

Förord .....	2
<b>Sammanfattning – Vård till asylsökande.....</b>	<b>3</b>
<b>Akut psykiatrisk vård för asylsökande.....</b>	<b>5</b>
Uppdrag .....	5
Bakgrund .....	5
Metod .....	6
Urval .....	6
Resultat .....	6
Bedömning och diskussion.....	8
Förslag till åtgärder.....	8
<b>Register- och journalstudie rörande asylsökandes sjukvård.....</b>	<b>31</b>
Syfte.....	31
Material och metoder.....	31
Urval .....	31
Resultat .....	32
Diskussion.....	36
Bedömning .....	37
Förslag.....	38
<b>Hälsosamtal med asylsökande, kvotflyktingar och anknytningsfall ur smittskyddssynpunkt (förslagsdelen).....</b>	<b>39</b>
Socialstyrelsen föreslår.....	39

# Förord

I relation till antalet invånare är Sverige ett av de länder i Europa som tar emot flest flyktingar. Under 1999 mottogs ca 15.000 flyktingar varav en fjärdedel i Stockholm. Sjukvårdshuvudmännen har en viktig roll att tillförsäkra att flyktingarna får vård. Mellan staten och Landstingsförbundet finns en överenskommelse som reglerar innehåll och omfattning av denna vård. I denna överenskommelse läggs också fast att vårdens innehåll och omfattning skall följas upp.

Landstingens uppdrag har vidare preciserats i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:4 Hälsa- och sjukvård för asylsökande och flyktingar). Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att följa upp överenskommelsen med avseende på innehåll och omfattning av den vård som ges till de asylsökande. Socialstyrelsen har tidigare i rapporter belyst värden för asylsökande (1996, 1999).

Arbetet med denna uppföljning redovisas i tre rapporter. Fokus i studierna ligger på förhållandena i Stockholm. Information har insamlats genom intervjuer med personal, registerstudier och journalgranskningar.

Utredningen pekar på behovet av en tydligare ansvarsfördelning hos huvudmännen, en mer strukturerad uppföljning samt omprövning av formerna för ersättning till landstinget så att flyktingar reellt erbjuds hälsosamtal och hälsoundersökning och detta genomförs, vilket är betydelsefullt inte minst ur smittskyddssynpunkt. För att huvudmännen skall kunna fullgöra vad som följer av avtalet bör också informationsöverföringen från Migrationsverket till huvudmännen förbättras.

Socialstyrelsen vill tacka alla dem som medverkat i rapporten

Kerstin Wigzell

## Sammanfattning – Vård till asylsökande

Under 1999 ansökte 11.231 individer om asyl i Sverige. Därtill kom en grupp om 2.746 med tidsbegränsat uppehållstillstånd från Kosovo. I Stockholms län mottogs 3.938 flyktingar ur de båda grupperna. Hälso- och sjukvård för asylsökande regleras genom särskilt avtal mellan staten (Utrikesdepartementet) och Landstingsförbundet. I enlighet med avtalet ska uppföljning av vården ske. Regeringen har i beslut (2000-04-27 III:15) uppdragit åt Socialstyrelsen att följa upp innehåll i och omfattning av den vård som landstingen enligt den nämnda överenskommelsen åtagit sig att ge till vuxna asylsökande m.fl. De här redovisade studierna är avgränsade till vuxna personer. För asylsökande under 18 år ersätts landstingen för all vård, för vuxna asylsökande avgränsas ersättningen till att omfatta:

- erbjudande om hälsosamtal och hälsoundersökning
- akut vård eller vård som inte kan anstå
- mödravård, förlossningsvård och preventivmedelsrådgivning
- åtgärder enligt smittskyddslagen

Socialstyrelsen har under 1999 på regeringens uppdrag deltagit i uppföljningen av avtalet genom studier i Västsverige. Under sommaren 2000 har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag genomfört tre studier främst fokuserade till Stockholm. De tre studierna har inriktats på psykiatriskt omhändertagande, somatisk vård och erbjudande om hälsosamtal med särskilt avseende på smittskydd.

