

Nytt arbetssätt för tidig identifiering av psykisk ohälsa bland migranter

Ana Hagström, Sara Delilovic, Knut Lönnroth

Ana Hagström, MSc, Sjuksköterska, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. E-post: ana.hagstrom@sl.se.

Sara Delilovic, MSPH, Folkhälsovetare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Social medicine, Infectious Diseases and Migration Research Group, Karolinska Institutet. E-post: sara.delilovic@ki.se.

Knut Lönnroth, överläkare, Professor, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Social medicine, Infectious Diseases and Migration Research Group, Karolinska Institutet. E-post: knut.lonnroth@ki.se

Det största antalet flyktingar sedan andra världskriget flyr nu förföljelse, krig och konflikter. Migrationsprocessens olika faser innebär ofta stora påfrestningar och flyktingar har en ökad risk att drabbas av psykisk ohälsa. Alla asylsökande som kommer till Sverige är berättigade en hälsoundersökning. Vi beskriver här ett projekt som syftar till att förbättra möjligheterna för vårdpersonal som möter asylsökande och andra migranter att tidigt identifiera psykisk ohälsa. Genom införandet av ett screening-instrument för psykisk ohälsa, samt systematisering av dokumentation i journalsystem och vidareremittering till rätt instans hoppas vi kunna förbättra hanteringen av psykisk ohälsa samt öka kunskapen om vårdbehoven inom målgruppen.

In recent years, war, conflict and violation of human rights have led to massive forced displacement, with millions of people seeking protection worldwide. Refugees are at heightened risk for mental health disorders, such as PTSD, depression and psychosis. In this project we aim to develop a standardized interview guide and assess mental health status using a validated screening tool during the health examination. The intention is that this will enhance the possibility for better identification of individuals in need of mental health care, as well as generate better information on health care needs among migrants.

Inledning

Närmare 68 miljoner människor i världen 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. De största flyktinggrupperna sett till ursprungs-

land är från Syrien, Afghanistan, Syd Sudan, Myanmar (Burma) och Somalia– tillsammans utgör de mer än halva världens flyktingpopulation. Krig och krigets konsekvenser utgör ett stort hot mot människors liv och hälsa. Mänskliga rättigheter sätts ofta ur spel och möjligheterna till anständiga livsvillkor försvinner. Hälsa är

en mänsklig rättighet och en förutsättning för framgångsrik etablering för individen och för att samhället ska kunna tillvarata migrationens utvecklingspotential. Såväl de levnadsförhållanden som ligger bakom flykten som flyktprocessens är förknippade med betydande hälsorisker. Många röster har höjts för ett värdigt mottagande och gemensamt har vi moraliskt och politiskt ansvar att garantera grundläggande mänskliga rättigheter för flyktingar och migranter. Det är därmed angeläget att hälso- och sjukvårdsbehov bland asylsökande nyanlända tillgodoses tidigt efter ankomst. Hälsoundersökningar (HU) som erbjuds samtliga asylsökande och vissa andra migranter i Sverige är en åtgärd i linje med den appellen.

Vem är flykting, asylsökande, kvotflykting och nyanländ?

Enligt FN:s flyktingkonvention är en flykting; ”En person som befinner sig utanför sitt hemland på grund av en välgrundad fruktan förförföljelse 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” (1). En person som söker skydd i Sverige är asylsökande. En *asylsökande* bedöms inte alltid som flykting då endast personer som flyr på grund av flyktingskäl räknas som flyktingar. *Kvotflyktingar* är utländska medborgare som innan ankomst till Sverige blivit beviljade uppehållstillstånd genom kvotsystem för särskilt utsatt flyktingar. De har samma rät-

tigheter som övriga medborgare (2). *Nyanlända personer* är personer som fått sitt ärende beviljat och erhållit uppehållstillstånd i Sverige.

Psykisk ohälsa bland migranter

Migrationsprocessens olika faser kan innebära påfrestningar och ha stor inverkan på individens psykiska och fysiska hälsa. Asylsökande och nyanlända är utsatta grupper med särskilda behov och generellt en sårbar grupp som löper högre risk än normalbefolkningen att drabbas av ohälsa som en följd av deras erfarenheter före flykten, under flykten och av mottagandet i värdlandet (3–5).

