



UPPSALA
UNIVERSITET

Vilken betydelse har hälsolitteracitet för hälsoundersökningen för asylsökande?

Josefin Wångdahl

**Socialmedicinsk rapportserie
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap 2014-09-04
ISSN 1402-7070**

Författarens tack

Först och främst vill jag tacka alla informanter som delat med sig av sina erfarenheter och uppfattningar om hälsoundersökningen.

Ett stort tack till alla SFI-lärare och rektorer som har hjälpt oss att komma i kontakt med informanter och för att vi fick låna rum på skolorna.

Ett särskilt tack till alla språkstödjare och nyckelpersoner som ställde upp med sin språk- och kulturkompetens och med sina kontakter. Utan er hade det varken blivit några översatta enkäter eller någon insamlad data.

Slutligen, ett stort tack till Ragnar Westerling, professor i socialmedicin vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet för stöd i arbetet med rapporten och till Lena Mårtensson, Fil Dr, vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet för konstruktiva synpunkter vid granskning av rapporten.

Rapporten har författats av Josefin Wångdahl vid Socialmedicin, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet, på uppdrag av projektet "Förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar för asylsökande" (Grant number E 85-292:51-211-12792) som är medfinansierat av Europeiska flyktingfonden och Folkhälsomyndigheten.

Uppsala, juni 2014



EUROPEISKA UNIONEN
Europeiska flyktingfonden

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Definitioner och förkortningar i rapporten.....	8
Inledning.....	9
Bakgrund.....	10
Migration och hälsa	10
Hälsoundersökningen för asylsökande	10
Hälsolitteracitet.....	12
Syfte med rapporten	14
Genomförande.....	15
Enkät och analys.....	17
Resultat.....	18
Deltagare	18
Erfarenheter och uppfattningar om hälsoundersökningen innan deltagande	20
Erbjudande om hälsoundersökningen	20
Erfarenheter och uppfattningar om kallelsen till hälsoundersökningen	21
Inbjudan till hälsoundersökningen	23
Information om hälsoundersökningen.....	23
Strategier för att få tillgång till hälsoinformation.....	26
Erfarenheter och uppfattningar om hälsoundersökningen vid beslut om deltagande	28
Information om hälsoundersökningen vid beslut om deltagande	28
Deltagande i hälsoundersökningen	29
Antal som deltagit i en hälsoundersökning	29
Förväntningarna på hälsoundersökningen	29
Orsaker till deltagande i hälsoundersökningen	30
Orsaker till att inte delta i hälsoundersökningen	31
Om deltagandet i hälsoundersökningen.....	32
Kommunikation vid hälsoundersökningen	32
Hälsoinformation i samband med hälsoundersökningen	34
Bemötande i samband med hälsoundersökningen	35
Inställningar till hälsoundersökningen	36
Förändring av inställning till hälsoundersökningen	36

Sammanfattning över viktigaste fynden.....	37
Hur deltagarna i stort svarat	37
Skillnader i svar avseende födelseland.....	38
Skillnader i svar avseende nivå av hälsolitteracitet.....	38
Diskussion	40
Inför hälsundersökningen	40
Deltagande i hälsundersökningen	41
Hälsolitteracitets betydelse för att kunna uppnå de syften hälsundersökningen har för asylsökande och för samhället	44
Att beakta avseende hälsolitteracitet vid hälsundersökningen.....	45
Förslag på övergripande strategier som kan användas för att ta hälsolitteracitet i beaktande vid hälsundersökningen	46
Studiens styrkor och begränsningar	47
Referenser.....	49

Bilaga 1: Svensk skala för funktionell hälsolitteracitet (SFHL)

Bilaga 2: Kort version av Europeiskt frågeformulär för hälsolitteracitet (HLS-EU-Q16)

Bilaga 3: Tabeller

Sammanfattning

Bakgrund: År 2011 fanns det cirka 10,4 miljoner flyktingar i världen, varav de flesta kom från Afghanistan, Irak och Somalia. År 2012 sökte cirka 44 900 personer asyl i Sverige. Av dessa fick cirka 17 400 uppehållstillstånd. Asylsökande, flyktingar och utomeuropeiska migranter har i allmänhet sämre hälsa än majoritetsbefolkningen i de land som de har migrerat till. Det svenska samhället försöker systematiskt identifiera ohälsan hos asylsökande genom att erbjuda en hälsoundersökning. Antalet asylsökande som genomför hälsoundersökningen varierar i landet och har minskat de senaste åren. Det låga deltagandet kan bero på såväl strukturella som individuella faktorer, t.ex. bristfälliga system för informationsöverföring och låg hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet kan i korthet beskrivas som människors förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla eller förbättra hälsan. Vanligen används två olika dimensioner av hälsolitteracitet. Funktionell hälsolitteracitet som främst handlar om en persons förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation och komplex hälsolitteracitet som är mer omfattande och handlar om en persons förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla eller förbättra hälsan. Hittills har det saknats kunskap om migranternas hälsolitteracitet i Sverige och vilken betydelse den kan ha för hälsoundersökningen för asylsökande. Rapporten syftar till att presentera flyktingars och vissa icke EU-födda migranternas erfarenheter av och uppfattningar om hälsoundersökningen för asylsökande i relation till hälsolitteracitet. Därutöver diskuteras vad hälsolitteracitet kan ha för betydelse för att hälsoundersökningens syften för asylsökande och samhället uppnås.

Genomförande: En enkätundersökning genomfördes våren 2013 i nitton SFI-skolor i fyra svenska län. Enkäten innehöll främst frågor om erfarenheter av och uppfattningar om hälsoundersökningen, men också frågor som mäter hälsolitteracitet samt frågor om sociodemografi för att kunna beskriva deltagarna i studien. Enkäten delades ut på olika språk och vände sig till personer som talar arabiska, somaliska, dari eller engelska, var födda utanför norden och EU, samt hade fått permanent uppehållstillstånd. Dessutom behövde personen i fråga ha fått uppehållstillstånd på grund av asylskäl eller ha blivit erbjuden en hälsoundersökning för asylsökande för att få svara. Totalt uppfyllde 606 samtliga kriterier. Insamlad data analyserades statistiskt för att utvärdera erfarenheter

av och uppfattningar om hälsoundersökningen för asylsökande. Därutöver undersöktes vad gruppen i sin helhet hade för erfarenheter och uppfattningar samt skillnader mellan dessa i grupper med olika födelseland och hälsolitteracitet.

Resultat: Enkäten besvarades av ungefär lika många kvinnor som män och de flesta var i åldern 25–44 år. Omkring två tredjedelar hade gått i skolan sju år eller mer. De flesta hade fått uppehållstillstånd med asylskäl och haft det i ett till två år samt deltagit i hälsoundersökningen för asylsökande. Något mer än hälften skattade sin hälsa som relativt god. Flertalet hade begränsad funktionell hälsolitteracitet och något färre, om än majoriteten, hade begränsad komplex hälsolitteracitet.

Fler än hälften hade svårt att förstå den skriftliga kallelsen. Majoriteten hade otillräcklig information om hälsoundersökningen för asylsökande innan de deltog och hälften kunde inte ta ställning till om de skulle delta i den utifrån informationen i kallelsen. Vid själva genomförandet av hälsoundersökningen var det omkring 30 % som delvis eller inte alls: förstod det som sades, kunde berätta om sina hälsoproblem, fick svar på sina frågor och/eller som inte fått information om eller resultat på de prover som tagits. Cirka en fjärdedel uppfattade inte att de hade fått hjälp med sina hälsoproblem eller att de fått någon ny hälsokunskap. Fler än hälften upplevde att hälsoundersökningen var kränkande på något sätt, samtidigt som de flesta skulle rekommendera andra att göra den. Erfarenheter av och uppfattningar om hälsoundersökningen, skiljde sig mellan deltagare från olika länder, framför allt när det gäller information om hälsoundersökningen. Funktionell hälsolitteracitet tycks ha störst betydelse i samband med information inför hälsoundersökningen, och komplex hälsolitteracitet tycks ha störst betydelse i samband med själva genomförandet av hälsoundersökningen.

Slutsats: Cirka hälften av de som deltagit i hälsoundersökningen för asylsökande upplevde olika kommunikativa svårigheter i samband med den, dels inför deltagandet och dels vid själva genomförandet. Deltagarnas upplevelser av kallelsen och deltagande i hälsoundersökningen var både positiva och negativa. Hälsolitteracitet tycks vara av betydelse främst inför och vid själva genomförandet av hälsoundersökningen. För att syftet med hälsoundersökningen för asylsökande ska uppnås, dvs. utmytna i en medicinsk bedömning av behovet av vård som inte kan anstå, råd, stöd eller andra åtgärder enligt smittskyddslagen, är det viktigt att hälsolitteracitet tas i beaktande på såväl individ- som på organisationsnivå.

Förslag på övergripande strategier som kan användas för att ta hälsolitteracitet i beaktande vid hälsoundersökningen:

1. Använd kommunikationsstrategier som lämpar sig för personer med begränsad hälsolitteracitet i samband med hälsoundersökningen. Utgå från principen "tydlig kommunikation underlättar för alla människor oavsett vilken hälsolitteracitetsnivå de har".
2. Utbilda de som arbetar med informationsspridning och genomförande av hälsoundersökningen om vad hälsolitteracitet är, vad den har för betydelse i samband med hälsoundersökningen och hur den kan tas i beaktande.
3. Ta hälsolitteracitet i beaktande i samband med uppföljningar och utvärderingar av förbättrande metoder och insatser när det gäller kommunikation i samband med hälsoundersökningen. Undersök om och hur olika metoder och insatser lämpar sig för personer med olika nivå av hälsolitteracitet.

Definitioner och förkortningar i rapporten

Asylsökande	En utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd mot förföljelse, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol.
Flykting	Utlänning som har sökt asyl och fått tillstånd att som flykting bosätta sig i Sverige. ¹
Migrant	En person som bor i ett annat land än där denne är född.
HUA	
Hälsolitteracitet	Handlar om människors kunskap, motivation och förmåga att få tillgång till, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation för att kunna göra bedömningar och ta beslut i vardagen som har att göra med sjukvård, sjukdomsprevention och hälsopromotion, för att bibehålla och förbättra livskvalitén under hela livet” [1]. Innefattar både funktionell och komplex hälsolitteracitet.
FHL	Funktionell hälsolitteracitet: en persons förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation.
KHL	Komplex hälsolitteracitet: en persons förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla eller förbättra hälsan.
Bristande hälsolitteracitet	Den lägsta hälsolitteracitetsnivån.
Problematiser hälsolitteracitet	Den mellersta hälsolitteracitetsnivån.
Tillräcklig hälsolitteracitet	Den högsta hälsolitteracitetsnivån.
Begränsad hälsolitteracitet	Bristande + problematiser hälsolitteracitet.

¹ Genève-konventionen är FN:s flyktingkonvention från 1951 och handlar om flyktingars rättsliga ställning. Enligt den ska Sverige pröva varje asylansökan och ge de människor asyl som konventionen definierar som flyktingar. Enligt konventionen är flyktingar personer som har välgrundade skäl att vara rädda för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp. Förföljelsen kan komma från hemlandets myndigheter, men det kan också vara så att myndigheterna inte kan ge trygghet mot förföljelse från enskilda personer. Källa: Migrationsverket

Inledning

Den 1 januari 2012 startade Smittskyddsinstitutet (SMI) tillsammans med nio partner ett större projekt om förbättrad struktur och samordning kring hälsoundersökningar för asylsökande. Projektet pågick till och med juni 2014 och medfinansieras av Europeiska flyktingfonden (ERF). Det övergripande syftet med projektet var att skapa en bättre struktur vid hälsoundersökningar, huvudsakligen genom en modernisering av hur information om nyanlända asylsökande förs vidare från Migrationsverket till hälso- och sjukvården, så att det sker snabbt och med stor säkerhet. Projektets övergripande mål var att öka andelen asylsökande som genomgår hälsoundersökningen. Ett annat mål var att informationsöverföringen ska ske enhetligt över hela landet och att samordning mellan Migrationsverket och landstingen och regionerna skulle bli bättre. Projektet bestod av tre delprojekt, varav den här studien genomfördes inom delprojekt två.

1. Operativa gränssnittet (OG)

Aktiviteterna inom delprojektet baserades på behov av mer kunskap hos tjänstemännen på Migrationsverket och i landstingen/regionerna, om såväl egna som andras ansvarsområden och roller rörande hälsoundersökningar för asylsökande. För att uppnå detta anordnades utbildningar av olika slag.

2. Hälsoundersökningar och asylsökande (HUA)

Det andra delprojektet syftade till att beskriva hälsoundersökningen ur den asylsökandes perspektiv och att ta tillvara denna kunskap vid förbättringsåtgärderna i de två andra delprojekten. Aktiviteterna i delprojektet skedde i form av forskningsstudier vilka utfördes av de universitet och forskare som medverkade i projektet.

3. Information, kommunikation, teknik (IKT)

Utgångspunkten för det tredje delprojektet var att informationsöverföringen mellan Migrationsverket och landstingen och regionerna behövde moderniseras.

Huvudaktivitet för delprojektet var därför att utarbeta och införa tekniska lösningar som underlättar informationsöverföring, i samarbete med andra projekt som arbetar med liknande frågor. Därtill syftade delprojektet till att utarbeta strukturer och rutiner för hur informationen från Migrationsverket ska hanteras i landstingen.

Bakgrund

Migration och hälsa

I slutet av 2011 rapporterade UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) att det fanns cirka 10,4 miljoner flyktingar i världen varav de flesta kom från Afghanistan, Irak och Somalia [2]. I Sverige sökte år 2012 cirka 44 900 personer asyl varav cirka 17 400 erhöll uppehållstillstånd [3]. Flest asylsökande kom från Syrien (18 %), Somalia (13 %) och Afghanistan (11 %). Asylsökande, flyktingar och utomeuropeiska migranter i Sverige och många andra västländer har i allmänhet sämre hälsa än majoritetsbefolkningen i de land som de har migrerat till [4-9]. Exempel på vanliga ohälsoproblem är infektionssjukdomar, muskuloskeletala besvär och psykisk ohälsa. Den högre ohälsan beror på flera olika faktorer, t.ex. socioekonomisk och kulturell bakgrund, migrationsprocessen (livet innan, under och efter flykt) och olika sociala faktorer (t.ex. levnadsförhållanden och tillgång till sjukvård och hälsoinformation) [8, 10, 11].

Hälsoundersökningen för asylsökande

Ett av det svenska samhällets systematiska försök att identifiera eventuell ohälsa hos asylsökande, är att erbjuda alla asylsökande, om det inte är uppenbart obehövt, en gratis hälsoundersökning (HUA) [12] samt vård som inte kan anstå. Respektive landsting är ansvariga för dess genomförande [13]. Hälsoundersökningen erbjuds dels för att uppmärksamma eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder, dels för att informera om möjligheten att få ta del av hälso- och sjukvård samt tandvård [14].

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om HUA går det att läsa om hur den ska erbjudas, vad som är dess syfte, vad den ska innehålla, vad asylsökande ska informeras om samt hur remittering ska ske. Kallelsen till HUA ska t.ex. innehålla syftet med denna, att den är frivillig och att tolk kommer att anlitas vid behov. Informationen bör lämnas på ett språk som mottagaren förstår. Hälsoundersökningen ska bl.a. innehålla ett samtal om deltagarens tidigare och nuvarande fysiska och psykiska hälsotillstånd. Frågor om vaccinationsstatus, exponering för smittrisk samt andra uppgifter som kan behövas från

smittskyddssynpunkt ska också ställas av vårdpersonalen i samband med HUA. Vad för kroppsundersökning och provtagning som ska genomföras baseras utifrån vad som framkommer i samtalet. I samband med undersökningen ska deltagaren dessutom informeras om vad denne har för möjlighet att ta del av hälso- och sjukvård samt tandvård och hur vederbörande ska göra för att komma i kontakt med vården. Om HUA inkluderar barn ska information ges om tillgång till förebyggande hälso- och sjukvård samt tandvård. Om vårdgivare inte kan tillgodose vårdbehov som identifieras ska remittering till annan vårdgivare erbjudas. De som inte fyllt 18 år ska erbjudas samma vård som övriga bosatta i landstinget. De ska också erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. För att möjliggöra remittering och svar på prover bör kontaktuppgifter registreras.

Vanligtvis får asylsökande först information om HUA av Migrationsverket, muntligt i samband med besök där, och/eller skriftligt tillsammans med annan information i ett större informationspaket. Därefter får de ytterligare information om HUA i samband med kallelsen från landstinget. Vad informationen verkligen innefattar, på vilket sätt den kommuniceras och vilka som får information och inbjudan varierar mellan olika län [15, 16].

Andelen asylsökande som genomför HUA varierar i landet och har minskat under de senaste åren. Enligt 2011 års statistik från Sveriges kommuner och landsting (SKL) deltog endast 54 % [17]. Enligt personal som arbetar med HUA [15, 16, 18] kan den relativt låga andelen bero såväl på strukturella som på individuella faktorer. Faktorer som anges är t.ex. bristfälliga system för informationsöverföring, dålig kvalitet på information om hälsoundersökningen, asylsökandes tidigare erfarenheter och begränsad hälsolitteracitet. Vad asylsökande har för erfarenheter om och uppfattningar av HUA och om informationen i samband med den, är ett nästan outforskat område. Förutom att det skulle kunna underlätta att förklara vad som orsakar det låga deltagande är det viktigt att utforska detta utifrån ett rättighetsperspektiv. Enligt rätten till hälsa [19] (en av många mänskliga rättigheter) har alla rätt till hälsoinformation likväl som rätt till fysisk och juridisk tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet kan i korthet beskrivas som människors förmåga att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation [20]. Hälsolitteracitet kan förväxlas med hälsokommunikation men är inte riktigt samma sak. Hälsolitteracitet är användning av olika färdigheter och förmågor medan hälsokommunikation är själva processen att utbyta information [21]. Generellt sett är hälsolitteracitet en viktig bestämningsfaktor för hälsa [22], empowerment (egenmakt) [23] och en fråga om social rättvisa [24, 25].