1. Asylsökande kan ibland behöva *långvarigt psykiatriskt omhändertagande*. Huruvida vårdtiderna varit medicinskt motiverade har i vissa fall varit föremål för diskussion. Den här redovisade studien har granskat vården för två grupper i Uppsala och Stockholms läns landsting. Studien visar att den psykiatriska vården varit väl motiverad och bedrivits enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.
2. Register- och journalstudien avseende *somatiskt omhändertagande* påvisar brister i interna administrativa rutiner vad gäller registrering och rapportering av de asylsökande. Vidare påvisas att asylsökande i många fall erhåller vård som inte är avgränsad till endast akut vård. Detta betyder inte att den givna vården inte skulle vara medicinskt motiverad. Ett problem är därvid svårigheterna för vårdpersonalen att särskilja gruppen asylsökande från övriga patienter.
3. Den tredje studien fokuserar på *hälsosamtal*. Erbjudande om hälsosamtal är påkallat dels ur den asylsökandes synpunkt för att kunna fånga upp hälsoproblem och vägleda patienten till rätt vårdnivå i fortsatta vårdkontakter, dels ur samhällets synpunkt för att kunna säkerställa ett effektivt smittskydd. Studien påvisar brister i rutinerna att erbjuda alla asylsökande hälsosamtal. Studien bygger huvudsakligen på intervjuer med berörd personal. Socialstyrelsen redovisar de förbättringsförslag som grundas på studien och som har relevans för avtalet mellan staten och Landstingsförbundet.

Omfattningen av genomförda hälsosamtal varierar över landet. I Norrbotten, där samtliga asylsökande omhändertas på en och samma anläggning, blir samtliga hälsoundersökta minst en gång. I Stockholm, där flertalet valt att bo i eget boende, bedömer man att 50-60 procent av

de asylsökande erbjuds hälsosamtal. I den register- och journalstudie som redovisas kunde för ett urval på 100 individer bekräftas att 9 av dessa genomgått hälsoundersökning. Ett problem är att lokalisera de asylsökande som valt att bo i eget boende. Så gott som alla huvudmän har brister i rutinerna för att erbjuda hälsosamtal.

Utfallet av de tre studierna pekar på behov av flera förbättringar;

- Informationsöverföringen från Migrationsverket till huvudmännen avseende vilka asylsökande som uppehåller sig i huvudmannens betjäningssområde bör ske med tätare uppdateringar. Informationen måste förbättras inte bara vad gäller dem som flyttat in i landstingsområdet utan även de som avflyttat. Detta synes vara angeläget om huvudmännen skall ha rimliga förutsättningar att fullgöra sitt åtagande. Inte minst av smittskyddsskäl bör erbjudandet om hälsosamtal komma så tidigt som möjligt till den asylsökande vilket förutsätter aktuell information från Migrationsverket.
- Sjukvårdshuvudmannen klargör inte alltid i sin egen organisation ansvaret för omhändertagande av asylsökande. Detta förtjänar att särskilt framhållas vad gäller Stockholms läns landsting. Ett problem är därvid att man lokalt i landstinget saknar tillräcklig information om vilka individer som skall tillförsäkras vård enligt avtalet samt omfattning och innehåll i den vård som givits till denna grupp.
- En koncentration av omhändertagandet av asylsökande framför allt vad gäller erbjudande av hälsoundersökning skulle förbättra möjligheterna till ett effektivt smittskydd samt möjligheterna att identifiera vårdbehov och styra in patienten på rätt vårdnivå.
- Sjukvårdshuvudmännen har otillräckliga rutiner avseende erbjudande om hälsosamtal, innehåll och uppföljning dessa. Den somatiska vården som ges till asylsökande är inte avgränsad enligt avtalet till akut vård eller vård som inte kan anstå. Den ersättningsmodell som anges i avtalet ger inga incitament till att erbjuda hälsosamtal och motverkar i vissa fall att öppenvård erbjuds som alternativ till sjukhusvård. Det är angeläget att den ersättningsmodell som valts stimulerar till att hälsosamtal och hälsoundersökning erbjuds alla asylsökande och reellt genomförs, inte minst ur smittskyddssynpunkt. Nuvarande schablonersättningsmodell bör därför omprövas till förmån för en modell som är mer relaterad till genomförda åtgärder.