De senaste årens flyktingströmmar har inneburit ökade utmaningar för hälso- och sjukvården. Behovet av bättre insatser för psykisk hälsa har särskilt betonats. Enligt Socialstyrelsen uppskattas mellan 20 och 30 procent av asylsökande som kommer till Sverige lida av psykisk ohälsa (4). Forskning visar också att neuropsykiatriska tillstånd som schizofreni och autism är vanligare bland individer med flyktingbakgrund. Det finns emellertid mycket begränsad data på de faktiska hälsobehoven bland gruppen (6–8). En studie från Röda korsets Högskola bland asylsökande och nyanlända visade att var tredje nyanländ från Syrien hade påtaglig depression och ångestproblematik. Vidare var psykisk ohälsa i form av ångest, depression och PTSD vanligare bland asylsökande jämfört med gruppen nyanlända, i synnerhet för individer från Somalia och Eritrea (9). Även om kunskapsläget är bristande, tyder

mycket på att bara en mindre andel bland asylsökande med symtom på psykisk ohälsa får adekvat vård och uppföljning.

Hälsoundersökningen

Alla som söker asyl i Sverige ska erbjudas en hälsoundersökning, enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera. Nyanlända kan också erbjudas en hälsoundersökning, om de inte genomgått en sådan som asylsökande, inom ett år efter uppehållstillstånd. Anhöriginvandrare, kvotflyktingar och papperslösa kan erbjudas en HU, detta är dock inte reglerat i lagen på samma sätt. Syftet med hälsoundersökningen är att identifiera eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder, samt att informera om tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård. HU omfattar ett samtal med en sjuksköterska om den undersöktes hälsa med avseende på tidigare och nuvarande hälsotillstånd, vaccinationsstatus och smittorisk. Allt detta enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande med flera (10). En del av samtalet ska avse hur hälsotillståndet kan vara påverkat av den undersöktes psykosociala situation och traumatiska upplevelser. Om HU visar på ett vårdbehov som inte kan anstå ska remittering/hänvisning ske till annan vårdgivare för ytterligare medicinsk bedömning och eventuell behandling. I Stockholms län är det sju vårdcentraler som har ett särskilt uppdrag att genomföra HU med asylsökande och nyanlända.

Vård som inte kan anstå – etiska överväganden och praxis

Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera anger att landstinget har en skyldighet att erbjuda vård till vuxna asylsökande, personer som fyllt 18 år men denna begränsas till ”vård som inte kan anstå” (11,12). Det innebär vård och behandling som är mer än omedelbar vård, dvs. lagen omfattar inte bara akut vård utan innefattar även bl. a. mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Vård som inte kan anstå ska bedömas för såväl somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård, inklusive tandvård. Kritik har framförts att ”vård som inte kan anstå” är otydligt definierat och att konceptualisering kring begreppet saknas. Det har lett till stor variation bland vårdansvariga vad gäller bedömning av vilken vård asylsökande är berättigade (13,14). Det finns inte något i lagtexten som tydligt visar om och hur prioriteringsprinciperna och vårdetiska överväganden vid tillämpning av begreppet ”vård som inte kan anstå” ska skilja sig från vad som gäller för hälso- och sjukvården i allmänhet. Vad som är tydligt är dock att om en alltför strikt tolkning görs av begränsningskriterierna för asylsökande kan det strida mot grundläggande principer för svensk hälso- och sjukvård och internationella konventioner och leda till prioriteringar som står i strid med medicinsk yrkesetik (13,14). Det kan också tänkas som en möjlig förklaring till en lägre vårdkonsumtion än majoritetsbefolkning med tanke på den begränsning lagen innebär för vuxna asylsökande och papperslösa (15).

Hälsoundersökningen – 2 ansatser & 3 olika perspektiv

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) genomförde 2017 en studie om hälsoundersökningarnas täckningsgrad, innehåll och effekter ur ett kvalitativt och kvantitativt perspektiv, på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms län, samt med forskningsfinansiering från Forte (16-18). Syftet med den kvantitativa ansatsen var främst att utveckla metoder för kontinuerlig uppföljning av täckningsgraden av HU samt omfattning och resultat av provtagning och andra åtgärder under HU. De kvantitativa analyserna inkluderar basal beskrivande statistik över antalet asylsökande som genomgått HU i relation till antalet asylsökande bosatta i Stockholm län.