Vanligen används två olika dimensioner av hälsolitteracitet. *Funktionell hälsolitteracitet* (FHL) har att göra med en persons förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation [23]. *Komplex hälsolitteracitet* (KHL) är mer övergripande och kan något förenklat beskrivas som förmågan att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla eller förbättra hälsan.

Funktionell

hälsolitteracitet (FHL) i den här rapporten syftar på förmåga att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation.

Komplex hälsolitteracitet innefattar förutom funktionell hälsolitteracitet även kommunikativ- och kritisk hälsolitteracitet [23]. Kortfattat handlar *kommunikativ hälsolitteracitet* om att kunna välja ut relevant hälsoinformation, om att kunna använda den i olika sammanhang och om att kunna kommunicera den med andra. *Kritisk hälsolitteracitet* handlar i sin tur bl.a. om att kritisk kunna granska information för att kunna ta kontroll över olika situationer i livet med betydelse för hälsan.

Den något mer övergripande definitionen nedan beskriver hälsolitteracitet i stort i mer detalj och innefattar såväl funktionell som komplex hälsolitteracitet
“Hälsolitteracitet ... handlar om människors kunskap, motivation och förmåga att få tillgång till, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation för att kunna göra bedömningar och ta beslut i vardagen som har att göra med sjukvård, sjukdomsprevention och hälsopromotion, för att bibehålla och förbättra livskvalitén under hela livet” [1].

Komplex hälsolitteracitet

(KHL) i den här rapporten syftar främst på kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet. Något förenklat, förmågan att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation för att bibehålla eller förbättra hälsan.

En person kan ha olika nivåer av hälsolitteracitet i olika sammanhang och i olika situationer[26]. En person kan t.ex. ha kunskap om när man ska söka vård vid ohälsa men inte var . Vidare kan en person ha tillräcklig hälsolitteracitet i ett land och bristande hälsolitteracitet i ett annat. Det är också möjligt för en person att ha begränsad FHL samtidigt som personen har tillräcklig KHL [27]. Det vill säga, en person som inte kan läsa och skriva kan ha goda förmågor att kommunicera med andra

och vara kritisk till olika sorters muntlig hälsoinformation. Hälsolitteracitet är alltså inte isolerat till individen, utan uppstår i relation till omgivningen[28].

Hälsolitteracitet kan påverka hälsan på många sätt. Personer med begränsad hälsolitteracitet har visat sig ha svårt att förstå instruktioner från hälso- och sjukvårdspersonal och att tolka hälsoinformation [26, 29], de kan överutnyttja akutvården och ha svårt att följa råd och behandlingar [29]. När det gäller hälsofrämjande insatser, såsom screening för sjukdom, har samband mellan begränsad hälsolitteracitet och lågt deltagande observerats. En möjlig förklaring är att personen inte förstår varför den ska delta, missförstår tid och plats eller avstår på grund av rädsla för undersökningen. En annan förklaring kan vara rädsla för att någon ska upptäcka svårigheter med att förstå språk eller innehåll i den information som ges [30], vilket kan utlösa skamkänslor kopplade till begränsad hälsolitteracitet.

Personer med tillräcklig hälsolitteracitet har visat sig ha högre självskattad hälsa än de med begränsad hälsolitteracitet [1, 31, 32]. Förutom att begränsad hälsolitteracitet kan leda till onödig ohälsa och lidande för den enskilda individen, kan begränsad hälsolitteracitet leda till höga kostnader för såväl individ och samhälle [33, 34]; missförstånd och okunskap till följd av begränsad hälsolitteracitet kan leda till onödig ohälsa och ökade kostnader för behandling. Allt mer tyder också på att begränsad hälsolitteracitet kan vara en förklaring till ojämlikhet i hälsa mellan grupper med olika ursprung [35]. Om hälsolitteracitet beaktas och rätt insatser görs på såväl individ- och

organisationsnivå, kan den främjas och risken för onödig ohälsa till följd av begränsad hälsolitteracitet kan minska [36]. Att ta hälsolitteraciteten i beaktande är således också viktigt faktor för att kunna skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen, dvs. för att det svenska övergripande folkhälsomålet [37] ska uppnås.

Migranter[38-41] lågutbildade, kronisk sjuka och äldre har visat sig ha lägre hälsolitteracitet än andra grupper [42-44]. Likaså har forskning visat att de med låg social status har lägre hälsolitteracitet än de med högre social status [32, 45]. Andelen personer med begränsad hälsolitteracitet varierar mellan olika länder. I en kartläggning av hälsolitteracitet hos befolkningen i åtta länder i Europa var det dock hela 47 % i genomsnitt som hade problematisk eller otillräcklig hälsolitteracitet [32]. Migranter ingick emellertid inte i kartläggningen. Kunskap om hälsolitteracitet hos asylsökande, flyktingar och andra migranter i världen är generellt sett mycket begränsad, i Sverige helt okänd.

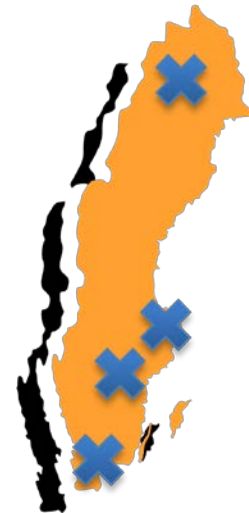
Sammanfattningsvis: ohälsan är hög hos gruppen asylsökande, flyktingar och andra migranter och många deltar inte i HUA. En bidragande orsak kan vara att många av dem har begränsad hälsolitteracitet och att det inte uppmärksammas i tillräckligt hög grad i samband med HUA.

Syfte med rapporten

1. Att presentera flyktingars och vissa icke EU-födda migranternas erfarenheter av och uppfattningar om information och kommunikation i samband med hälsoundersökningen för asylsökande i relation till hälsolitteracitet.
2. Att belysa, problematisera och diskutera betydelsen av hälsolitteracitet för att kunna uppnå de syften hälsoundersökningen har för asylsökande och för samhället.

Genomförande

För att undersöka vad asylsökande och andra vissa icke EU-födda migranter som erbjudits HUA har för egna erfarenheter av och uppfattningar om hälsoundersökningen, i relation till hälsolitteracitet, genomfördes en enkätundersökning. Det innebär att resultat som presenteras i denna rapport ger en ögonblicksbild av uppfattningar och erfarenheter om HUA, hälsa och hälsolitteracitet. Insamling av enkäter skedde våren 2013 i nitton utvalda SFI- skolor (Svenska för invandrare). För att få en geografisk och demografisk spridning valdes skolor i Norrbotten, Stockholm, Östergötland och Skåne. De SFI-skolor som besöktes i respektive län bestämdes genom ett strategiskt urval, baserat på antal personer som fått uppehållstillstånd med asylskäl 2012 [3] i kommunerna i respektive län. Skolor vilka skattades ha fler än 30 elever i studiens målgrupp (se nedan) valdes ut. Om mer än en skola inom en kommun hade fler än 30 elever i studiens målgrupp, valdes en av skolorna genom lottning. Nitton skolor visade intresse för att delta, vilket resulterade i att enkäter delades ut i totalt 170 SFI-klasser. Studienivån varierade mellan de olika klasserna. En del bestod av deltagare som aldrig tidigare gått i skolan, andra hade deltagare med grundläggande eller avancerad skolgång.



Figur 1. Län där enkäter samlats in.

Målgrupp för enkäten var myndiga flyktingar och migranter som var på plats för undervisning den dag som deras SFI-skola besöktes och som uppfyllde ett antal kriterier. Deltagarna skulle kunna arabiska, somaliska, dari eller engelska, vara födda utanför nordnorden och EU samt ha fått permanent uppehållstillstånd. Dessutom var deltagarna tvungna att antingen ha blivit erbjuden HUA eller ha fått uppehållstillstånd med asylskäl. Totalt uppfyllde 609 personer samtliga deltagarkriterier. Språken valdes ut baserat på de länder varifrån flest flyktingar i Sverige kom från 2012 [3]. Deltagandet var helt frivilligt och inga namn eller personnummer samlades in. Endast tre personer avstod från att svara.

Datainsamlingen i respektive skola genomfördes av en grupp bestående av en forskare och minst ett språkstöd per språk per potentiell språkgrupp som enkäten vände sig till och som fanns på respektive skola. Språkstöden pratade samma språk som målgruppen för enkäten (arabiska, somaliska, dari eller engelska) och hade tidigare erfarenhet av forskning eller socialt arbete. Det första gruppen gjorde på respektive skola var att informera om studien och om att det var frivilligt att delta. Därefter delades enkäter ut till dem som uppfyllde deltagarkriterierna, och som samtyckte till att delta. Enkäterna fylldes i direkt på plats på deltagarnas ordinarie SFI-tid. Deltagare i målgruppen som hade svårt att läsa eller skriva (22 %) fick hjälp av språkstöd som läste upp frågorna och vid behov hjälpte till med att fylla i deltagarnas muntliga svar. Enligt svensk lag behövdes ingen särskild etikprövning för studien utöver det rådgivande yttrande som gavs av den etiska kommittén i Uppsala december 2012 (diarienummer 2012:506) för att genomföra studien.

Enkät och analys

Vid insamling av data användes en enkät innehållande 60 frågor, vilken var översatt från svenska till arabiska, somaliska, dari och engelska. Översättningarna skedde enligt riktlinjer för översättning av instrument [46], dvs. genom översättning, tillbakaöversättning och pilottestning genom intervjuer. Enkäten bestod dels av frågor som använts i tidigare forskning [47-49], dels av frågor utvecklade av forskningsteamet. De nya frågorna baserades på resultat från en förstudie som genomfördes hösten 2012 [50].

Den del av enkäten som fokuserade på hälsolitteracitet var baserad på två olika självskattningsinstrument. För att mäta FHL användes den svenska funktionella hälsolitteracitetsskalan (SFHL)[51], vilken består av fem frågor om en persons förmåga att läsa och ta del av skriftlig hälsoinformation (Bilaga 1). För att mäta KHL användes den svenska versionen av det europeiska frågeformuläret för hälsolitteracitet, HLS-EU-Q16 [52]. Det består av sexton frågor om en persons förmåga att hitta, förstå, granska och använda hälsoinformation när det gäller hälsopromotion, hälsoprevention samt hälso- och sjukvård (Bilaga 2). För att ta del av enkäten i sin helhet, kontakta författaren.

Insamlad data från enkäterna analyserades med hjälp av SPSS (*Statistical package for Social Sciences version 21*). För att få så korrekta resultat som möjligt analyserades enbart svar från de personer som logiskt sett bör ha kunnat svara på respektive fråga. Det innebär t.ex. att enbart svar från dem som deltagit i HUA har använts vid analys av frågorna som handlade om själva genomförande. Avrundning till heltal och möjlighet att ange flera svar på vissa frågor gör att summan för antal procent för svar på vissa frågor inte alltid blir 100 procent. Statistiska tester användes för att undersöka signifikanta skillnader mellan grupper med olika födelseland samt med olika nivåer av FHL och KHL. Utifrån vad deltagare svarade på frågorna om FHL och KHL bedömdes de ha bristande, problematisk eller tillräcklig FHL/KHL. Bristande ses som den lägsta nivån av hälsolitteracitet och tillräcklig som den högsta nivån av hälsolitteracitet. Begränsad hälsolitteracitet används som ett samlingsbegrepp för personer med antingen bristande eller problematisk hälsolitteracitet. Fem svarskategorier användes vid analys som innefattade födelseland: Afghanistan, Irak, Somalia, Syrien och "annat land". Gruppen "annat land" består således av personer från flera olika länder.

Resultat

I rapportens bilagor finns tabeller med information om hur många och hur stor andel som svarat, samt fördelningen av svar för respektive svarsalternativ. När det gäller tabeller över svar från personer med olika födelseland, FHL och KHL redovisas enbart de frågor där signifikanta skillnader i svar observerades. Viktigt att poängtera är att resultaten endast indikerar vad personer som invandrat till Sverige, dvs. migranter har för hälsolitteracitet i Sverige. De ger inte svar på vad deltagarna har för hälsolitteracitet i sitt hemland eftersom hälsolitteracitet är starkt kopplat till kontext.

Deltagare

Totalt svarade 606 personer i studiens målgrupp på enkäten (omnämns härnäst som deltagarna). Av dessa var ungefär lika många kvinnor som män. Majoriteten var i åldern 25–44 år (genomsnittsålder 36 år, S.D. 10.7 år), hade gått i skolan mer än sju år, haft uppehållstillstånd i Sverige i ett till två år, fått uppehållstillstånd med asylskäl, var muslimer, skattade sin hälsa som *varken bra eller dålig, bra* eller *mycket bra* då de väntade på uppehållstillstånd och hade deltagit i HUA (88 %). Tre av tio hade någon *långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat hälsoproblem* vid tidpunkten då de fyllde i enkäten. Det var något vanligare att deltagarna hade genomfört sin HUA i Stockholms län eller Region Skåne än att de hade genomfört den i Östergötland eller Norrbottens län (Tabell 1). Fördelningen av samtliga karaktäristika förutom KHL skiljde sig åt signifikant mellan deltagarna med olika födelseland (Somalia, Afghanistan, Irak, Syrien och annat land) (Bilaga 3, tabell 4).

Tabell 1. Fördelning av karaktäristika bland de som deltog i studien

	Antal	Fördelning (%)
Land		
Afghanistan	58	11
Irak	113	22
Somalia	130	25
Syrien	103	20
Annat land	111	22
Kön		
Män	303	51
Kvinnor	290	49
Ålder		
18-24	84	16
25-44	340	64
45 år eller äldre	111	21
Utbildning		
Ingen	72	12
1-6 år	138	23
7-12år	209	35
Mer än 12 år	176	30
År med uppehållstillstånd i Sverige		
Kortare än 1 år	38	7
1 – 2 år	332	63
Mer än 2 år	157	30
Varför man kom till Sverige		
Asyl	455	77
Annan orsak	138	23
Religion		
Ej religiös	24	5
Muslim	376	70
Kristen	107	20
Annan religion	31	6
Långvarig sjukdom		
Nej	382	67
Ja	175	32
Självskattad hälsa vid väntan på uppehållstillstånd		
Mycket dålig	81	14
Dålig	91	26
Varken bra eller dålig	149	26
Bra	136	23
Mycket bra	125	22
Blivit erbjuden en hälsundersökning för asylsökande		
Ja	464	78
Nej	128	22
Deltagit i hälsundersökning för asylsökande		
Ja	482	88
Nej	67	12
Var hälsundersökningen för asylsökande gjordes		
Stockholm	121	29
Skåne	105	25
Östergötland	51	12
Norrbottn	77	18
Annat län	64	15

Hälsolitteracitet bland deltagarna

De flesta (80 %) av deltagarna hade otillräcklig FHL (bristande eller problematisk FHL). Något mer än hälften (61 %) hade otillräcklig KHL (bristande eller problematisk KHL) (Tabell 2).

Tabell 2. Beskrivning av deltagarna

	Antal	Fördelning (%)
Funktionell hälsolitteracitet		
Bristande	310	59
Problematisk	108	21
Tillräcklig	104	20
Komplex hälsolitteracitet		
Bristande	100	27
Problematisk	127	34
Tillräcklig	147	39

Fördelningen av vissa karaktäristika skiljde sig signifikant mellan grupper med olika nivå av FHL. Högst andel personer med bristande FHL observerades bland deltagarna födda i Somalia, som var 45 år eller äldre, hade gått i skolan sju till tolv år, hade haft uppehållstillstånd i ett till två år och hade inte någon långvarig sjukdom (Bilaga 3, tabell 9). Färre signifikanta skillnader observerades vid jämförelse av fördelning av karaktäristika mellan grupper med olika nivå av komplex hälsolitteracitet. Högst andel personer med bristande KHL observerades bland dem med långvarig sjukdom och bland dem som skattade sin hälsa som varken bra eller dålig (Bilaga 3, tabell 9).

Erfarenheter och uppfattningar om hälsoundersökningen innan deltagande

Erbjudande om hälsoundersökningen

De flesta (78 %) av deltagarna hade blivit erbjudna HUA (Tabell 1). En lägre andel av de som var födda i Irak (68 %) och Syrien (67 %) hade blivit erbjudna HUA jämfört med de som var födda i Somalia (86 %), Afghanistan (88 %) eller annat land (93 %), (Bilaga 3, tabell 2). Inga statistiska skillnader i hälsolitteracitet observerades mellan de som blivit erbjudna/inte blivit erbjudna HUA.

Erfarenheter och uppfattningar om kallelsen till hälsoundersökningen

Majoriteten (75 %) hade fått kallelsen på svenska, betydligt färre hade fått den på sitt modersmål, engelska eller annat språk. Fler än hälften förstod kallelsen delvis eller behövde hjälp med översättning för att förstå den. Hälften blev glada för att de blev kallade, omkring en tiondel blev rädda eller oroliga och näst intill ingen blev arg eller irriterad. Många deltagare uppgav emellertid att de inte kände något speciellt (Tabell 3). Det var något vanligare att de födda i Somalia (66 %) respektive Syrien (48 %) blev glada när de fick kallelsen jämfört med de som var födda i övriga länder (Bilaga 3, tabell 2).

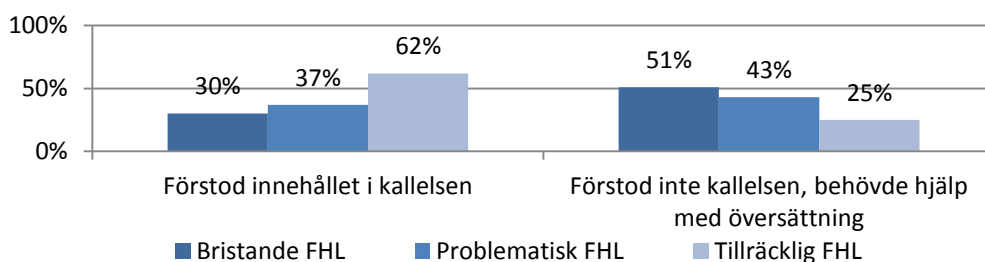
Tabell 3. Uppfattningar om kallelsen till hälsoundersökningen.

