg en underrapportering av sjukhusinläggning om längre tid gått mellan vårdtillfället och undersökningen. Man fann också att underrapporteringen minskar ju längre tid man varit inlagd, såväl som att underrapporteringen av kroniska sjukdomar var påtagligt högre om man sällan sökte för dessa än om man ofta gjorde det (jfr 22).

Det subjektiva välbefinnandet verkar också styra svarsfrekvensen. Patienter som tyckte sig vara i god vigör underrapporterade antalet besök hos läkare medan de som inte tyckte sig vara det överrapporterade (23).

Exempel på utfall av uppgifterna om sjuklighet

I föreliggande undersökning har 3 500 av 19 736 asylsökande gett uppgift om tidigare sjukdom. Dessa samlar sig under ca 200 diagnoser eller diagnoskombinationer. En av dessa är tuberkulos, som 53 personer angav sig ha haft.

I en riktad uppföljning under en ett-årsperiod (21 november 1991 - 18 november 1992) vid Mottagningscentret i Flen avseende hur många som hade tuberkulösa lungröntgenförändringar, förelåg sådan förekomst hos 88 asylsökande av 5 166 (22). Endast 19 av de 88 dvs 1 av 5 angav kännedom om tidigare genomgången tuberkulos. Förklaringarna till detta är säkert flera och av den typ som tidigare diskuterats men en anledning är troligen att man faktiskt inte vet om att man haft tuberkulos. Detta exemplifierar svårigheten vid olika typer av sjukdomar. Sviter t ex efter en hjärnblödning, krigsskador eller olycksfall bär sitt tydliga signum medan andra sjukdomar inte gör det. Med anledning av den förda diskussionen är vi böjda att tro att uppgifter om tidigare men nu ej aktuell sjukdom eller sjukhusvistelse underrapporteras. Om den asylsökande däremot har en pågående sjukdom som kräver medicinering, t ex diabetes, högt blodtryck, hjärtfel eller astma med ett uppdämt vårdbehov, leder detta troligen till mindre underrapportering vid hälsoundersökningen.

4 225 eller 21 procent av de asylsökande upplevde sig ha någon typ av aktuella besvär eller sjukdomar. Av dessa 4 225 personer uppgav 886 eller 21 procent något orosrelaterat tillstånd som depression, sömnsvårigheter eller ångest, medan endast 7 procent hade

uppgivit att man haft sådana besvär tidigare. Skillnaden kan bero på att man i hemlandet inte sökt för sina besvär men en troligare orsak är att tillstånden är situationsbetingade och därför ger utslag i hälsoundersökningen. Variationen i svarsfrekvensen vid denna typ av tillstånd kan således vara avsevärd beroende på var i flyktingkrisen personen befinner sig (2).

Hälsoundersökningen - har den något värde?

Inom epidemiologisk forskning ingår validitet som ett centralt begrepp som kan sägas påverka tillförlitligheten i en undersökning (24). I renodlade epidemiologiska studier som riskskattningar av cancerförekomst efter exposition för något ämne, har man i allmänhet större kontroll över studiens design vad gäller validiteten i valet av individer och i observationerna etc än vad som är möjligt vid en 'rutinbetonad' hälsoundersökning av den karaktär som beskrivits här.

Trots sina brister och ofullkomligheter som oundgängligen vidhäftar hälsoundersökningen av de asylsökande ger den troligen ändå en uppfattning om hur man uppfattar sin hälsosituation vid ankomsten till Sverige. Den kan också ange en lägsta nivå i det kommande behovet av vårdkontakter med den svenska hälso- och sjukvården.

Sett till interaktionen mellan de olika aktörerna i hälsoundersökningen stimuleras vi att tillsammans med andra pågående studier gå vidare i dokumentationen av kommunikationen mellan människor från andra länder och experter i den svenska hälso- och sjukvården. Vi vågar påstå att mycket av den pågående praktiken går att återfinna i den kulturella och historiska traditionen, vilket är värt att lyftas fram för att nå andra broar och nya språng i samspelssituationen.

REFERENSER

4. Larsson U (1989): Being Involved. Patient Participation in Health Care. Linköping University: Linköping Studies in Arts and Science, 36. Doktorsavhandling.
6. Wadensjö C (1992): Interpreting As Interaction. Linköping University: Linköping Studies in Arts and Science 83. Doktorsavhandling.
11. Aurelius G Magnusson G (1981): Sjukdomsbeteende och nationalitet. Invandrades och svenskarers sjukvårdskonsumtion. Läkartidningen;78(12):1214-1217.
22. Stjernfelt M, Ekström T, Fagerberg G (1995): Lungröntga asylsökande! Var vaksam på feber, trötthet, avmagring och långvarig hosta för att bekämpa tuberkulos. Läkartidningen; 92:2387-2389.

Fullständig referenslista kan fås av författarna.