De kvalitativa studiernas huvudsakliga fokus var att erhålla fördjupad kunskap kring uppfattningar om och erfarenheter av HU som insats för asylsökande och nyanlända ur; 1) aktörer involverade i mottagandet av asylsökande och nyanlända, 2) vårdcentralernas/asylmottagningarnas och 3) asylsökande och nyanländas perspektiv.

Individuella djupintervjuer genomfördes med utvalda nyckelpersoner från olika aktörer. Aktörerna rekryterades på basis av sitt yrke, tidigare erfarenhet och delaktighet i genomförandet av HU för asylsökande och nyanlända. Personerna var direkt eller indirekt involverade i olika implementeringsfaser av HU, från utformning till utförande på lokal, regional och nationell nivå. Sammanlagt genom-

fördes 17 intervjuer med personer som arbetade vid; *Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, Transkulturellt centrum, Arbetsförmedlingen, Centrum för samhällsorientering, Sveriges Kommuner och landsting, Migrationsverket och Stockholm stad* samt en person som tidigare arbetat inom *Adlongruppen (organisation bestående av sju landsting och en region i samverkan)*. Vidare genomfördes intervjuer vid samtliga sju vårdcentraler inom Stockholms län som har asyluppdraget; Capiro vårdcentral Wasa i Södertälje, Fittja vårdcentral, Capiro vårdcentral i Rågsved, Rissne vårdcentral, Rinkeby vårdcentral, Valsta vårdcentral samt Bergshamra vårdcentral i Norrtälje kommun (TioHundra). Totalt intervjuades 24 personer (sjuksköterskor, läkare och psykologer, undersköterskor och administratörer). Även intervjuer med asylsökande och nyanlända bosatta i Stockholms län genomfördes. Deltagarna rekryterades från fyra olika platser, ett asylboende i södra Stockholm, en SFI skola i centrala Stockholm, ett språkcafé som anordnas av Röda Korset samt genom personer som tidigare arbetat med asylsökande och nyanlända. Sammanlagt intervjuades 18 personer från följande länder: Syrien, Irak, Eritrea, Somalia, Afghanistan, Palestina och Tunisien.

Viktiga fynd från 2017 studien om hälsoundersökningar

Förutsättningarna att planera framtida vårdbehov är begränsade

Möjligheten att ta tillvara kunskap om vårdbehov och hälsostatus bland asylsökande, som kan användas som

planeringsunderlag, förföll vara outnyttjad. Genom HU finns i teorin goda möjligheter att erhålla kunskap om ohälsa och prognostisera hälso-utvecklingen för asylsökande. Sådan information skulle kunna användas i syfte att identifiera möjliga preventiva insatser vad gäller infektionssjukdomar, psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och förebyggbar sjuklighet. Emellertid är dokumentation och rapportering inte strukturerad på ett sätt som tillåter sådan uppföljning.

Vidare fann vi att det finns ett behov av att vidareutveckla rutiner, riktlinjer och praxis för genomförandet av hälsoundersökningen och att göra flera kompetenshöjande insatser, särskilt kring psykisk ohälsa. I nuläget finns det inte möjlighet att analysera data från hälsoundersökningarna med avseende på asylsökandes psykiska hälsa eftersom det saknas en gemensam strukturerad mall för hälsosamtalen och dokumentation av psykisk hälsa i journalsystemet.

Hur adresserar vi psykisk ohälsa?

I nuläget används olika samtalsmallar vid olika vårdcentraler, vilket leder till en variation kring hur uppdraget genomförs. En standardiserad mall för HU, gemensamma rutiner och praxis för genomförandet av HU skulle eventuellt leda till bättre kvalitet, samt öka möjligheterna till att dokumentera, utvärdera och kvalitetssäkra HU på ett samlat plan. Detta kan särskilt vara av värde för den del av HU som handlar om psykosocial hälsa. Denna del av HU uppfattades av en del av vårdpersonalen vara svår att hantera

och symtom på psykisk ohälsa förekommer inte sällan hos asylsökande och nyanlända. Både på organisatorisk nivå och bland vårdpersonalen lyftes vikten av att ge mer utrymme för samtal kring psykisk ohälsa.