	Antal	Fördelning (%)
På vilket språk fick du kallelsen?*		
Svenska	330	75
Modersmålet	101	23
Engelska	28	6
Annat	3	1
Förstod du innehållet i kallelsen?		
Ja	168	38
Lite grann	80	18
Nej, jag behövde hjälp med översättning	193	44
	Antal	Andel (%)
Hur kändes det att när du fick kallelsen till hälsoundersökningen?*		
Kände inget speciellt	184	40
Blev glad	226	50
Blev rädd eller orolig	48	11
Blev arg eller irriterad	1	0

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Samband mellan hälsolitteracitet och uppfattningar om den skriftliga kallelsen till hälsoundersökningen

Ju högre FHL i en grupp desto fler förstod innehållet i kallelsen (Figur 2). Det var vanligare att de med bristande FHL blev glada för kallelsen jämfört med de med problematisk eller tillräcklig FHL. Deltagarna med problematisk och tillräcklig FHL kände å andra sidan i högre utsträckning inget speciellt när de fick kallelsen (Tabell 4).



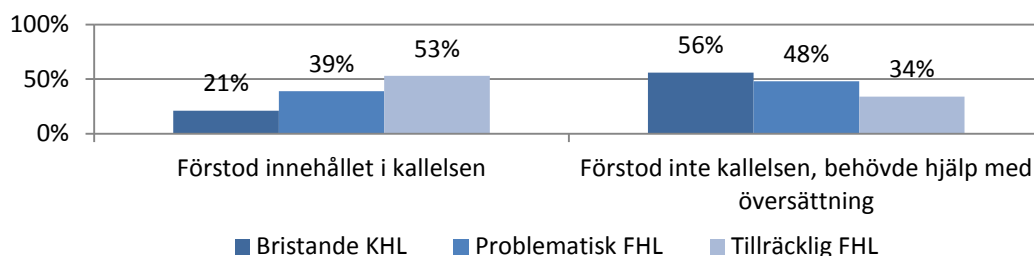
Figur 2. Förståelse av kallelsen i grupper med olika nivå av funktionell hälsolitteracitet (FHL).

Tabell 4. Känslor i samband med kallelsen i grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL).

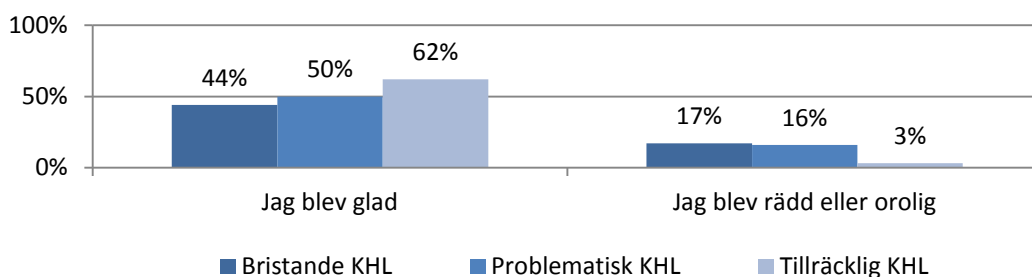
	Bristande FHL Andel (%)	Problematisk FHL Andel (%)	Tillräcklig FHL Andel (%)
Hur kändes det när du fick kallelsen till hälsoundersökningen?*			
Kände inget speciellt	31	53	48
Blev glad	57	37	49

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Ju lägre KHL i en grupp desto färre förstod innehållet i kallelsen (Figur 3), desto fler blev rädda eller oroliga och desto färre blev glada (Figur 4).



Figur 3. Förståelse av kallelsen i grupper med olika nivå av komplex hälsolitteracitet (KHL).



Figur 4. Känsla vid mottagandet av kallelsen i grupper med olika nivå av komplex hälsolitteracitet (KHL)

Inbjudan till hälsoundersökningen

Majoriteten (63 %) av deltagarna angav att asylsökande borde bli inbjudna till HUA genom brev via posten eller via ett personligt möte på Migrationsverket. Betydligt färre angav att asylsökande ska bli inbjudna till HUA genom telefonsamtal, e-post eller SMS (Tabell 5).

Tabell 5. Hur deltagarna anser att asylsökande ska få inbjudan till hälsoundersökningen

	Antal	Andel (%)
Hur anser du att asylsökande ska bli inbjudna till hälsoundersökningen?*		
E-post	48	9
Brev via posten	346	63
Telefonsamtal	63	12
SMS	43	8
Personligt möte på Migrationsverket	202	37

**Flera svarsalternativ kunde fyllas i*

Att få inbjudan till HUA via e-post var mest förekommande alternativet hos deltagarna födda i annat land (18 %) och minst frekvent förekommande hos deltagarna födda i Afghanistan (0 %). Att få inbjudan via brev på posten var populärast bland dem födda i Somalia (76 %) och Afghanistan (71 %) därefter bland dem som var födda i Irak (64 %), annat land (56 %) och Syrien (55 %). Att få inbjudan via SMS var populärare bland dem födda i Somalia (13 %), Afghanistan (12 %) och annat land (12 %) jämfört med dem födda i Irak (1 %) eller Syrien (4 %) (Bilaga 3, tabell 5). Inga signifikanta skillnader när det gäller hur deltagare ville bli inbjudna till HUA kunde observeras mellan grupper med olika hälsolitteracitet.

Information om hälsoundersökningen

Flest deltagare hade fått information om HUA via Migrationsverket eller landstinget. Ett fåtal hade fått information om HUA via familj, släkt eller vänner i Sverige eller själva sökt upp information, och en tiondel hade inte fått någon information överhuvudtaget (Tabell 6). En högre andel av deltagarna födda i Afghanistan, Syrien respektive annat land (över 50 %) hade fått information om HUA via Migrationsverket jämfört med dem födda i Somalia (40 %) eller Irak (36 %). Deltagarna födda i Somalia (47 %) hade i högre grad fått information om HUA via hälso- och sjukvården jämfört med dem som kom var födda i övriga länder (34 %

eller mindre). Det var vanligare att de som var födda i Syrien (14 %) eller Irak (18 %) inte fått någon information om HUA överhuvudtaget jämfört med de som var födda i övriga respektive länder (9 % eller mindre) (Bilaga 3, tabell 5). Inga signifikanta skillnader när det gäller hur deltagare ville få eller hade fått information om HUA kunde observeras mellan grupper med olika hälsolitteracitet.

Tabell 6. Varifrån deltagarna fått information om hälsundersökningen

	Antal	Andel(%)
Varifrån har du fått information om hälsundersökningen?		
Migrationsverket	277	47
Landstinget	186	32
Familj, släkt eller vänner i Sverige	57	10
Jag sökte själv upp information	37	6
Jag fick ingen information	61	10

**Flera svarsalternativ kunde fyllas i*

Fler än hälften av deltagarna ansåg att information om HUA ska ges genom ett personligt möte eller gruppinformation på Migrationsverket. Därefter ville flest att informationen skulle ges skriftligt, via föreningar eller organisationer som hjälper asylsökande och flyktingar i Sverige, via familj, släktingar eller andra landsmän som kommit till Sverige tidigare eller genom lokala tv-kanaler med sändningar på modersmålet. Det var mindre vanligt att deltagarna svarat att de ville få informationen genom en informationsfilm, en hemsida på internet eller via en närradiokanal på modersmålet (Tabell 7).

Tabell 7. Hur deltagarna önskar få information om hälsundersökningen

	Antal	Andel (%)
Hur anser du att asylsökande ska få information om hälsundersökningen?*		
Personligt möte på Migrationsverket	249	44
Gruppinformation på Migrationsverket	151	27
Informationsfilm	41	7
Skriftlig information	110	19
Hemsida på internet	41	7
Genom närradiokanal på modersmålet	27	5
Genom lokal tv-kanal på modersmålet	62	11
Via familj, släktingar eller andra landsmän som kommit till Sverige tidigare	73	13
Via föreningar eller organisationer som hjälper asylsökande och flyktingar i Sverige	88	16

**Flera svarsalternativ kunde fyllas i*

Deltagare födda i Somalia ansåg i högre utsträckning att information om HUA ska ges till asylsökande via personligt möte på Migrationsverket. De ansåg också i högre grad än övriga att information om HUA ska ges via informationsfilm, närradiokanal eller en lokal tv-kanal på modersmålet. Vidare var det vanligare att deltagare födda i Somalia och Afghanistan ansåg att information ska ges via skriftliga broschyrer (Tabell 8).

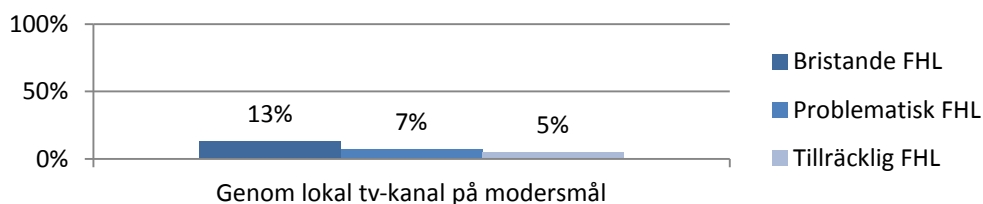
Tabell 8. Hur grupper med olika födelse land anser att asylsökande ska få information om hälsoundersökningen

	Somalia Andel (%)	Afghanistan Andel (%)	Irak Andel (%)	Syrien Andel (%)	Annat land Andel (%)
Hur anser du att asylsökande ska få info om HUA?					
Personligt möte på Migrationsverket	24	46	48	56	47
Informationsfilm	20	0	2	4	2
Skriftlig information	39	17	11	8	16
Närradiokanal på modersmålet	16	0	0	3	3
Lokal tv-kanal på modersmålet	35	4	4	3	3

**Flera svarsalternativ kunde fyllas i*

Samband mellan hälsolitteracitet och information om hälsoundersökningen

Det var nästan dubbelt så vanligt att deltagarna med bristfällig FHL ansåg att asylsökande ska få information om HUA via lokal tv-kanal på modersmål, jämfört med de som hade problematisk eller tillräcklig FHL (Figur 5).



Figur 5. Hur grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL) anser att asylsökande ska få information om hälsoundersökningen för asylsökande

Strategier för att få tillgång till hälsoinformation

Under det senaste året hade flest (49 %) åkt till vårdcentralen för att få tillgång till hälsoinformation. Därefter hade flest använt internet eller tagit hjälp av släkt, vänner eller andra i hemlandet. Det var också relativt vanligt att deltagarna tagit kontakt med sjukvårdsupplysningen, åkt till apoteket eller akuten, tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige eller av lärare i skolan. Det var inte lika vanligt att ta hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige, bibliotek, andliga mötesplatser, skriftliga broschyrer om hälsa och sjukdom, tidningar eller frivillighets-/biståndsorganisationer för att få tillgång till hälsoinformation. Cirka en femtedel hade inte gjort något alls för att få tag på hälsoinformation (Tabell 9).

Tabell 9. Strategier deltagare använt det senaste året för att få tillgång till hälsoinformation

	Antal	Andel (%)
Vad har du gjort för att få hälsoinformation det senaste året?*		
Använt		
Internet	188	31
Skriftliga broschyrer om hälsa och sjukdom	59	10
Tidningar	30	5
Sjukvårdsupplysningen	89	15
Åkt till		
Akuten	78	13
Vårdcentralen	298	49
Apoteket	88	15
Biblioteket	44	7
Andliga mötesplatser	43	7
Tagit hjälp av		
Lärare i skolan	77	13
Frivillighets-/biståndsorganisationer	27	5
Grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige	56	9
Grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige	83	14
Släkt, vänner eller andra som bor i mitt hemland	141	23
Annat		
Jag har inte gjort något för att få tag på information	130	22

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Deltagare födda i Syrien, Irak och annat land hade det senaste året använt internet i betydligt högre utsträckning än de som var födda i Somalia och Afghanistan för att få tillgång till hälsoinformation. De som var födda i Somalia hade tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som bor i hemlandet i lägre utsträckning än de som var

födda i övriga länder. De som var födda i Somalia och i annat land hade å andra sidan använt skriftliga broschyrer i nästan dubbelt så hög utsträckning jämfört med dem som var födda i Irak, Syrien eller Afghanistan. Deltagare födda i Afghanistan hade använt biblioteket för att få tillgång till information i högre grad än övriga. Deltagare födda i Irak och Syrien hade i betydligt högre utsträckning inte gjort något alls för få tag hälsoinformation vid jämförelse med dem som kom från övriga länder (Tabell 10).

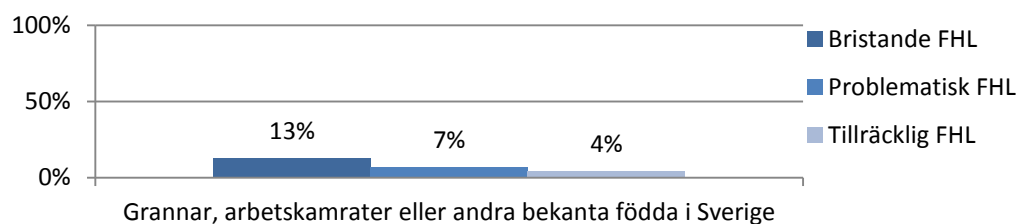
Tabell 10. Strategier deltagare med olika födelseland använt det senaste året för att få tillgång till hälsoinformation.

	Somalia	Afghanistan	Irak	Syrien	Annat land
	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)	Andel (%)
Vad har du gjort för att få tillgång till hälsoinformation det senaste året?*					
Använt internet	15	16	41	41	36
Använt skriftliga broschyrer om hälsa och sjukdomar	18	5	7	4	14
Använt tidningar	10	7	3	2	5
Åkt till biblioteket	5	16	4	8	12
Tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige	7	12	19	14	8
Tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige	4	21	12	18	17
Tagit hjälp av släkt, vänner eller andra som bor i mitt hemland	18	17	38	22	19

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Samband mellan hälsolitteracitet och användning av strategier det senaste året för att få tillgång till hälsoinformation

Det var vanligare att deltagare med tillräcklig (43 %) och problematisk (42 %) FHL hade använt internet för att få tillgång till hälsoinformation det senaste året jämfört med de med bristande (28 %) FHL. De med bristande (16 %) och problematisk (16 %) FHL hade å andra sidan använt sig av akuten i betydligt högre utsträckning än de med tillräcklig (6 %) FHL (Bilaga3, tabell 10). Det var vanligare att deltagare med bristande (20 %) och problematisk (22 %) KHL hade tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige jämfört med de med tillräcklig KHL (11 %). Ju lägre FHL i en grupp desto fler hade tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra bekanta i Sverige för att få tillgång till hälsoinformation (Figur 6).



Figur 6. Hur grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL) använt sig av grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige för att få tillgång till hälsoinformation.

Erfarenheter och uppfattningar om hälsoundersökningen vid beslut om deltagande

Information om hälsoundersökningen vid beslut om deltagande

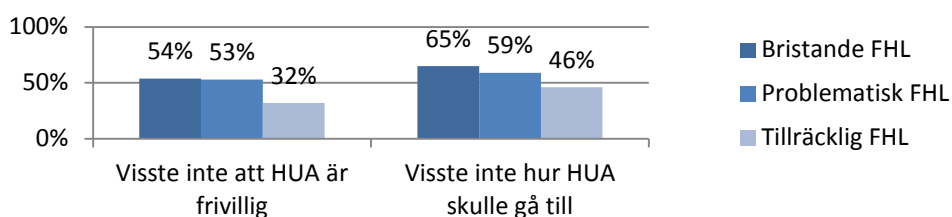
Över hälften av deltagarna kunde inte ta ställning till om de skulle delta i HUA på basis av informationen i kallelsen. Vidare var det genomsnittligt något mer än hälften som inte visste varför de blivit kallade till en HUA, att det var frivilligt att delta i den, hur HUA skulle gå till och att de kunde få hjälp av tolk innan deltagande i HUA. Vidare visste endast en av fyra att resultatet från HUA inte skickas till Migrationsverket (Tabell 11).

Tabell 11. Informationsbrist om hälsoundersökningen vid beslut om att delta

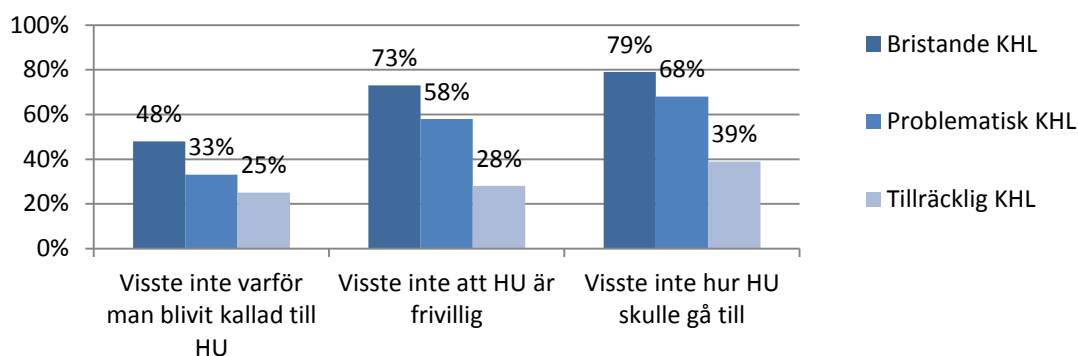
	Antal	Andel (%)
Visste inte varför de blivit kallade till hälsoundersökningen för asylsökande	276	68
Visste inte att det är frivilligt att delta i hälsoundersökningen för asylsökande	193	51
Visste inte hur hälsoundersökningen för asylsökande skulle gå till	147	39
Visste inte att man kunde få hjälp av tolk	300	77
Visste inte att resultatet från hälsoundersökningen inte skickas till Migrationsverket	86	25

Samband mellan hälsolitteracitet och informationsbrist om hälsoundersökningen vid beslut om deltagande

Det var betydligt vanligare att deltagare med tillräcklig FHL (83 %) inte kunde ta ställning till om de skulle delta i HUA genom informationen i kallelsen, jämfört med de som hade problematisk (36 %) eller bristande FHL (56 %) (Bilaga 3, tabell 2). Ju högre FHL i en grupp desto fler visste att det var frivilligt att delta i HUA och hur HUA skulle gå till (Figur 7). Likaså var det fler per grupp som visste varför de blev kallade till HUA, att det är frivilligt att HUA och hur HUA går till ju högre nivå av KHL de i gruppen hade (Figur 8).



Figur 7. Informationsbrist om hälsundersökningen vid beslut om att delta, i grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL).



Figur 8. Informationsbrist om hälsundersökningen vid beslut om att delta i grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL).

Deltagande i hälsundersökningen

Antal som deltagit i en hälsundersökning

De flesta (88 %) deltagarna hade deltagit i HUA (Tabell 1). Deltagare födda i Somalia, Afghanistan respektive annat land (mer än 90 % per land) hade deltagit i HUA i något högre utsträckning än de som var födda i Irak respektive Syrien (cirka 80 % per land) (Bilaga 3, tabell 7). Inga statistiska skillnader i hälsolitteracitet observerades mellan dem som deltagit/inte deltagit i HU

Förväntningarna på hälsundersökningen

De vanligaste förväntningarna på HUA var att den skulle leda till hjälp avseende hälsoproblem eller möjlighet till behandling eller läkemedel. Betydligt färre (mindre än 5 %) trodde att deras chans att få uppehållstillstånd skulle öka eller att någon i deras familj skulle kunna få behandling eller medicin genom deltagande i HUA. Knappt en tredjedel hade inte hade några förväntningar alls (Tabell 12). Det var vanligare att deltagarna födda i Somalia trodde att de skulle få hjälp med sina hälsoproblem.

Deltagarna födda i Irak och Syrien hade i betydligt lägre grad än andra några förväntningar på HUA överhuvudtaget (Tabell 13). Inga signifikanta skillnader när det gäller förväntningar inför HUA kunde observeras mellan grupper med olika hälsolitteracitet.

Tabell 12. Förväntningar inför hälsundersökningen

	Antal	Andel (%)
Vad hade du för förväntningar inför hälsundersökningen innan du deltog i den? *		
Jag trodde att min chans att få permanent uppehållstillstånd skulle öka	24	5
Jag trodde att jag skulle få hjälp med de hälsoproblem jag hade	178	39
Jag trodde att jag skulle få behandling eller medicin till mig själv	123	27
Jag trodde någon i familj skulle kunna få behandling eller medicin	16	4
Jag hade inga förväntningar	172	28
Andra förväntningar	13	3

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Tabell 13. Förväntningar på hälsundersökningen relaterat till födelseland

	Somalia Andel (%)	Afghanistan Andel (%)	Irak Andel (%)	Syrien Andel (%)	Annat land Andel (%)
Vad förväntade du dig av hälsundersökningen?*					
Jag trodde att jag skulle få hjälp med de hälsoproblem jag hade	53	44	22	29	42
Jag trodde att jag skulle få behandling eller medicin till mig själv	44	37	24	21	20
Jag hade inga förväntningar	16	35	53	50	36

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Orsaker till deltagande i hälsundersökningen

De flesta deltagarna hade deltagit i HUA för att de ansåg att det är viktigt att infektioner inte sprids mellan människor, för att de ville veta om de hade någon sjukdom eller infektion eller för att de trodde att HUA var obligatorisk. Något färre hade deltagit för att det var gratis, för att de var i behov av vård, för att de hört bra saker om den eller för att många andra personer de träffat hade deltagit i den. Väldigt få hade deltagit för att de trodde att det behövdes för att få uppehållstillstånd (Tabell 14). Det var vanligare att deltagarna födda i Afghanistan (64 %) och Syrien (53 %) än att de som var födda i annat land (41 %), Somalia (36 %) eller Irak (29 %) hade deltagit i HUA för att de ansåg att det är viktigt att infektioner inte sprids mellan människor (Bilaga 3, tabell 7).

Tabell 14. Orsaker till deltagande i hälsundersökningen

	Antal	Andel (%)
Varför gjorde du hälsundersökningen?*		
Den var gratis	66	14
Jag trodde att man måste göra den	114	25
Jag trodde att jag var tvungen för att få uppehållstillstånd	13	3
För att det är viktigt att infektioner inte sprids mellan människor	188	41
Jag var sjuk och i behov av vård	56	12
Jag ville veta om jag hade någon sjukdom eller infektion	158	35
Jag hade hört bra saker om hälsundersökningen	40	9
Många personer som jag träffade hade gjort hälsundersökningen	40	9

*Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Samband mellan hälsolitteracitet orsaker till att deltagande i HUA

Det var nästan dubbelt så vanligt att de med bristande (37 %) eller problematisk (41 %) FHL hade deltagit i HUA för att de ville veta om de hade någon sjukdom eller infektion, jämfört med de med tillräcklig FHL (22 %) (Bilaga 3, tabell 12).

Orsaker till att inte delta i hälsundersökningen

Omkring en tiondel av deltagarna hade inte deltagit i HUA. Av dessa var det 30 % som inte hade fått någon kallelse (Tabell 15). De vanligaste orsakerna till att deltagarna inte deltog i HUA, var bristande kunskap om HUA (7 av 18) eller för att hälsotillståndet inte krävde en hälsundersökning (6 av 18) (Bilaga 3, tabell 3). Orsaker till varför personer inte deltog i HUA jämfördes inte mellan grupper med olika födelseland eller hälsolitteracitet, eftersom endast 18 personer svarat på frågor om varför de inte deltagit, av de som fått en kallelse men inte deltagit i HUA.

Tabell 15. Deltagande bland deltagare som blivit erbjudna en hälsundersökning.

	Har blivit erbjuden en hälsundersökning		Har <u>inte</u> blivit erbjuden en hälsundersökning	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Har deltagit i en hälsundersökning	408	92	68	70
Har <u>inte</u> deltagit i en hälsundersökning	38	9	29	30

Om deltagandet i hälsoundersökningen

Kommunikation vid hälsoundersökningen

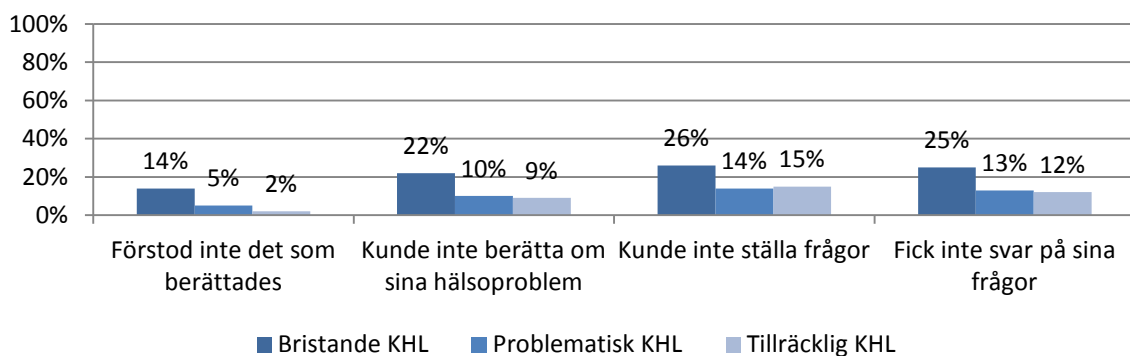
Majoriteten av deltagarna (76 %) hade haft tolk närvarande vid HUA. Cirka en fjärdedel förstod inte alls eller delvis vad som berättades vid HUA samt kunde delvis eller inte alls berätta om sina hälsoproblem. Cirka en tredjedel kunde delvis eller inte alls ställa frågor som de hade eller upplevde inte att de fick svar på frågor som de ställde. Lika vanligt var det att deltagare inte fått information om vilka prover som togs, varför de togs eller att de inte fick veta resultatet från proverna (Tabell 16). De som var födda i Afghanistan (26 %) hade i lägre utsträckning än de födda i övriga länder – Irak (19 %), annat land (19 %), Somalia (16 %) eller Syrien (3 %) – fått svar på frågor de ställt i samband med HUA (Bilaga 3, tabell 7).

Tabell 16. Kommunikation vid hälsoundersökningen

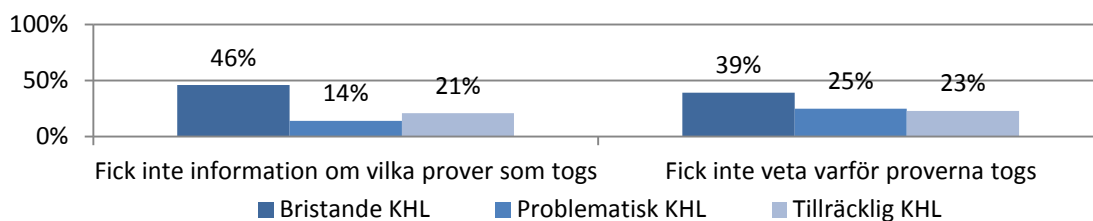
	Antal	Andel (%)
När du deltog i hälsoundersökningen...		
... förstod du då det som berättades för dig?		
Delvis	90	21
Nej	29	7
... kunde du då berätta om de hälsoproblem som du hade?		
Delvis	37	9
Nej	66	16
... kunde du då ställa frågor som du hade?		
Delvis	69	17
Nej	76	18
... fick du då svar på de frågor som du ställde?		
Delvis	67	17
Nej	63	16
... fick du då information om vilka prover som togs?		
Nej	113	28
... fick du då veta varför proverna togs?		
Nej	121	30
... fick du då veta resultatet på proverna?		
Nej	125	32

Samband mellan hälsolitteracitet och upplevelser om kommunikationen vid hälsoundersökningen

Det var vanligare att de med problematisk FHL (65 %) jämfört med dem med bristande (13 %) eller tillräcklig FHL (17 %) inte hade haft tolk närvarande vid HUA (Bilaga 3, tabell 13). En större andel av dem med problematisk och tillräcklig KHL förstod det som berättades, kunde berätta om sina hälsoproblem, kunde ställa frågor som de hade, fick svar på frågor som de ställde, fick information om vilka prover som togs samt varför de togs (Figur 9 och 10).



Figur 9. Uppfattningar om kommunikation vid hälsoundersökningen i grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL)



Figur 10. Uppfattningar om information om prover vid hälsoundersökningen i grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL)

Hälsoinformation i samband med hälsoundersökningen

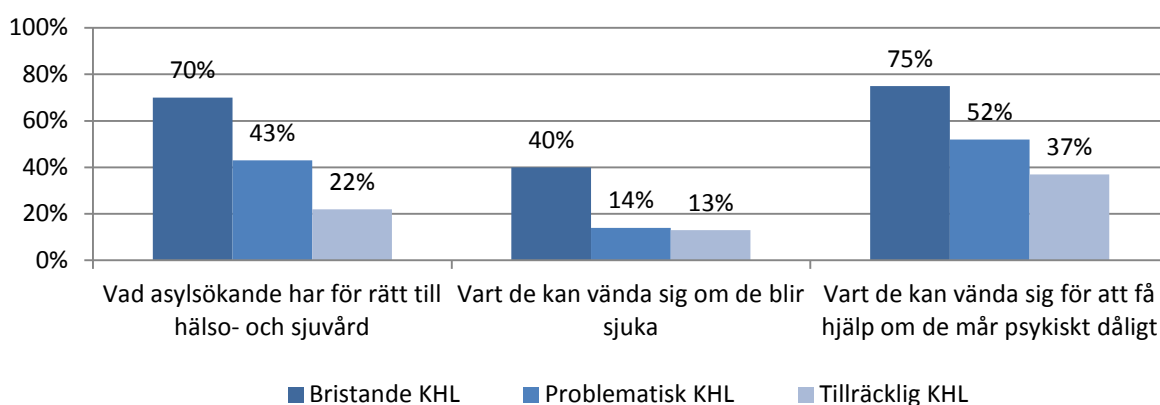
Cirka två femtedelar av deltagarna hade inte fått information om vad asylsökande har för rätt till hälso- och sjukvård och cirka en femtedel hade inte fått information i vart de ska vända sig om de blir sjuka, i samband med HUA. Drygt hälften hade inte fått information om vart de kan vända sig vid psykisk ohälsa (Tabell 17).

Tabell 17. Vad deltagare inte fått information om i samband med hälsoundersökningen

	Antal	Andel (%)
Hade inte fått information om vad asylsökande i Sverige har för rätt till hälso- och sjukvård	174	43
Hade inte fått information om vart man ska vända sig i Sverige om man blir sjuk	95	22
Hade inte fått information om vart man ska vända sig i Sverige för att få hjälp om man mår psykiskt dåligt.	225	55

Samband mellan hälsolitteracitet och mottagandet av information i samband med hälsoundersökningen

Ju lägre KHL- nivå i en grupp desto färre hade fått information om vad asylsökande har för rätt till hälso- och sjukvård, vart man kan vända sig om man blir sjuk i Sverige eller vart man ska vända sig i Sverige för att få hjälp om man mår psykiskt dåligt (Figur 11).



Figur 11. Mottagande av information i samband med hälsoundersökningen i grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL)

Bemötande i samband med hälsoundersökningen

Cirka en fjärdedel av deltagarna upplevde inte att de fick hjälp med sina hälsoproblem vid HUA och cirka två femtedelar att de inte fick någon ny kunskap som skulle kunna bidra till bättre hälsa för dem. De flesta upplevde att de blivit bemötta på ett respektfullt sätt samtidigt som fler än hälften ansåg att HUA var kränkande på något sätt (Tabell 18).

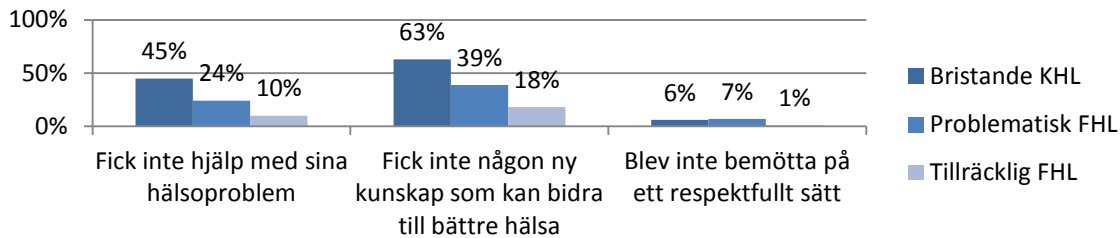
Tabell 18. Uppfattningar om bemötande vid hälsoundersökningen

	Antal	Andel (%)
När du deltog i hälsoundersökningen...		
... fick du då hjälp med de hälsoproblem som du hade?		
Delvis	124	30
Nej	105	25
... fick du då ny kunskap som kan bidra till bättre hälsa för dig?		
Delvis	81	20
Nej	154	38
... blev du då bemött på ett respektfullt sätt?		
Delvis	32	7
Nej	19	4
... kände du då att hälsoundersökningen var kränkande på något sätt?		
Delvis	41	10
Nej	157	38

En betydligt större andel av deltagarna födda i Afghanistan (50 %) svarade att de inte fått hjälp med sina hälsoproblem när de deltog i HUA jämfört med deltagarna födda i annat land (26 %), Somalia (23 %), Syrien (21 %) eller Irak (17 %). De som var födda i Syrien (88 %) och Irak (85 %) upplevde i högre grad att HUA var kränkande på något sätt jämfört med de som var födda i annat land (53 %) eller Somalia (17 %) (Bilaga 3, tabell 7).

Samband mellan hälsolitteracitet och uppfattningar om bemötande vid hälsoundersökningen

Ju högre KHL i en grupp desto fler hade fått hjälp med sina hälsoproblem, fått ny kunskap som kan bidra till bättre hälsa för dem och blivit bemötta på ett respektfullt sätt i samband med HUA (Figur 12).



Figur 12. Uppfattningar om bemötande vid hälsoundersökningen i grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL).

Inställningar till hälsoundersökningen

Förändring av inställning till hälsoundersökningen

Cirka en fjärdedel (26 %) hade ändrat uppfattning om HUA efter deltagande, vanligtvis till en mer positiv sådan (Bilaga 3, tabell 4). Betydligt fler födda i Afghanistan (50 %) hade ändrat uppfattning om HUA efter deltagande, jämfört med de som var födda i annat land (32 %), Somalia (23 %), Irak (14 %) och Syrien (12 %) (Bilaga 3, tabell 7). De flesta (89 %) skulle rekommendera andra att göra HUA (Bilaga 3, tabell 4).

Samband mellan hälsolitteracitet och rekommendationer om hälsoundersökningen till andra

De med tillräcklig KHL (99 %) skulle rekommendera andra att göra HUA i något högre utsträckning än de med bristande (88 %) eller problematisk (93 %) KHL (Bilaga 3, tabell 14).

Sammanfattning över viktigaste fynden

Hur deltagarna i stort svarat

Fler än hälften av deltagarna som fått kallelsen hade svårt att förstå den eller kunde inte ta ställning till om de skulle delta i HUA genom kallelsen samt hade otillräcklig information om HUA vid tidpunkten för beslut. Hälften blev glada när de fick kallelsen till HUA och cirka en tiondel blev rädda eller oroliga.

Flest deltagare önskade få information om HUA

1. genom personligt möte på Migrationsverket (44 %)
2. genom gruppinformation på Migrationsverket (27 %)
3. genom skriftlig information (19 %)

Flest deltagare ansåg att asylsökande ska bli inbjudna till HUA

1. genom brev via posten (63 %)
2. genom personligt möte på Migrationsverket (37 %)

Strategier som flest deltagare använt det senaste året för att få tillgång till hälsoinformation

1. besökt vårdcentralen (49 %)
2. sökt på internet (31 %)
3. tagit hjälp av personer i hemlandet (23 %)

Vanligaste svar orsaker till deltagande i HUA

1. Det är viktigt att infektioner inte sprids (41 %)
2. För att få veta om jag har någon sjukdom eller infektion (35 %)
3. Jag trodde att jag måste göra den (25 %)

Andel deltagare (88 %) som svarat att de deltagit i HUA var hög. Av de som inte deltog hade cirka 30 % inte fått någon kallelse. Omkring 30 % av de som deltagit i HUA förstod emellertid inte det som sades, kunde inte berätta om sina hälsoproblem, kunde inte ställa frågor som de hade eller fick inte svar på de

frågor som de ställde. Vidare var det cirka 30 % som fått otillräcklig information när det gäller de prover som togs i samband med HUA. Ett flertal deltagare hade inte fått information om vad de har för rätt till hälso- och sjukvård i Sverige (44 %), var det ska vända sig om de blir sjuka (55 %) eller var de ska vända sig för att hjälp vid psykisk ohälsa (55 %). Fler än hälften av de som deltagit i HUA upplevde att den var kränkande på något sätt, dock skulle så många som nio av tio rekommendera andra att göra den. Cirka en fjärdedel hade ändrat sin uppfattning om HUA efter att de deltagit, vanligtvis till en mer positiv sådan.