”I vår mall saknas lite här om psykisk hälsa, men det brukar komma fram. Hur man sover, hur man fungerar, hur man äter [...] Men om de inte säger någonting så går man inte djupare in i frågorna”(16)

Jämlik vård

En övergripande utmaning för handläggning av såväl psykisk som somatisk ohälsa är att det råder oklarhet om vilken vård som kan erbjudas inom ramen för ”vård som inte kan anstå”. Tydligare riktlinjer och uppföljning av vilken vård som i praktiken erbjuds krävs. En jämlik vårdtillgång behöver säkerställas, åtminstone inom gruppen asylsökande. Främst är det människovärdesprincipen som är svår att tolka och översätta i praxis. Det skulle således behövas en analys av skillnader i tolkning och tillämpning av begreppet inom hälso- och sjukvården generellt. Detta för att kunna bedöma om den nuvarande definitionen leder till ojämlik tillgång till hälso- och sjukvård inom gruppen asylsökande beroende på var man söker hjälp och vilken person man möter.

”Det är lite olika beroende på vart man går, och vilken läkare man träffar också. En av våra läkare, hon vill inte se någon skillnad på en person som har personnummer eller reservnummer. Utan hon

tycker alla har samma rättigheter, och sen finns det de som tänker lite annorlunda” (16)

Asylsökandes röster

Samtliga asylsökande och nyanlända i vår studie såg nyttan av HU och ansåg att den fyllde en viktig funktion i synnerhet ur smittskyddsperspektiv. Provtagningen uppfattades av många som det huvudsakliga målet med HU och att vårdpersonalen främst var intresserad av att undersöka eventuella föreliggande smittsamma sjukdomar. Det fanns ett visst missnöje med att det brast vid uppföljning och återkoppling av provresultaten, särskilt i de fall då resultaten var negativa. Vidare upplevdes hälsosamtal som en envägskommunikation snarare än en dialog mellan vårdpersonal och de själva.

”Om de nu tar ett blodprov så borde de kunna få svar fort och följa upp med personen i fråga. Om jag inte får några provresultat ifrågasätter jag vikten och nyttan.” (16)

Samverkan mellan olika aktörer

I de intervjuer som genomförts med aktörerna framkom det bristande samverkan inom sjukvården och mellan sjukvården och andra verksamheter. Remisser skickas ofullständiga mellan enheter, kommunikationen är bristfällig och det förefaller finnas okunskap kring vad olika verksamheter har för uppdrag. Flera olika verksamheter är involverade i hälsoundersökningarna och detta kräver samverkan. I

dagsläget saknas tydliga riktlinjer, gemensamt ansvar och ett helhetsgrepp för att möta dessa utmaningar.

Vilka kommer och vilka kommer inte?

Från tillgängliga data förefaller inte bristande motivation bland asylsökande vara det stora problemet för att nå optimal täckningsgrad. Resultaten visade på att personer från de länder som bidrar med flest asylsökande (Afghanistan, Syrien och Irak) i regel kommer till HU när de kallas. Även om andelen som kommer till HU är mycket låg bland asylsökande från vissa andra länder förefaller det som att de största grupperna i hög utsträckning är villiga att genomgå HU. Det har diskuterats huruvida HU bör vara frivilliga eller obligatoriska. Det verkar emellertid vara viktigare att utveckla effektiva informationskanaler än att införa ett obligatorium.

Vägen framåt

Tidigare studier har visat på behovet att förbättra arbetssättet kring HU för asylsökande och andra nyanlända och detta har i sin tur utmynnat i ett nytt uppdrag (17,18). Det aktuella uppdraget från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som påbörjades hösten 2018 och ska fortgå till åtminstone slutet av 2019, innebär introduktion av nya arbetssätt för att underlätta tidig upptäckt av psykisk ohälsa genom screening av psykisk hälsa, systematisering av dokumentation och vidareremittering till rätt instans på två vårdcentraler som erbjuder asylhälsovård inom Stockholms läns landsting. En gemensam struktur för hälsosamtalen

och dokumentation av psykisk hälsa i journalsystemet kommer möjliggöra utvärdering av hälsoläge- och hälso-behov inom målgruppen samt bidra till kompetenshöjande insatser kring psykisk ohälsa.

Förbättrat arbetssätt med Hälsoundersökningen – 2 aspekter – flera fördelar?