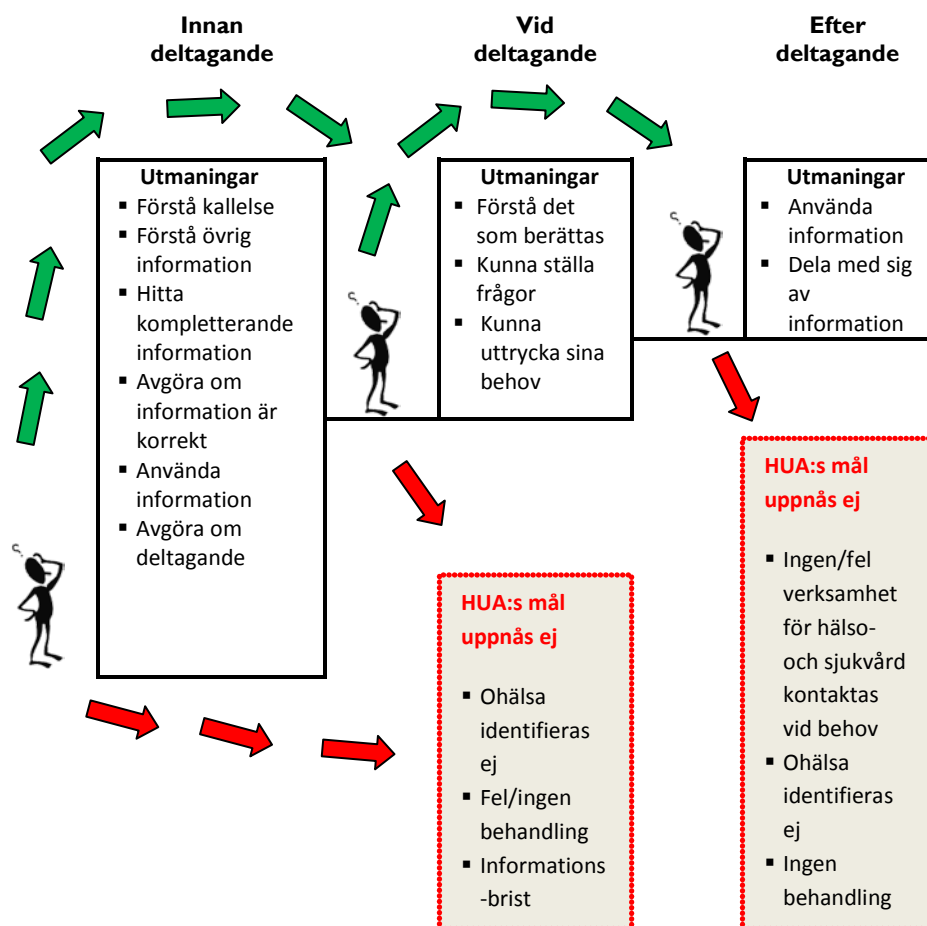
Skillnader i svar avseende födelseland

Vid en jämförelse av hur man vill ha information och hur man gör får att få tillgång till den skiljer det sig åt beroende på vilket land deltagarna var födda i. Det var t.ex. vanligare att de som var födda i Somalia ville få information om HUA via informationsfilmer, närradio eller tv-kanaler på sitt modersmål. Vidare var det vanligare att de som var födda i Somalia och Afghanistan ville få information om HUA via skriftliga broschyrer. Deltagare födda i Syrien, Irak och annat land hade i högre grad använt internet för att få tillgång till hälsoinformation det senaste året jämfört med de som var födda i Afghanistan och Somalia. När det gäller uppfattningar om deltagandet i HUA, var det vanligare att deltagare födda i Syrien fick svar på sina frågor och att deltagare födda i Afghanistan upplevde att de inte fått hjälp med sina hälsoproblem. Vidare var det vanligare att de som var födda i Syrien respektive Irak som upplevde att HUA var kränkande på något sätt.

Skillnader i svar avseende nivå av hälsolitteracitet

Det var vanligare att de med bristande eller problematisk FHL inte förstod innehållet i kallelsen och hade besökt akuten för att få tillgång till hälsoinformation. De hade å andra sidan i betydligt högre grad använt internet för att få tillgång till hälsoinformation. Vid beslut om deltagande i HUA var det en betydlig högre andel med bristande FHL som kunde ta ställning genom den information som fanns i kallelsen. Ju högre FHL- eller KHL- nivå i en grupp desto vanligare var det att man visste olika saker om HUA vid beslut om deltagande i HUA. Vidare var det vanligare att de med begränsad KHL, jämfört med de med

tillräcklig KHL, hade svårt att förstå innehållet i kallelsen, eller blev rädda eller oroliga när de fick den. Det var också vanligare att de med begränsad KHL hade tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige för att få tag hälsoinformation det senaste året. I samband med själva genomförandet av HUA var det vanligare att de med bristande KHL inte förstod det som berättades, inte kunde berätta om sina hälsoproblem, inte kunde ställa frågor som de hade. Ju högre KHL- nivå i en grupp desto vanligare var det att deltagarna i samband med HUA fått olika sorters hälsoinformation, hjälp med hälsoproblem och ny kunskap som kan bidra till bättre hälsa. Slutligen var det vanligare att de med bristande eller problematisk KHL upplevt att de inte blivit bemötta på ett respektfullt vid HUA.



Figur 13. Hälsolitteracitets betydelse för hälsoundersökningens syfte och mål.

- ➡ Har förmåga att klara utmaningen (tillräcklig hälsolitteracitet)
- ➡ Har ej förmåga att klara utmaningen (begränsad hälsolitteracitet)

Diskussion

I den här studien undersöktes asylsökande och vissa icke EU-födda migranternas erfarenheter av och uppfattningar om information och kommunikation i samband med HUA i relation till hälsolitteracitet. Vidare undersöktes dessas hälsolitteracitet med syfte att kunna belysa, problematisera och diskutera betydelsen av hälsolitteracitet för att kunna uppnå de syften HUA har för individen och för samhället.

Inför hälsoundersökningen

Fler än hälften hade svårt att förstå kallelsen. Det är färre än vad personalen på Migrationsverket skattade i en tidigare studie [53]. En risk med att enbart förstå vissa delar av informationen är att det kan leda till missförstånd [54], vilket i sin tur kan leda till att felaktig informationen sprids vidare till andra i personens närhet [25]. Över hälften av deltagarna i föreliggande studie hade låga kunskaper om HUA innan de deltog. Resultatet kan inte förstås som förvånande eftersom majoriteten av deltagarna hade begränsad FHL och/eller begränsad KHL, faktorer som sedan tidigare visat sig vara av betydelse för att bl.a. kunna förstå och använda sig av hälsoinformation [26, 29]. Denna studiers resultat befäster denna kunskap ytterligare, då den påvisar att det var vanligare att de med begränsad FHL respektive begränsad KHL, ansåg att det var svårt att förstå kallelsen till HUA och hade lägre kunskap om den.

Oförmåga att förstå kallelsen, samt låg kunskap när det gäller HUA kan innebära en minskad möjlighet för mottagaren av kallelsen att göra kunskapsbaserade val. Det kan också leda till onödig rädsla och oro hos mottagaren, vilket resultat från den här studien indikerar. Att hälsofrämjande insatser är betydligt ovanligare i många av de länder som flyktingar kommer från [6, 25] kan också vara en bidragande faktor till rädslan och oron. Det innebär att en kallelse till hälso- och sjukvården för en del personer kan vara starkt kopplad till ohälsa oavsett om den har med sjukdomsprevention eller behandling att göra. Andra bidragande faktorer till låg förståelse av informationen om HUA är att olikheter inom den mycket heterogena målgruppen inte tagits i beaktande i tillräckligt hög

utsträckning. Tre av fem fick t.ex. kallelsen skickad till sig på svenska vilket går stick i stäv med den kunskap som finns om faktorer som är viktiga för en god kommunikation med migranter. För förståelse av informationen och effektiv kommunikation rekommenderas bl.a. användning av migranternas hemspråk [44, 53, 55-60] samt att man tar hänsyn till kulturella faktorer och olika syn på hälsa [61, 62]. Vidare rekommenderas användning av olika informationsmetoder till olika målgrupper eftersom människor söker information och vill få information på olika sätt beroende på bl.a. varifrån de kommer, ålder och utbildningsgrad [54, 56, 57, 62-64]. Det tycks stämma också för de som svarade på enkäten i den här studien.

Det är positivt att Migrationsverket och landstingen är avsändare till informationen om HUA, då det var just dessa som de svarande i enkäten i högst utsträckning både hade fått och önskat få information från. De kanaler och metoder som används ter sig emellertid inte som helt optimala eftersom inte alla förstod innehållet i informationen. Att många inte har fått den information som de har rätt till, innebär att de rekommendationer och riktlinjer som finns för kallelser till HUA [14] inte alltid uppnås. För att bättre möta mottagarnas informationsbehov rekommenderas återigen att kunskap om olika subgruppers informations- och kommunikationsvanor tas i beaktande, så att rätt kanaler och metoder för kommunikation verkligen används [61, 62, 64-66]. Vidare bör hälsolitteracitet tas i beaktande i samband med information om HUA såväl som vid all annan form av hälsokommunikation [26, 29, 67, 68].

Deltagande i hälsoundersökningen

Hälsolitteracitet tycks inte ha någon större betydelse för om personer väljer att delta i HUA eller för vilka förväntningar personer har på den.

Ett överraskande resultat är att en högre andel av de med bristande FHL än de med tillräcklig FHL ansåg att de kunde ta ställning till om de skulle delta genom informationen i kallelsen. En förklaring kan vara att de med begränsad FHL har för lite kunskap för att kunna ifrågasätta information och för att kunna göra

informerade val när det gäller den egna hälsan. Det är också möjligt att de i högre grad litar på att hälso- och sjukvården vet vad som är bäst för dem och därmed i lägre grad ifrågasätter kallelsen. Detta är ett känt fenomen från tidigare forskning [69].

Många som deltagit i HUA upplevde stora kommunikativa svårigheter i samband med HUA. Många förstod t.ex. inte det som berättades, kunde själva inte berätta om sina hälsoproblem eller upplevde att de inte nåddes av delar av den information som enligt Socialstyrelsens riktlinjer [14] bör ges vid HUA. Kommunikativa svårigheter mellan utlandsfödda patienter och vårdpersonal [15, 50, 61, 62] samt mellan patienter med begränsad hälsolitteracitet och vårdpersonal [27, 70, 71] har observerats tidigare. Komplex hälsolitteracitet, vilken förutom förmåga att läsa skriftlig hälsoinformation också handlar om att kunna förvärva, förstå, värdera och använda hälsoinformation, har visat sig vara av något större betydelse för god kommunikation under själva vårdmötet än FHL i både den här och tidigare studier [27, 72]. I denna studie var det t.ex. vanligare att de med tillräcklig KHL än de med lägre nivå kunde förstå det som berättades, kunde berätta om sina hälsoproblem, ställa frågor, samt hade fått information om vilka prover som togs och varför de togs. Funktionell hälsolitteracitet bör dock också tas i beaktande vid HUA eftersom tidigare studier visat att medicinska frågor ställs mer sällan av de med begränsad FHL [71]. En förklaring kan vara den stigma som finns kopplad till hälsolitteracitet. Enligt Easton m.fl. vill människor helt enkelt inte visa sig okunniga [30, 71, 73] och låter därmed bli att ställa frågor inom ett område som de inte kan så mycket om. Så kan vara fallet också vid HUA.

Fler än hälften av de som deltagit i HUA upplevde att den var kränkande på något sätt. En förklaring kan vara att det finns ett glapp mellan antaganden och värderingar mellan det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, inom vilken HUA bedrivs, och de som är målgrupp för HUA [25]. Uppfattningar om vad som skapar ohälsa, hur man kan påverka sin hälsa och huruvida man ser olika problem som något medicinskt, psykologiskt, religiöst eller socialt [5, 13] kan t.ex. skilja sig åt mellan parterna. Ovana vid hälsofrämjande insatser, vilket nämns i ett tidigare

stycke, skulle också kunna vara av betydelse för människors upplevelse av HUA [6, 25].

En större andel av de med begränsad KHL, jämfört med de med tillräcklig, uppgav att de inte fått olika sorters information, inte fått hjälp med sina hälsoproblem, inte fått någon ny kunskap eller blivit bemötta på ett respektfullt sätt. Allt detta skulle kunna bero på att många med begränsad KHL har svårt att förstå det som berättas vid HUA. Om en person inte förstår det som berättas är det troligt att den går miste om olika sorters information och inte upplever sig få den hjälp eller information som den behöver. Det i sin tur skulle också kunna förklara varför många med begränsad KHL upplever att de inte blev bemötta med respekt. Det är problematiskt att bedöma en persons nivå av hälsolitteracitet [74] och enligt Saffer m.fl. överskattar vårdpersonal ofta denna hos patienter [75, 76], vilket kan vara fallet också vid HUA. Stigma kopplat till hälsolitteracitet gör att många med begränsad sådan använder olika strategier för att dölja att de inte förstår eller saknar olika färdigheter [30].

En person med begränsad hälsolitteracitet kan t.ex. säga att de förstår när de inte gör det, se till att någon de känner är med som kan förklara för dem eller när något blir för svårt helt plötsligt meddela att de måste gå. Som framgår av resultatet från den här studien och tidigare forskning [26, 27] kan en persons hälsolitteracitetsnivåer variera beroende på vilken situation det rör sig om och vilken dimension av hälsolitteracitet man syftar på. En person kan t.ex. ha tillräcklig FHL samtidigt som den har begränsad KHL. Det vill säga personen kan ha god läsförmåga när det gäller hälsoinformation men ha svårt att berätta om sina hälsoproblem och med att ställa frågor om sina hälsa till andra. Det är med andra ord mycket viktigt att inte låta sig tro att alla som har god läsförmåga och är välutbildade per automatik har tillräckligt KHL.

Hälsolitteracitets betydelse för att kunna uppnå de syften hälsoundersökningen har för asylsökande och för samhället

Den här studien visar att majoriteten av deltagarna i studien hade begränsad FHL och/eller begränsad KHL samt att både FHL och KHL är av betydelse i samband med HUA. *Inför genomförandet* av HUA, i samband med information och kallelser, är det viktigt att ta hänsyn till människors olika hälsolitteracitetsnivåer för att fler ska förstå varför de ska delta, att det är frivilligt och att informationen inte ges vidare till Migrationsverket. På så sätt får fler möjlighet att göra aktiva kunskapsbaserade val när det gäller deltagande i HUA. Det kan också minska risken för att de som får kallelsen blir rädda eller känner oro eller att felaktig information om HUA sprids bland flyktingar och migranter.

I samband med beslut om deltagande i HUA, är det inte helt klart i vilken grad hälsolitteracitet är av betydelse. Vad som kan ses är att det är vanligare med kunskap om HUA bland dem med högre nivå av FHL respektive de med högre nivå av KHL.

För deltagande i HUA, tycks inte hälsolitteracitet ha någon direkt betydelse. Det är t.ex. inte fler som har begränsad FHL eller KHL bland dem som deltagit/inte deltagit i HUA.

I samband med genomförandet av HUA är det viktigt att vara uppmärksam på människor olika hälsolitteracitetsnivåer för att kunna uppmärksamma eventuell ohälsa och behov av smittskyddsåtgärder. Likaså för att asylsökande ska ha möjlighet att få information om sina möjligheter att ta del av hälso- och sjukvård samt tandvård och för att de som behöver ska kunna remitteras vidare. Om den som deltar till följd av begränsad hälsolitteracitet upplever att den inte kan berätta om sina problem, inte förstår det som berättas eller får svar på sina frågor, är risken stor att personens hälsobehov inte uppmärksammas och att personen därmed inte får den information eller behandling som den behöver och har rätt till.

Ur ett samhällsperspektiv är det viktigt att ta hälsolitteracitet i beaktande för att minska risken för onödig ohälsa. Det i sin tur kan minska risken för onödiga hälso- och sjukvårdskostnader och smittspridning hos befolkningen.

Internationellt har beräkningar gjorts som tyder på att låg hälsolitteracitet kan stå för 3–5 % av hälso- och sjukvårdens totala kostnader [33]. Den övergripande bedömningen är att hälsolitteracitet är en viktig faktor att ta hänsyn till för att syftet med HUA för asylsökande ska uppnås i högre utsträckning än i dag. Det vill säga, för att fler HUA ska utmynna i en medicinsk bedömning av behovet av vård som inte kan anstå, råd, stöd eller andra åtgärder enligt smittskyddslagen [14] för de som behöver det, är det viktigt att ta hälsolitteraciteten i beaktande.

Att beakta avseende hälsolitteracitet vid hälsoundersökningen

För att främja hälsolitteraciteten och för att bemöta de med begränsad hälsolitteracitet är det viktigt att arbeta både på individ- och organisationsnivå och att ta funktionell såväl som kommunikativ och kritisk hälsolitteracitet i beaktande. Arbete på individnivå är viktigt bl.a. för att de med begränsad hälsolitteracitet ska få rätt bemötande och information. Arbete på organisationsnivå är viktigt för att kunna bygga bort möjliga barriärer för de med begränsad hälsolitteracitet. Med tanke på att det är svårt att se på en person vad den har för hälsolitteracitet [74] rekommenderas tydlig kommunikation och lättförståelig information för samtliga i målgruppen för HUA. Det kan underlätta förståelsen och kommunikationen för de allra flesta människor oavsett hälsolitteracitetsnivå [77].

I Sverige eller Europa finns det ännu inte några nationella eller internationella riktlinjer för hälsolitteracitet. Däremot finns det en rad riktlinjer och rekommendationer för hur man ska förhålla sig till hälsolitteracitet i USA och Kanada. Där inkluderas hälsolitteracitet i de nationella folkhälsomålen samt ses som en viktig komponent såväl för en väl fungerande hälso- och sjukvård som för att lyckas med hälsofrämjande arbete. I dessa länder har det också utvecklats en mängd strategier och metoder som kan vara till hjälp för att aktivt kunna arbeta med hälsolitteracitet på såväl individuell som organisatorisk nivå [36, 78].

På organisationsnivå handlar det bland annat om att möta de behov som målgrupper med olika hälsolitterära förmågor har och att undvika stigmatisering [79]. Det är t.ex. viktigt att personalen har goda kunskaper om hälsolitteracitet,

en verksamhet som är lättillgänglig och att använda lämpligt informationsmaterial. Att integrera hälsolitteracitet i utvärderingsinstrumenten och i samband med kvalitetsförbättringar är också viktigt. Rätt utbildning i hälsolitteracitet till vårdpersonal har visat sig leda till bättre kommunikationen, följsamhet och kvalitet i vården [80-83].

På individnivå handlar det mycket om tydlig kommunikation [84]. Det innebär bland annat att stämma av deltagarens förförståelse, undvika medicinska termer och att använda öppna frågor för att ta reda på om personen har några frågor. En annan viktig strategi är att be deltagaren återberätta vad den har fått för information, för att kontrollera att den verkligen förstått det som sagts. Vidare är det viktigt att lyfta upp personers kritiska hälsolitterära förmågor [85], t.ex. genom att fråga vad personen fått tidigare information ifrån och hur den gör för att bedöma om informationen är korrekt.

Förslag på övergripande strategier som kan användas för att ta hälsolitteracitet i beaktande vid hälsoundersökningen

1. Använd kommunikationsstrategier som lämpar sig för personer med begränsad hälsolitteracitet i samband med hälsoundersökningen. Utgå från principen "tydlig kommunikation underlättar för alla människor oavsett vilken hälsolitteracitetsnivå de har".
2. Utbilda de som arbetar med informationsspridning och genomförande av hälsoundersökningen om vad hälsolitteracitet är, vad den har för betydelse i samband med hälsoundersökningen och hur den kan tas i beaktande vid denna.
3. Ta hälsolitteracitet i beaktande i samband med uppföljningar och utvärderingar av förbättrande metoder och insatser när det gäller kommunikation i samband med hälsoundersökningen. Undersök om och hur olika metoder och insatser lämpar sig för personer med olika nivå av hälsolitteracitet.

Studiens styrkor och begränsningar

Rapporten baseras på en tvärsnittsstudie. Det innebär att resultatet som presenteras kan ge en ögonblicksbild av uppfattningar och erfarenheter om HUA, hälsa och hälsolitteracitet vid ett tillfälle. Säkra uttalanden om orsak och verkan kan därför inte göras. Studiens styrkor är att de som svarat på enkäten är bosatta i flera olika län, skolor och utbildningsnivåer, samt har fått svara på sitt modersmål. Språkstöd säkerställde att de som deltog verkligen förstod syftet med studien, kunde vara säkra på om de tillhörde målgruppen för studien eller ej, uppfattade att det var frivilligt att delta och kunde ställa frågor vid behov. Det tillsammans med att frågorna var testade på målgruppen innan datainsamlingen och att svarsfrekvensen var hög, styrker studiens trovärdighet och generaliserbarhet.

Studien har ett antal begränsningar. Personer som inte deltar i SFI exkluderas från studien. Det innebär bland annat att äldre är underrepresenterade eftersom etableringslagen endast gäller dem mellan 18–65 år [86]. Likaså är det möjligt att det finns en underrepresentation av välutbildade och personer med dålig hälsa, då dessa i lägre utsträckning än andra deltar i SFI [87, 88]. En annan svaghet är att det vid vissa jämförelseanalyser är relativt få per grupp som svarat på de olika svarsalternativen. Om fler per grupp svarat skulle resultatets generaliserbarhet öka.

För att mäta hälsolitteracitet användes självskattningsinstrument, vilket innebär att personen själv skattar sin hälsolitteracitet. Instrument med frågor som direkt testar olika förmågor hade gett mer objektiva resultat. De har å andra sidan sina begränsningar [89, 90]. Flertalet mäter t.ex. endast funktionell hälsolitteracitet, är omfattande och/eller kräver muntliga intervjuer. Genom att använda både två olika instrument för att mäta hälsolitteracitet, SFHL och HLS-EU-Q16, kunde flera dimensioner av hälsolitteracitet mätas, om än inte alla. I studier som inkluderar personer med olika språk och kultur finns det en risk att frågor tolkas olika [46, 90]. Vid pilottestningen av frågorna tycktes de flesta ha tolkat dem på liknande sätt. Testningen omfattade dock ett begränsat antal personer inom varje språk, vilket gör att andra tolkningar ändå är möjliga. En annan kritisk aspekt är att

personer med begränsad hälsolitteracitet kan ha svårt att svara på enkäter. Något som kan ha lett till färre svar på frågorna som användes för att mäta hälsolitteracitet. Det i sin tur kan ha lett till en underskattning av begränsad hälsolitteracitet i studien.

Användningen av retrospektiva frågor kan ha lett till en viss grad av "recall bias". Det vill säga att svaren från deltagarna inte helt stämmer överens med hur det verkligen var, eftersom de inte riktigt kom ihåg hur de upplevde eller uppfattade olika saker. Att fråga asylsökande hade varit mer problematiskt. Rekryteringen skulle då behövt ske via myndigheter vilka målgruppen i många fall har lågt förtroende för [25] samt kan vara beroende av, t.ex. för att få uppehållstillstånd. För att undvika onödig stress hos asylsökande som ofta redan är pressade uteslöts det alternativet. Den metod som nu användes bedöms som tillräckligt god. Även om svaren sett något annorlunda ut än om frågorna ställts direkt efter deltagande i HUA så är de nuvarande svaren också viktiga. De ger kunskap om hur deltagare ser på HUA i efterhand, vilket är viktigt då det kan ge kunskap om vilken information som sprids av dem som deltagit i HUA.

Referenser

1. Sorensen, K., et al., *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 2012. **12**(1): p. 80.
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), *UNHCR Statistical Yearbook 2011, 11th edition.*, 2011.
3. Migrationsverket. *Migrationsverket asylsökande 2012*. 2012 [cited 2012 11th of July]; Available from: <http://www.migrationsverket.se/info/5646.html>.
4. McKay, L., S. Macintyre, and A. Ellaway, *Migration and Health: A Review of the International Literature.*, 2003, Medical and Public Health Science Unit: Glasgow.
5. Gerritsen, A.A., et al., *Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2006. **41**(1): p. 18-26.
6. Mladovsky, P., *Migration and Health in the EU.*, 2007, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities: London.
7. Eckstein, B., *Primary care for refugees*. American family physician, 2011. **83**(4): p. 429-36.
8. Hollander, A.-C., *Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden.*, in *The Department of Public Health Sciences 2013*, Karolinska Institutet: Stockholm.
9. Socialstyrelsen, *Folkhälsorapport 2009*, 2009, Socialstyrelsen: Stockholm.
10. Davies, A.B., A., Frattini, C., *Migration: A social determinant of the health of migrants.*, 2006: Geneva.
11. World Health Organization (WHO), *"Closing the gap in a generation: health equity action on the social determinants of health" Final report of the Commission on the Social Determinants of Health.*, 2008: Geneva.
12. SFS 1990:927, *Förordning om statlig ersättning för flyktningmottagande m.m.*, Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
13. SFS 2008:344, *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*, Stockholm: Justitiedepartementet.
14. SOSFS 2011:11, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.*, Stockholm: Socialstyrelsen.
15. Wångdahl, J., *Uppfattningar om arbetet med hälsoundersökningar av asylsökande. Socialmedicins rapportserie*. Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2014.
16. Jupiter, J. and J. Halldén, *Asylsökande och hälsoundersökningar - Hur ökar vi deltagandet?*, 2010, Kontigo - visioner i praktiken.
17. Sveriges kommuner och landsting, *Hälso- och sjukvård åt asylsökande under 2011*, A.f.v.o. omsorg, Editor 2012, Sveriges kommuner och landsting: Stockholm.
18. López, M., *Inventering av utvecklingsmöjligheter för en regional plattform för migration och hälsa.*, 2010, Kommunförbundet Skåne, Länsstyrelsen i Skåne län.
19. Office of the High Commissioner for Human Rights, *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000.*, 2000.
20. Zarcadoolas, C., A. Pleasant, and D.S. Greer, *Understanding health literacy: an expanded model*. Health promotion international, 2005. **20**(2): p. 195-203.
21. Coleman, C., et al., *The Calgary Charter on Health Literacy: Rationale and Core Principles for the Development of Health Literacy Curricula.*, 2009, The Centre for Literacy of Quebec.: Quebec.

22. Kickbusch, I.S., *Health literacy: addressing the health and education divide*. Health Promot Int, 2001. **16**(3): p. 289-97.
23. Nutbeam, D., *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International, 2000. **15**(3): p. 259-267.
24. Hill, L., *Health literacy is a social justice issue that affects us all*. Adult Learning, 2007. **15**: p. 4-6.
25. Ingleby, D., *Acquiring health literacy as a moral task*. International journal of migration, health and social care., 2012. **8**(1): p. 22-31.
26. Mårtensson, L. and G. Hensing, *Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review*. Scandinavian journal of caring sciences, 2012. **26**(1): p. 151-60.
27. Inoue, M., M. Takahashi, and I. Kai, *Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan*. BMC family practice, 2013. **14**: p. 40.
28. Mårtensson, L. and G. Hensing, *Hälsolitteracitet, grundbult i patientmötet*. Läkartidningen, 2011. **108**(51-52): p. 2718-20.
29. Berkman, N.D., et al., *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*. Annals of internal medicine, 2011. **155**(2): p. 97-107.
30. Easton, P., V.A. Entwistle, and B. Williams, *How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation*. BMC health services research, 2013. **13**: p. 319.
31. Nielsen-Bohlman, L. and ebrary Inc., *Health literacy [Elektronisk resurs] a prescription to end confusion* 2004, Washington, D.C.: National Academies Press. xix, 345 p.
32. HLS-EU consortium, *Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU.*, 2012.
33. Eichler, K., S. Wieser, and U. Brugger, *The costs of limited health literacy: a systematic review*. International journal of public health, 2009. **54**(5): p. 313-24.
34. Vernon, A.J., *Health Policy Brief The High Economic Cost of Low Health Literacy in Wisconsin*, 2009, Department of Health Policy and Management, UNC Chapel Hill and the National Bureau of Economic Research (NBER): Wisconsin.
35. Berkman, N.D., et al., *Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review*. Evidence report/technology assessment, 2011(199): p. 1-941.
36. World Health Organization (WHO), *Health Literacy - the solid facts.*, 2013, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
37. Statens folkhälsoinstitut. *Övergripande mål för folkhälsan*. 2010 [cited 2012 12 oktober]; Available from: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/>.
38. Rudd, R.E., *Health literacy skills of U.S. adults*. Am J Health Behav, 2007. **31 Suppl 1**: p. S8-18.
39. Sentell, T. and K.L. Braun, *Low health literacy, limited English proficiency, and health status in Asians, Latinos, and other racial/ethnic groups in California*. Journal of health communication, 2012. **17 Suppl 3**: p. 82-99.
40. Geltman, P.L., et al., *Health Literacy, Acculturation, and the Use of Preventive Oral Health Care by Somali Refugees Living in Massachusetts*. Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health, 2013.
41. NG, E. and D. Walter Rasugu Ombaria, *Health literacy and immigrants in Canada: Determinants and effects on health outcomes.*, 2010.
42. Adams, R.J., et al., *Health literacy--a new concept for general practice?* Aust Fam Physician, 2009. **38**(3): p. 144-7.
43. Bennett, I.M., et al., *The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults*. Ann Fam Med, 2009. **7**(3): p. 204-211.

44. Simich, L., *Health literacy and immigrant populations*, 2009: Ottawa.
45. van der Heida, I., et al., *Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey*. BMC Public Health, 2013. **13**(179).
46. Guillemin, F., C. Bombardier, and D. Beaton, *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. J Clin Epidemiol, 1993. **46**(12): p. 1417-32.
47. Lecerof, S.S., et al., *Health information for migrants: the role of educational level in prevention of overweight*. Scandinavian journal of public health, 2011. **39**(2): p. 172-8.
48. Sorensen, K., et al., *Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. BMC public health, 2013. **13**: p. 948.
49. Ishikawa, H., T. Takeuchi, and E. Yano, *Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients*. Diabetes Care, 2008. **31**(5): p. 874-9.
50. Åkerman, E. and J. Wångdahl, *Erfarenheter av hälsoundersökningar för asylsökande - delar av resultat från den explorativa studien inom delprojektet HUA.*, 2013, Uppsala Universitet: Uppsala.
51. Wångdahl, J.M. and L.I. Mårtensson, *Measuring health literacy - the Swedish Functional Health Literacy scale*. Scandinavian journal of caring sciences, 2014.
52. Röhlin, F., J.M. Pelikan, and K. Ganahl, *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)*. 2013, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.: Wien.
53. Migrationsverket, *Medarbetarenkät - Projekt sökandearbete i samverkan*, 2010, Migrationsverket.
54. Palm, S.S., H., *Strategier för hälsokommunikation och deras användbarhet. En genomgång av forskningsläget.*, 2004, Lunds University: Lund.
55. Hedin, G.H., G., *Asylsökandes informationsbehov*, 2010, Migrationsverket.
56. Kreuter, M.W. and S.M. McClure, *The role of culture in health communication*. Annual review of public health, 2004. **25**: p. 439-55.
57. SOU 1999:68, *Katastrofbranden i Göteborg Drabbade - Medier - Myndigheter*, 1999.
58. Wilson, F.L., et al., *Literacy, readability and cultural barriers: critical factors to consider when educating older African Americans about anticoagulation therapy*. Journal of clinical nursing, 2003. **12**(2): p. 275-82.
59. López, M., *Rapport: Kartläggning av hälsosamtal i skånska kommuner*, 2008, Kommunförbundet Skåne.
60. Singh, P.M., et al., *Language preferences on websites and in Google searches for human health and food information*. Journal of medical Internet research, 2007. **9**(2): p. e18.
61. Kreps, G.L. and L. Sparks, *Meeting the health literacy needs of immigrant populations*. Patient Educ Couns, 2008. **71**(3): p. 328-32.
62. Schouten, B.C. and L. Meeuwesen, *Cultural differences in medical communication: a review of the literature*. Patient education and counseling, 2006. **64**(1-3): p. 21-34.
63. Olden, A., *Somali Refugees in London: oral Culture in a Western Information Society*. International Journal of Libraries and Information Services, 1999. **49**: p. 212-224.
64. McGuire, W.J., *Theoretical foundations of campaigns in Public communication campaigns.*, R.E.A. Rice, C.K., Editor 1989, Sage: Newbury Park. p. 43-65.
65. O'Keefe, G.J., H.H. Boyd, and M.R. Brown, *Who learns preventive health care information from where: cross-channel and repertoire comparisons*. Health communication, 1998. **10**(1): p. 25-36.

66. Giordano, L., et al., *Improving the quality of communication in organised cervical cancer screening programmes*. Patient education and counseling, 2008. **72**(1): p. 130-6.
67. Needham, H.E., et al., *Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women*. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 2010. **46**(5): p. 506-8.
68. Miller, D.P., Jr., et al., *The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study*. BMC family practice, 2007. **8**: p. 16.
69. Smith, S.K., et al., *Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups*. Social science & medicine, 2009. **69**(12): p. 1805-12.
70. Turner, T., et al., *Pediatricians and health literacy: descriptive results from a national survey*. Pediatrics, 2009. **124 Suppl 3**: p. S299-305.
71. Aboumatar, H.J., et al., *The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension*. Journal of general internal medicine, 2013. **28**(11): p. 1469-76.
72. White, R.O., et al., *Health literacy, physician trust, and diabetes-related self-care activities in Hispanics with limited resources*. Journal of health care for the poor and underserved, 2013. **24**(4): p. 1756-68.
73. Erlen, J.A., *Functional health illiteracy. Ethical concerns*. Orthopaedic nursing / National Association of Orthopaedic Nurses, 2004. **23**(2): p. 150-3.
74. Weiss, B., *Health literacy and patients safety: help patient understand.*, in *Manual for clinicians 2007*, American Medical Association Foundation.: Chicago.
75. Saffer, S. and J. Keenan, *Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients*. American Family Physician, 2005. **72**(3): p. 463-468.
76. Bass, P.F., 3rd, et al., *Residents' ability to identify patients with poor literacy skills*. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 2002. **77**(10): p. 1039-41.
77. Davis, T.C., et al., *The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials*. The Journal of family practice, 1990. **31**(5): p. 533-8.
78. Sorensen, K., *Health literacy: the neglected European health literacy disparity.*, 2013, Maastricht University: Maastricht.
79. Brach, C., et al., *Attributes of a Health Literate Organization*, 2012, National Academy of Science.
80. Coleman, C., *Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature*. Nursing outlook, 2011. **59**(2): p. 70-8.
81. Schaefer, S., *Integrated Review of Health Literacy Interventions*. Orthopaedic Nursing, 2008. **27**(5): p. 302-317.
82. Sullivan, M.F., et al., *Expert communication training for providers in community health centers*. Journal of health care for the poor and underserved, 2011. **22**(4): p. 1358-68.
83. Green, J.A., et al., *Addressing health literacy through clear health communication: A training program for internal medicine residents*. Patient education and counseling, 2014.
84. Kriplani, S. and B.D. Weiss, *Teaching about health literacy and clear communication*. Journal of General Intern Medicine, 2006. **21**: p. 888-890.
85. Sykes, S., et al., *Understanding critical health literacy: a concept analysis*. BMC public health, 2013. **13**: p. 150.