Standardiserad journalmall

En särskild journalmall ligger till grund för HU-samtalet och denna är ett viktigt instrument för att fånga den historia patienten bär på. Mellan 20-40 % av flyktingar uppger att ha utsatts för tortyr (prevalens skiljer mycket i olika flyktinggrupper) (9) och som nämnt ovan har asylsökande och flyktingar i högre utsträckning psykisk ohälsa i form av depression, ångest och PTSD, men erhåller mindre vård/lägre antal besök, i jämförelse med majoritetsbefolkningen (15).

HU-samtalet kan vara avgörande för hur patienten fortsättningsvis har förtroende, tilltro och känsla av tillit till den svenska sjukvården. Svensk hälso- och sjukvård ska bygga på evidens och beprövade metoder och vi ska arbeta enhetligt för att kunna erbjuda en jämlik vård där hantering och behandling sker enligt validerade, evidensprövande metoder. Såväl journalmallen som Socialstyrelsens föreskrifter har visat sig vara för allmänt hållna och hälsoundersökningarna inom Stockholms läns landsting varierar stort i innehåll och struktur. Speciellt gällande den del som berör den psykiska hälsan vittnade personalen om svårigheter med att närma sig

patienten och fråga om ångest, trauma och andra psykosociala problem. En mer strukturerad journalmall och samtalsguide är ett steg mot att enhetliggöra samtalet, för en likställd standard för asylhälsovården.

Screening av psykisk ohälsa med Refugee Health Screener

Ett andra steg är att introducera en skattningsskala för att möjliggöra tidig identifiering av ångest, depression och PTSD. Argumentet för att screena för dessa symptom är just att de är så överrepresenterade på gruppnivå även om nyanlända är en mycket heterogen grupp. Formen för hälsoundersökning där patienten träffar en legitimerad personal en gång kan vara svår för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa. Att använda en skattningsskala kan hjälpa att korta den bro som finns mellan vårdpersonal och patient.

Refugee Health Screener (RHS-15) är ett validerat screeninginstrument som mäter depression, ångest och PTSD och speciellt framtaget för en flyktingpopulation som kan ha migrationsrelaterat trauma (19,20). Instrumentet är översatt och validerat till 17 olika språk, och används inom flera flyktingmedicinska enheter både internationellt och i Sverige (21).

Vård som inte kan anstå är ett svårbegripligt begrepp som ålägger vårdpersonalen att avgöra vilken vård individen ska få. Det har visat sig att några av hindren till att asylsökande och papperslösa patienter har svårare tillgänglighet till vården är att vårdpersonal har svårt att avgöra vad det innefattar där konsekvensen blir att

individer nekas vård, i vissa fall redan i receptionen, innan patienten hunnit träffa en legitimerad vårdpersonal, den yrkeskategori som ska avgöra vad som är vård som inte kan anstå. När enskild vårdpersonal ska göra skillnad på människor kan personer med liknande sjukdomsbesvär få olika behandling (22).

Att införa screening av psykisk ohälsa på en målgrupp som har förhöjd risk för depression, ångest och PTSD är ett led i att underlätta för vårdpersonalen att närma sig ämnet och avgöra vilken vård och behandling som lämpar sig. Att bedöma psykiska symptom är ofta svårare än fysiska. Diagnostiseringen är komplex och kräver ett förtroendebyggnad mellan vårdpersonal och patient, för att patienten ska öppna upp och tala om det som är svårt. RHS ska hjälpa till att indikera om psykisk ohälsa föreligger, inte för att ställa diagnos, och bör ses som ett komplement och hjälpmedel för hänvisning till psykolog eller läkare som kan göra en fördjupad bedömning. Sjuksköterskor som använt skalan inom asylhjälsövården i Stockholm har uttryckt att organiserade frågor gjorde det lättare att närma sig ämnet än att tala fritt, ibland har det underlättat att förstå att patienten mår psykiskt dåligt och det är också en tillgång vid hänvisning till andra instanser.