86. SFS 2013:1083, *Lag om ändring om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare.*, 2013, Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
87. Kennerberg, L., *Hur försörjer sig nyanlända invandrare som inte deltar i SFI?*, 2009: Uppsala.
88. Eriksson-Sjö, T. and S. Ekblad, *FoU Rapport 2009:5. Stress, sömn och livskvalitet. En studie bland flyktingar i SFI-utbildning, lärare och handläggare i Fosie stadsdel, Malmö.*, 2009, Fakulteten för Hälsa och samhälle: Malmö.
89. Jordan, J.E., R.H. Osborne, and R. Buchbinder, *Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses.* Journal of clinical epidemiology, 2011. **64**(4): p. 366-79.
90. Pleasant, A., J. McKinney, and R.V. Rikard, *Health literacy measurement: a proposed research agenda.* Journal of health communication, 2011. **16 Suppl 3**: p. 11-21.

Skala för funktionell hälsolitteracitet - S

Baserad på The Japanese Functional Health literacy scale (Ishikawa et al, 2008).

Frågor om hur det är för dig att ta del av information som har med hälsa, sjukdomar och sjukvård att göra.					
<i>Markera det alternativ på varje rad som stämmer bäst överens med ditt svar.</i>					
	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
a. Tycker du det är svårt att läsa hälsoinformation, för att texten är svår att se (även om du har glasögon eller linser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tycker du det är svårt att förstå ord eller siffror i hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tycker du det är svårt att förstå budskap i hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tycker du det tar lång tid att läsa hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Händer det att du ber någon annan person läsa och förklara hälsoinformation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HLS-EU-Q16 svensk version

Framtaget av J.Wångdahl och L. Mårtensson efter originalversion, HLS-EU Consortium (2012).

Frågor om hälsoinformation

Frågor om hur det är för dig att hitta, förstå och använda information som har med hälsa, sjukdomar och sjukvård att göra. Markera det alternativ på varje rad som stämmer bäst överens med ditt svar.	Mycket lätt	Lätt	Svårt	Mycket svårt	Vet inte
a. Hur lätt/svårt är det för dig att hitta information om behandlingar för sjukdomar som berör dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hur lätt/svårt är det för dig att ta reda på var du kan få professionell hjälp när du är sjuk (t.ex. läkare, apotekare eller psykolog)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hur lätt/svårt är det för dig att förstå vad din läkare säger till dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hur lätt/svårt är det för dig att förstå instruktioner från läkare eller apotekare om hur du ska ta din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hur lätt/svårt är det för dig att ta ställning till om någon mer läkare behöver göra en bedömning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hur lätt/svårt är det för dig att använda information du får av din läkare för att fatta beslut rörande din sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Hur lätt/svårt är det för dig att följa instruktioner från läkare eller apotekare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hur lätt/svårt är det för dig att hitta information om hur du ska hantera psykisk ohälsa såsom stress och depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hur lätt/svårt är det för dig att förstå varningar om ohälsosamma levnadsvanor (t.ex. rökning, för lite fysisk aktivitet eller för mycket alkohol)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Hur lätt/svårt är det för dig att förstå varför du behöver delta i hälsoundersökningar (t.ex. mammografi, mätning av blodsocker/blodtryck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hur lätt/svårt är det för dig att bedöma om information om hälsorisker i media är pålitlig (via t.ex. TV och internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Hur lätt/svårt är det för dig utifrån information i media att ta ställning till hur du kan skydda dig mot sjukdomar (t.ex. via tidningar, flygblad och internet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Hur lätt/svårt är det för dig att hitta information om aktiviteter som är bra för din psykiska hälsa (t.ex. om meditation, träning och promenader)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Hur lätt/svårt är det för dig att förstå hälsoråd från familjemedlemmar eller vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Hur lätt/svårt är det för dig att förstå information i media om hur du kan få bättre hälsa (t.ex. från internet eller dags- och veckotidningar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Hur lätt/svårt är det för dig att bedöma vilka av dina levnadsvanor som relaterar till din hälsa (t.ex. matvanor, motionsvanor och alkoholvanor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontaktuppgifter för svensk version: Josefin Wångdahl (josefin.wangdahl@pubcare.uu.se), Socialmedicin, Institutionen för folkhälso- & vårdvetenskap, Uppsala Universitet. Lena Mårtensson (lena.i.martensson@gu.se), Enheten för socialmedicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet. **Kontaktuppgifter för originalversion och översättningar:** Kristine Sorensen (k.sorensen@maastrichtuniversity.nl), Department of International Health Maastricht University. **Referens:** HLS-EU Consortium (2012): HLS-EU- Q16. The European Health Literacy Survey Questionnaire - short version (Swedish: HLS-EU-Q16-SE)

Bilaga 3

Tabeller

Tabell 1. Totalt antal svar från samtliga deltagare som svarat på frågor om information om hälsoundersökningen.

	Antal	Andel (%)
Hur tycker du att asylsökande ska bli inbjudna till hälsoundersökningen för asylsökande?#		
E-post	48	8.7
Brev via posten	346	63
Telefonsamtal	63	11.5
SMS	43	7.8
Personligt möte på migrationsverket	202	36.8
Annat	8	1.5
Varifrån har du fått information om hälsoundersökningen för asylsökande?#		
Migrationsverket	277	47.2
Landstinget	186	31.7
Familj, släkt eller vänner i Sverige	57	9.7
Jag sökte själv upp information	37	6.3
Jag fick ingen information	61	10.4
Annat	9	1.5
Hur tycker du att asylsökande ska få information om hälsoundersökningen för asylsökande?#		
Personligt möte på migrationsverket	249	43.8
Gruppinformation på migrationsverket	151	26.6
Informationsfilm	41	7.2
Skriftlig information	110	19.4
Hemsida på internet	41	7.2
Genom närradiokanal på modersmål	27	4.8
Genom lokal tv kanal på modersmål	62	10.9
Via familj, släktingar eller andra landsmän som kommit till Sverige tidigare	73	12.9
Via föreningar eller organisationer som hjälper asylsökande och flyktingar i Sverige	88	15.5
Annat	18	3.2
Vad har du gjort för att få hälsoinformation det senaste året?#		
Använt		
Internet	188	31.0
Skriftliga broschyrer om hälsa och sjukdom	59	9.7
Tidningar	30	5.0
Sjukvårdsupplysningen	89	14.7
Åkt till		
Akuten	78	12.9
Vårdcentralen	298	49.2
Apoteket	88	14.5
Bibliotek	44	7.3
Andlig mötesplats	43	7.1
Tagit hjälp av		
Lärare i skolan	77	12.7
Frivillighets/biståndsorganisation	27	4.5
Grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige	56	9.2
Grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige	83	13.7
Släkt, vänner eller andra som bor i mitt hemland	141	23.3
Annat		
Jag har inte gjort något för att få information	130	21.5
Jag har gjort något annat	23	3.8

#Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Bilaga 3

Tabell 2. Totalt antal svar från samtliga deltagare som svarat på frågor om tiden vid beslut om hälsoundersökningen och deltagande i den.

	Antal	Fördelning (%)
När du skulle ta ställning till om du skulle göra hälsoundersökningen för asylsökande, visste du då...		
... varför du blev kallad till hälsoundersökningen för asylsökande?		
Ja	133	32.5
Nej	276	67.5
... att det är frivilligt att delta i hälsoundersökningen för asylsökande?		
Ja	193	51.3
Nej	183	48.7
... hur hälsoundersökningen för asylsökande skulle gå till?		
Ja	147	39.3
Nej	227	60.7
... att du kunde få hjälp av tolk?		
Ja	300	76.5
Nej	92	23.5
... att resultatet från hälsoundersökningen för asylsökande inte skickas till migrationsverket?		
Ja	86	24.9
Nej	259	75.1
	Antal	Andel (%)
Vad hade du för förväntningar på hälsoundersökningen för asylsökande innan du deltog i den?#		
Jag trodde att min chans att få permanent uppehållstillstånd skulle öka	24	5.3
Jag trodde att jag skulle få hjälp med hälsoproblem jag hade	178	39.2
Jag trodde att jag skulle få behandling eller medicin till mig själv	123	27.1
Jag trodde någon i familj skulle kunna få behandling eller medicin	16	3.5
Jag hade inga förväntningar	172	27.9
Andra förväntningar	13	2.9
Varför gjorde du hälsoundersökningen för asylsökande?#		
Den var gratis	66	14.4
Jag trodde att man måste göra den	114	24.9
Jag trodde att jag var tvungen för att få uppehållstillstånd	13	2.8
För att det är viktigt att infektioner inte sprids mellan människor	188	41.0
Jag var sjuk och i behov av vård	56	12.0
Jag ville veta om jag hade någon sjukdom eller infektion	158	34.5
Jag hade hört bra saker om hälsoundersökningen för asylsökande	40	8.7
Många personer som jag träffade hade gjort hälsoundersökningen för asylsökande	40	8.7
Varför gjorde du <u>inte</u> hälsoundersökningen för asylsökande?#		
Jag visste inte vad hälsoundersökningen för asylsökande var för något	7	38.9
Jag var frisk och behövde inte någon hälsoundersökning	6	33.3
Jag hittade inte till hälsoundersökningen för asylsökande	1	5.6
Jag hade inte tid	2	11.1
Jag var rädd för sprutor	1	5.6
Jag hade träffat många personer som inte hade gjort hälsoundersökningen för asylsökande	1	5.6
Jag tyckte inte om Migrationsverket	1	5.6
Jag tyckte inte om hälso- och sjukvården i Sverige	1	5.6

#Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Tabell 3. Totalt antal svar från samtliga deltagare som svarat på frågor om deltagande i hälsoundersökningen och om kommunikation och information vid deltagande i den.

	Antal	Fördelning (%)
--	-------	----------------

Bilaga 3

Fanns det tolk närvarande när du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande?

Ja	319	76.1
Nej	100	23.9
När du deltog i hälsoundersökningen...		
... förstod du då det som berättade för dig?		
Ja	320	72.9
Delvis	90	20.5
Nej	29	6.6
... kunde du då berätta om de hälsoproblem som du hade?		
Ja	324	75.9
Delvis	37	8.7
Nej	66	15.5
... kunde du då ställa frågor som du hade?		
Ja	271	65.2
Delvis	69	16.5
Nej	76	18.2
... fick du då svar på de frågor som du ställde?		
Ja	265	67.1
Delvis	57	17.0
Nej	63	15.9
När du deltog i hälsoundersökningen, fick du då ...		
... information om vilka prover som togs?		
Ja	287	71.8
Nej	113	28.3
... veta varför proverna togs?		
Ja	285	70.2
Nej	121	29.8
... veta resultatet på proverna?		
Ja	261	67.6
Nej	125	32.4
När du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande, fick du då information om ...		
... vad asylsökande har för rätt till hälso- och sjukvård i Sverige?		
Ja	232	57.1
Nej	174	42.9
... vart du kan vända dig om du blir sjuk i Sverige?		
Ja	334	69.3
Nej	95	22.1
... vart du kan vända dig i Sverige för att få hjälp om du mår psykiskt dåligt?		
Ja	186	45.3
Nej	225	54.7

Tabell 4. Totalt antal svar från samtliga deltagare som svarat på frågor om bemötande vid deltagande och inställningar till hälsoundersökningen.

	Antal	Fördelning (%)
När du deltog i HU...		

Bilaga 3

... fick du då hjälp med de hälsoproblem som du hade?		
Ja	191	49.5
Delvis	124	29.5
Nej	105	25.0
... fick du då ny kunskap som kan bidra till bättre hälsa för dig?		
Ja	169	41.8
Delvis	81	20.0
Nej	154	38.1
... blev du då bemött på ett respektfullt sätt?		
Ja	379	88.1
Delvis	32	7.4
Nej	19	4.4
... kände du då att hälsoundersökningen för asylsökande var kränkande på något sätt?		
Ja	214	51.9
Delvis	41	10.0
Nej	157	38.1
Har du en annan uppfattning nu om hälsoundersökningen för asylsökande än innan du gjorde den?		
Ja	109	25.7
Nej	315	74.3
På vilket sätt har du ändrat uppfattning?		
Nu mer positivt inställd till hälsoundersökningen för asylsökande än tidigare	74	74.7
Nu mer negativt inställd till hälsoundersökningen för asylsökande än tidigare	25	25.3
Skulle du rekommendera andra att göra hälsoundersökningen för asylsökande?		
Ja	504	89.5
Nej	9	1.6
Vet ej	50	8.9

Bilaga 3

Tabell 5. Fördelning (%) av personer med olika karaktäristika i grupper med olika födelseland^a.

	Somalia	Afghanistan	Irak	Syrien	Annat land	Sign. ^b
	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	Antal (%)	
Kön						***
Män	52 (41.6)	30 (51.7)	46 (40.7)	72 (72.0)	53 (48.2)	
Kvinnor	73 (58.4)	28 (48.3)	67 (59.3)	28 (28.0)	57 (51.8)	
Ålder						**
18-24	25 (20.7)	16 (30.2)	14 (14.3)	12 (14.3)	12 (12.6)	
25-44	77 (63.6)	25 (47.2)	53 (54.1)	57 (64.0)	70 (73.7)	
45 år eller äldre	19 (15.7)	12 (22.6)	31 (31.6)	20 (22.5)	13 (13.7)	
Utbildning						***
Ingen	35 (26.9)	15 (26.8)	4 (3.6)	9 (8.8)	34 (3.7)	
1-6 år	51 (39.2)	20 (35.7)	24 (21.4)	22 (21.6)	8 (7.4)	
7-12år	35 (26.9)	12 (21.4)	38 (33.9)	36 (35.3)	50 (46.3)	
Mer än 12 år	9 (6.9)	9 (16.1)	46 (41.1)	35 (34.3)	46 (42.6)	
Funktionell hälsolitteracitet						**
Bristande	80 (75.5)	34 (72.3)	64 (61.5)	53 (56.4)	44 (48.9)	
Problematisk	14 (13.2)	6 (12.8)	17 (16.3)	21 (22.3)	26 (28.9)	
Tillräcklig	12 (11.3)	7 (14.9)	23 (22.1)	20 (21.3)	20 (22.2)	
År med uppehållstillstånd						***
Kortare än 1 år	4 (3.3)	4 (7.4)	4 (4.1)	18 (20.2)	4 (4.4)	
1 – 2 år	54 (44.3)	36 (66.7)	43 (44.3)	67 (75.3)	71 (78.0)	
Mer än 2 år	64 (52.5)	14 (25.9)	50 (51.5)	4 (4.5)	16 (17.6)	
Varför Sverige						***
Asyl	107 (82.3)	41 (73.2)	88 (80.7)	90 (88.2)	65 (59.6)	
Annan orsak	23 (17.7)	15 (26.8)	21 (19.3)	12 (11.8)	44 (40.4)	
Långvarig sjukdom						***
Nej	98 (81.0)	26 (45.6)	64 (58.7)	67 (70.5)	74 (74.7)	
Ja	23 (19.0)	31 (54.4)	45 (41.3)	28 (29.5)	25 (25.3)	
Självskattad hälsa vid väntan på uppehållstillstånd						***
Mycket dålig	8 (6.4)	5 (9.8)	30 (27.0)	22 (21.6)	7 (6.6)	
Dålig	7 (6.4)	9 (17.6)	25 (22.5)	19 (18.6)	17 (16.0)	
Varken bra eller dålig	24 (19.2)	20 (29.2)	28 (25.2)	31 (30.4)	21 (19.8)	
Bra	28 (22.4)	10 (19.6)	17 (15.3)	19 (18.6)	40 (37.7)	
Mycket bra	58 (46.4)	7 (13.7)	11 (9.9)	11 (10.8)	21 (19.8)	
Deltagit i hälsoundersökning för asylsökande						***
Ja	114 (94.2)	45 (91.8)	84 (84.0)	73 (79.3)	95 (90.5)	
Nej	7 (5.8)	4 (8.2)	16 (16.0)	19 (20.7)	10 (9.5)	
Var hälsoundersökning för asylsökande gjordes						***
Stockholm	38 (36.5)	11 (27.5)	26 (36.1)	18 (28.1)	16 (17.2)	
Skåne	15 (14.4)	8 (20.0)	30 (41.7)	25 (39.1)	14 (15.1)	
Östergötland	19 (18.3)	4 (10.0)	8 (11.1)	9 (14.1)	7 (7.5)	
Norrbottnen	20 (19.2)	13 (32.5)	4 (5.6)	4 (6.3)	29 (31.2)	
Annat	12 (11.5)	4 (10.0)	4 (5.6)	8 (12.5)	27 (29.2)	

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

Bilaga 3

Tabell 6. Signifikanta skillnader i svar på frågor om information om hälsoundersökningen mellan grupper med olika födelse land^a.