Avslutade reflektion

Vi vet sedan länge att socioekonomiska faktorer och livsvillkoren påverkar den psykiska hälsan, och att dessa medierar de integrationsrelaterade faktorernas påverkan på den psykiska hälsan. Un-

derliggande hälsodeterminanter relaterade till migration (före, under och efter migration) är inte något vi som vårdpersonal och utformare av vården direkt kan påverka i någon större utsträckning, men desto mer kan vi påverka hur vi behandlar människor vi möter inom hälso- och sjukvården, för att främja hälsa och etablering i det svenska samhället. Lagarna på området har sedan 2016 ändras och den tillfälliga begränsningslagen, del i Utlänningslag (23), innebär tillfälliga uppehållstillstånd för konventionsflyktingar och för alternativt skyddsbehövande, alltså alla som sökt asyl och beviljats uppehållstillstånd i Sverige. Det är enbart de som kommer till Sverige som kvotflyktingar som beviljas permanent uppehållstillstånd. Bland de som beviljas tillfälliga uppehållstillstånd kan möjligheten att få permanent framöver förbättras om personen i fråga får ett fast arbete. Tillfälliga uppehållstillstånd och en utdragen asylprocess kan tänkas påverka den psykiska hälsan negativt. Röda Korset (24) har visat i en nyligen släppt rapport om konsekvenserna av den tillfälliga utlänningslagen att oro och den psykiska ohälsan har ökat bland de som berörs av tillfälliga uppehållstillstånd. Det trauma personer kan bära med sig riskerar alltså att späs på av livssituationen under asyl- och etableringsprocess. Ett tydligare och mer strukturerat fokus på psykisk ohälsa och en tidig identifikation för att möjliggöra jämlik vård är nu av större vikt än någonsin, och det är vår förhoppning att det nya arbetssätt vi nu testar ska bidra till detta.

Referenser

- United Nations High Commissioner for Refugees. Convention and protocol relating to the status of refugees. Vol. 10, International and Comparative Law Quarterly. 1961.
- Migrationsverket. Sveriges flyktingkvot 2018. [Internet]. Tillgänglig på: <https://www.migrationsverket.se/download/18.4cb46070161462db1132033/1522849820054/Sveriges%20flyktingkvot%202018.pdf>
- Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. 2016.
- Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. 2015.
- Folkhälsomyndigheten.. Möten om hälsa.Vägledning inför Hälsoundersökningar för migranter. 2014.
- Hollander A-C, Bruce D, Burström B ES. Gender related mental-health differences between refugees and non-refugee immigrants- A cross-sectional register-based study. BMC Public Health. 2011;11(1):180.
- Hollander A-C, Bruce D, Burström B ES. The association between immigrant subgroup and poor mental health- A population-based register study. J Nerv Ment Dis. 2013;201(8):645–52.
- Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride James B, Dalman C et al. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1, 3 million in Sweden. BMJ. 2016;;352:i1030.
- Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A SF. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas Rapp. 2016;
- 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>
- Regeringskansliet. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Svensk författningssamling 2008:344. [Internet]. Tillgänglig på: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at_sfs-2008-344
- Socialstyrelsen.“Vård som inte kan anstå” [Internet]. 2017. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandedemeflera/halso-ochsjukvardochdandvard/vilkenvardskaerbjudas/vardsomintekanansta>.
- Socialstyrelsen. Vård för papperslösa Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd. 2014.
- Prioriteringscentrum. (2014) .Vård som inte kan anstå– Tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppnarprioriteringar. ISSN 1650-8475
- Västra Götalandsregionen. Asylsökandes vårdkonsumtion i Västra Götaland 2011-2016. Fördjupningsrapport Verksamhetsanalys. 2017. Diarienummer RS 2017–01595
- Delilovic S, Åsbring N, Hergens M, Kulane A, Martilla A, Nederby-Öhd J, et al. Hälsoundersökningar för asylsökande och nyanlända – vägen fram. 2017.
- Delilovic S, Kulane A, Åsbring N, Martilla 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.
- Shedrawy J, Kulane A, Lönnroth K. Valuable but incomplete! Migrants’ perspective on Health examinations in Stockholm. Int Health. 2018;10(3):191–6.
- 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.
- 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.
- 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.
- Svenska Röda Korsets värdhet. Nedslag i verkligheten- tillgång till vård för papperslösa. 2018.
- Regeringskansliet. Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige [Internet]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2016752-om-tillfalliga-begransningar-av_sfs-2016-752
- Röda Korset. Humanitära Konsekvenser av den tillfälliga utlänningslagen. 2018.