	Somalia antal (%)	Afghanistan antal (%)	Irak antal (%)	Syrien antal (%)	Annat land antal (%)	Sign. ^b
Har du blivit erbjuden en gratis hälsoundersökning för asylsökande?						
Ja	109(85,9)	45 (88,2)	65 (68,6)	68 (66,7)	102 (92,7)	***
Hur kändes det att när du fick kallelsen till hälsoundersökningen för asylsökande?#						
Blev glad	71 (65,7)	21 (47,7)	26 (40,0)	38 (57,6)	43 (42,6)	**
Hur tycker du att asylsökande ska bli inbjudna till hälsoundersökningen för asylsökande?#						
E-post	7 (5,8)	0 (0,0)	6 (6,1)	9 (9,6)	19 (17,6)	**
Brev via posten	92 (76,2)	35 (71,4)	63 (64,3)	51 (55,4)	60 (55,6)	**
SMS	15 (12,5)	6 (12,2)	1 (1,0)	4 (4,3)	13 (12,0)	**
Varifrån har du fått information om hälsoundersökningen för asylsökande?#						
Migrationsverket	51 (40,2)	28 (50,0)	39 (36,1)	62 (60,8)	56 (51,9)	**
Hälsa- och sjukvården/Landstinget	59 (46,5)	18 (32,1)	36 (33,3)	15 (14,7)	33 (30,6)	***
Jag fick ingen information	11 (8,7)	3 (5,4)	19 (17,6)	14 (13,7)	7 (6,5)	*
Hur tycker du att asylsökande ska få information om hälsoundersökningen för asylsökande?#						
Personligt möte MV	30 (23,6)	24 (46,3)	49 (48,0)	53 (55,8)	49 (47,1)	***
Informationsfilm	25 (19,7)	0 (0,0)	2 (2,0)	4 (4,2)	2 (1,9)	***
Skriftlig information	50 (39,4)	9 (16,7)	11 (10,8)	8 (8,4)	17 (16,3)	***
Genom närradiokanal på modersmål	20 (15,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,2)	3 (2,9)	***
Genom lokal tv kanal på modersmål	44 (34,6)	2 (3,7)	4 (3,9)	3 (3,2)	3 (2,9)	***
Vad har du gjort för att få tag på hälsoinformation det senaste året? #						
Använt internet	20 (15,4)	9 (15,5)	46 (40,7)	42 (40,8)	40 (36,0)	***
Använt skriftliga broschyrer om hälsa och sjukdomar	23 (17,7)	3 (5,2)	8 (7,1)	4 (3,9)	15 (13,5)	**
Använt tidningar	13 (10,0)	4 (6,9)	3 (2,7)	2 (1,9)	6 (5,4)	*
Akt till biblioteket	6 (4,6)	9 (15,5)	5 (4,4)	8 (7,8)	13 (11,7)	*
Tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige	9 (6,9)	7 (12,1)	11 (9,7)	14 (13,6)	9 (8,1)	*
Tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som också invandrat till Sverige	5 (3,8)	12 (20,7)	14 (12,4)	19 (18,4)	19 (17,1)	**
Tagit hjälp av släkt, vänner eller andra som bor i mitt hemland	23 (17,7)	10 (17,2)	43 (38,1)	23 (22,3)	21 (18,9)	**

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001 ; #Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Bilaga 3

Tabell 7. Signifikanta skillnader i svar på frågor om tiden vid beslut om hälsoundersökningen och om deltagande mellan grupper med olika födelseland^a.

	Somalia antal (%)	Afghanistan antal (%)	Irak antal (%)	Syrien antal (%)	Annat land antal (%)	Sign. ^b
Varför gjorde du hälsoundersökningen för asylsökande?#						
För att det är viktigt att infektioner inte sprids mellan människor	37 (35,8)	27 (64,3)	24 (29,3)	38 (52,8)	37 (41,1)	**
Vad förväntade du dig av hälsoundersökningen för asylsökande?#						
Jag trodde att jag skulle få hjälp med hälsoproblem som jag hade	55 (53,4)	19 (44,2)	18 (22,2)	20 (28,6)	39 (41,9)	***
Jag trodde att jag skulle få behandling eller medicin till mig själv	45 (43,7)	16 (37,2)	19 (23,5)	15 (21,4)	19 (20,4)	**
Jag hade inga förväntningar	16 (15,5)	15 (34,9)	43 (53,1)	35 (50,0)	33 (35,5)	***

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001; #Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Tabell 8. Signifikanta skillnader i svar om genomförandet av hälsoundersökningen mellan grupper med olika födelseland^a.

	Somalia antal (%)	Afghanistan antal (%)	Irak antal (%)	Syrien antal (%)	Annat land antal (%)	Sign. ^b
Fick du svar på de frågor som du ställde när du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande?						*
Ja	64 (68,8)	24 (61,5)	41 (70,7)	44 (68,8)	51 (64,5)	
Delvis	14 (15,1)	5 (12,8)	6 (10,3)	18 (28,1)	13 (16,5)	
Nej	15 (16,1)	10 (25,6)	11 (19,0)	2 (3,1)	15 (19,0)	
När du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande, fick du då information om...						
... hur du kan skydda dig mot olika könssjukdomar?						**
Ja	35 (36,8)	9 (23,7)	36 (56,3)	29 (46,0)	33 (44,6)	
Nej	60 (63,2)	29 (76,3)	28 (43,8)	34 (54,0)	41 (55,4)	
När du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande...						
... fick du då hjälp med de hälsoproblem som du hade?						***
Ja	54 (61,4)	8 (20,0)	27 (36,0)	29 (40,8)	42 (51,9)	
Delvis	14 (15,9)	12 (30,0)	35 (46,7)	27 (38,0)	18 (22,2)	
Nej	20 (22,7)	20 (50,0)	13 (17,3)	15 (21,1)	21 (25,9)	
... kände du då att hälsoundersökningen för asylsökande var kränkande på något sätt?						***
Ja	15 (17,0)	7 (16,7)	63 (85,1)	59 (88,1)	40 (53,3)	
Delvis	14 (15,9)	3 (7,1)	6 (8,1)	5 (7,5)	5 (6,7)	
Nej	59 (67,0)	32 (76,2)	5 (6,8)	3 (4,5)	30 (40,0)	
Har du en annan uppfattning nu om hälsoundersökningen för asylsökande än innan du gjorde den?						***
Ja	24 (23,3)	21 (50,0)	10 (13,5)	8 (12,1)	26 (31,7)	
Nej	79 (76,7)	21 (50,0)	64 (86,5)	58 (87,9)	56 (68,3)	

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

Bilaga 3

Tabell 9. Fördelning (%) av personer med olika karaktäristika i grupper med olika nivåer av hälsolitteracitet.

	Funktionell hälsolitteracitet			Sign. ^b	Komplex hälsolitteracitet			Sign. ^b
	Bristande Antal (%)	Problematisk Antal (%)	Tillräcklig Antal (%)		Bristande Antal (%)	Problematisk Antal (%)	Tillräcklig Antal (%)	
Land				**				
Afghanistan	34 (12.4)	6 (7.1)	7 (8.5)		11 (14.7)	12 (11.2)	13 (9.9)	
Iran	64 (23.3)	17 (20.2)	23 (28.0)		20 (26.7)	23 (21.5)	26 (19.8)	
Somalia	80 (29.1)	14 (16.7)	12 (14.6)		15 (20.0)	31 (29.0)	39 (29.8)	
Syrien	53 (19.3)	21 (25.0)	20 (24.4)		12 (16.0)	22 (20.0)	27 (20.6)	
Annat	44 (16.0)	26 (31.0)	20 (24.4)		17 (22.7)	19 (17.8)	26 (19.6)	
Kön								
Män	143 (47.2)	63 (58.9)	48 (47.5)		53 (54.6)	67 (54.5)	65 (44.8)	
Kvinnor	160 (52.8)	44 (41.1)	53 (52.3)		44 (45.4)	56 (45.5)	80 (55.2)	
Ålder				**				
18-24	35 (12.9)	24 (24.2)	13 (14.3)		9 (9.9)	21 (18.3)	20 (15.6)	
25-44	162 (59.6)	64 (64.6)	63 (69.2)		63 (69.2)	76 (66.1)	76 (59.4)	
45 år eller äldre	75 (27.6)	11 (11.1)	15 (16.5)		19 (20.9)	18 (15.7)	32 (25.0)	
Utbildning				***				
Ingen	50 (16.4)	2 (1.9)	6 (5.8)		13 (13.3)	17 (13.6)	18 (12.4)	
1-6 år	80 (26.3)	20 (18.9)	15 (14.6)		22 (22.4)	28 (22.4)	32 (22.1)	
7-12år	94 (30.9)	39 (36.8)	46 (44.7)		27 (27.6)	43 (34.4)	54 (37.2)	
Mer än 12 år	80 (26.3)	45 (42.5)	36 (35.0)		36 (36.7)	37 (29.6)	41 (28.3)	
År med uppehållstillstånd				**				
Kortare än 1 år	22 (8.2)	5 (5.1)	5 (5.4)		10 (11.2)	5 (4.3)	8 (6.1)	
1 – 2 år	160 (59.7)	80 (80.8)	61 (66.3)		60 (67.4)	74 (64.3)	76 (57.6)	
Mer än 2 år	86 (32.1)	14 (14.1)	26 (28.3)		19 (21.3)	36 (31.3)	48 (36.4)	
Varför Sverige								
Asyl	237 (78.5)	78 (73.6)	80 (79.2)		78 (80.4)	98 (78.4)	109 (76.2)	
Annan orsak	65 (21.5)	28 (26.4)	21 (20.8)		19 (19.6)	27 (21.6)	34 (23.8)	
Långvarig sjukdom				**				***
Nej	188 (62.7)	75 (77.3)	74 (74.0)		49 (51.6)	77 (63.8)	108 (76.5)	
Ja	112 (37.3)	22 (22.7)	26 (26.0)		46 (48.4)	44 (36.4)	33 (23.4)	
Självskattad hälsa vid väntan på uppehållstillstånd								*
Mycket dålig	55 (18.3)	7 (6.7)	13 (13.0)		14 (14.6)	20 (16.3)	17 (12.0)	
Dålig	49 (16.3)	16 (15.2)	17 (17.0)		19 (19.8)	27 (22.0)	18 (12.7)	
Varken bra eller dålig	74 (24.7)	33 (31.4)	23 (23.0)		29 (30.2)	25 (20.3)	28 (19.7)	
Bra	65 (21.7)	28 (26.7)	19 (19.0)		19 (19.8)	27 (22.0)	33 (23.2)	
Mycket bra	57 (19.0)	21 (20.0)	28 (28.0)		15 (15.6)	24 (19.5)	46 (32.4)	
Deltagit i hälsundersökning för asylsökande	249(87.9)	84 (84.0)	88 (94.6)		78 (84.8)	105 (90.5)	128(92.1)	
Ja	35 (12.3)	16 (16.0)	5 (5.4)		14 (15.2)	11 (9.5)	11 (7.9)	
Nej								
Var hälsundersökning för asylsökande gjordes								
Stockholm	73 (33.3)	14 (18.9)	18 (23.7)		19 (28.8)	23 (25.6)	39 (33.9)	
Skåne	54 (24.7)	23 (31.1)	17 (22.4)		20 (30.3)	21 (23.3)	26 (22.2)	
Östergötland	28 (12.8)	8 (10.8)	12 (15.8)		9 (13.6)	12 (13.3)	16 (13.7)	
Norrbottnen	42 (19.2)	14 (18.9)	14 (18.4)		9 (13.6)	15 (16.7)	19 (16.2)	
Annat	22 (10.0)	15 (20.3)	15 (19.7)		9 (13.6)	19 (21.1)	17 (14.5)	

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

Bilaga 3

Tabell 10. Signifikanta skillnader i svar på frågor om information om hälsundersökningen mellan grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL)^a.

	Bristande FHL	Problematisksk FHL	Tillräcklig FHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
Förstod du innehållet i kallelsen?				***
Ja	70 (29.7)	28 (36.8)	43 (62.3)	
Lite grann	45 (19.1)	15 (19.7)	9 (13.0)	
Nej, jag behövde hjälp med översättning.	121 (51.3)	33 (43.4)	17 (24.6)	
Hur kändes det när du fick kallelsen till hälsundersökningen för asylsökande?[#]				
Kände inget speciellt	74 (30.6)	42 (53.2)	35 (47.9)	***
Blev glad	139 (57.4)	29 (36.7)	36 (49.3)	**
Hur tycker du att asylsökande ska få information om hälsundersökningen för asylsökande?[#]				
Genom lokal tv kanal på modersmål	38 (13.0)	7 (6.9)	5 (5.1)	**
Vad har du gjort för att få hälsoinformation det senaste året?[#]				
Använt internet	86 (27.7)	44 (40.7)	45 (43.3)	**
Åkt till akuten	50 (16.1)	17 (15.7)	6 (5.8)	*
Tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra bekanta födda i Sverige	39 (12.6)	7 (6.5)	4 (3.8)	*

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001; [#]Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Tabell 11. Signifikanta skillnader i svar på frågor om tiden vid beslut om hälsundersökningen och om deltagande mellan grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL)^a.

	Bristande FHL	Problematisksk FHL	Tillräcklig FHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
Kunde du ta ställning till om du skulle delta i hälsundersökningen för asylsökande genom informationen i kallelsen?				
Nej	43 (55.8)	8 (36.4)	10 (83.3)	*
När du skulle ta ställning till om du skulle göra HU, visste du då...				
... att det är frivilligt att delta i hälsundersökningen för asylsökande?				
Nej	109 (54.2)	37 (52.9)	21 (32.3)	**
... hur hälsundersökningen för asylsökande skulle gå till?				
Nej	129 (64.8)	41 (58.6)	30 (46.2)	*
... att resultatet inte skickas till Migrationsverket?				
Nej	151 (78.2)	33 (62.3)	46 (79.3)	*

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

Bilaga 3

Tabell 12. Signifikanta skillnader i svar på frågor om genomförandet av hälsoundersökningen mellan grupper med olika funktionell hälsolitteracitet (FHL)^a.

	Bristande FHL	Problematisks FHL	Tillräcklig FHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
Varför gjorde du hälsoundersökningen för asylsökande?[#]				
Jag ville veta om jag hade någon sjukdom eller infektion	88 (37.0)	33 (40.7)	19 (22.4)	*

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001; [#] Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Tabell 13. Signifikanta skillnader i svar på frågor om deltagande i och kommunikation och information vid deltagande i hälsoundersökningen mellan grupper med olika funktionell hälsolitteracitet^a.

	Bristande FHL	Problematisks FHL	Tillräcklig FHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
Fanns det tolk närvarande när du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande?				*
Nej	44 (19.8)	26 (34.7)	17 (21.5)	

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

Bilaga 3

Tabell 14. Signifikanta skillnader i svar på frågor om information om hälsundersökningen mellan grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL)^a.

	Bristande KHL	ProblematisK KHL	Tillräcklig KHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
Förstod du innehållet i kallelsen?				***
Lite grann	16 (23.5)	12 (12.9)	15 (12.8)	
Nej, jag behövde hjälp med översättning	38 (55.9)	45 (48.4)	40 (34.2)	
Hur kändes det att när du fick kallelsen till hälsundersökningen för asylsökande? #				
Blev glad	32 (44.4)	46 (49.5)	72 (61.5)	*
Hur tycker du att asylsökande ska få info om hälsundersökningen för asylsökande?#				
Informationsfilm	5 (5.2)	4 (3.3)	15 (11.1)	*
Skulle du rekommendera andra att göra hälsundersökningen för asylsökande?				**
Ja	84 (88.4)	115 (92.7)	143 (99.3)	
Nej	3 (3.2)	2 (1.6)	0 (0.0)	
Vet ej	8 (8.4)	7 (5.6)	1 (0.7)	
Vad har du gjort för att få hälsoinformation det senaste året?#				
Tagit hjälp av grannar, arbetskamrater eller andra som också har invandrat till Sverige	20 (20.0)	28 (22.0)	16 (10.9)	*

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001; #Flera svarsalternativ kunde fyllas i

Tabell 15. Signifikanta skillnader i svar på frågor om tiden vid beslut om hälsundersökningen och deltagande i den mellan grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL)^a.

	Bristande KHL	ProblematisK KHL	Tillräcklig KHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
När du skulle ta ställning till om du skulle göra hälsundersökningen för asylsökande, visste du då...				
... varför du blev kallad till hälsundersökningen?				**
Nej	32 (47.8)	28 (32.6)	27 (25.0)	
... att det är frivilligt att delta i hälsundersökningen?				***
Nej	47 (73.4)	47 (58.0)	29 (28.2)	
... hur hälsundersökningen skulle gå till?				***
Nej	48 (78.7)	55 (67.9)	38 (39.2)	

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

Bilaga 3

Tabell 16.

Signifikanta skillnader i svar på frågor om genomförandet av hälsoundersökningen mellan grupper med olika komplex hälsolitteracitet (KHL)^a.

	Bristande KHL	Problematisk KHL	Tillräcklig KHL	Sign. ^b
	antal (%)	antal (%)	antal (%)	
När du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande...				
... förstod du då det som berättades för dig?				
Delvis	15 (19.2)	15 (15.3)	21 (17.8)	**
Nej	11 (14.1)	5 (5.1)	2 (1.7)	
... kunde du då berätta om de hälsoproblem som du hade?				
Delvis	10 (13.5)	4 (4.1)	6 (5.2)	**
Nej	16 (21.6)	10 (10.3)	10 (8.6)	
... kunde du då ställa frågor som du hade?				
Delvis	16 (21.6)	12 (12.8)	15 (12.7)	*
Nej	19 (25.7)	13 (13.8)	18 (15.3)	
... fick du då svar på de frågor som du ställde?				
Delvis	15 (21.7)	17 (18.3)	9 (7.8)	**
Nej	17 (24.6)	12 (12.9)	14 (12.1)	
När du deltog i hälsoundersökningen, fick du då ...				
... information om vilka prover som togs?				
Nej	33 (45.8)	13 (14.4)	24 (21.2)	***
... information om varför proverna togs?				
Nej	28 (39.4)	24 (25.3)	26 (22.6)	*
När du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande, fick du då information om...				
... vad asylsökande har för rätt till hälso- och sjukvård i Sverige?				
Nej	48 (69.6)	38 (43.2)	25 (21.7)	***
... vart du kan vända dig om du blir sjuk i Sverige?				
Nej	29 (39.7)	13 (13.5)	15 (12.6)	***
... vart du kan vända dig i Sverige för att få hjälp om du mår psykiskt dåligt?				
Nej	52 (75.4)	50 (51.5)	42 (36.5)	***
När du deltog i hälsoundersökningen för asylsökande...				
... fick du då hjälp med de hälsoproblem som du hade?				
Delvis	20 (27.8)	34 (34.7)	25 (21.9)	***
Nej	33 (45.4)	23 (23.5)	11 (9.6)	
... fick du då ny kunskap som kan bidra till bättre hälsa för dig?				
Delvis	10 (14.7)	23 (24.5)	24 (21.8)	***
Nej	43 (63.2)	37 (39.4)	20 (18.2)	
... blev du då bemött på ett respektfullt sätt?				
Delvis	10 (13.7)	7 (7.0)	3 (2.5)	**
Nej	4 (5.5)	7 (7.0)	1 (0.8)	

^a Missade värden inkluderas ej; ^b Signifikans; * p värde <0.05 **; p värde < 0.01; *** p värde < 0.001