# Akut psykiatrisk vård för asylsökande

*En journalstudie från två psykiatriska verksamheter åren 1997–99*

**Börje Lassenius**

Med. dr, specialist i psykiatri, f.d. medicinalråd

## Uppdrag

Hälso- och sjukvård för asylsökande regleras genom särskilt avtal mellan staten (Utrikesdepartementet) och Landstingsförbundet. I enlighet med avtalet ska uppföljning av vården ske. Regeringen har i beslut (2000-04-27 III:15) uppdragit åt Socialstyrelsen att följa upp innehåll i och omfattning av den vård som landstingen enligt den nämnda överenskommelsen åtagit sig att ge till vuxna asylsökande m.fl.

För att studera den akuta psykiatriska heldygnsvård som ges asylsökande har Socialstyrelsen uppdragit åt mig att göra en journalstudie. Studien har genomförts på två sjukhus och omfattar totalt tjugo fall, vilka slumpvis valts ut bland de asylsökande som åren 1997-99 vårdats på dessa sjukhus. Vid studien har en journalgenomgång och en bedömning av vårdens karaktär och omfattning gjorts.

Syftet med denna journalgenomgång är att belysa om vården avgränsats till att omfatta enbart akut vård eller ej.

## Bakgrund

Landstingen får av staten ett schablonbelopp efter antalet asylsökande i området för akut sjukvård. Om kostnaderna för ett vårdtillfälle överskrider 50.000 kronor betalar Statens invandrarverk (SIV), numera Migrationsverket, det överskjutande beloppet.

Enligt överenskommelse med Socialstyrelsen har studien genomförts i Uppsala och Västra Stockholm.

I Uppsala län finns 764 asylsökande i februari 2000 enligt SIV:s statistik. Under den tid undersökningen omfattar har det dessutom funnits en del gömda flyktingar i Alsike kloster i Uppsala län. I Stockholms län finns 4 238 asylsökande enligt samma sammanställning. Västra Stockholm är ett invandrantätt område, vilket troligen gör att många asylsökande bor inom området.

## Metod

Studien utförs i form av en journalgenomgång. Vid denna görs en bedömning av vårdens karaktär och omfattning. Denna journalgenomgång bör kunna belysa om vården avgränsats till att omfatta enbart akut vård eller ej.

Studien omfattar heldygnsvård inom psykiatrin i Uppsala, nämligen vid Akademiska sjukhuset i Uppsala inklusive Ulleråkeravdelningarna samt inom psykiatrin för Västra Stockholm med vårdplatser för heldygnsvård i anslutning till S:t Görans sjukhus. Avsikten är att studien ska omfatta totalt tjugo fall, vilka slumpvis väljs ut bland de asylsökande som åren 1997–99 vårdats på dessa sjukhus.

## Urval

På mottagningsenheten i Gimo redovisades 49 fall som fått akut psykiatrisk vård vid Akademiska sjukhuset i Uppsala (de flesta på Ulleråkeravdelningarna) 1997–99. När jag slumpvis ska välja 11 fall ur materialet visar det sig att åtminstone fyra inte fått psykiatrisk vård utan sannolikt vårdats på annan klinik vid Akademiska sjukhuset. Totalantalet asylsökande som fått akut psykiatrisk vård 1997–99 i Uppsala län är därför troligen omkring 40.

Förutom dessa 11 slumpvis valda fall medtas ytterligare fall nr 11 efter förslag av mottagningsenheten i Gimo.

I Stockholm har SIV:s enhet i Skärholmen möjlighet att ta fram 11 fall som ska ha fått akut psykiatrisk vård på S:t Görans sjukhus och troligen är från Västra Stockholm. En av dem visar sig dock tillhöra Södra Stockholm och ytterligare två tillhör inte heller Västra psykiatriska sektorn. Eftersom akutmottagningen för psykiatrin ligger i anslutning till S:t Görans sjukhus har dessa tre felaktigt kommit med i materialet från SIV. Vidare finns inte i Stockholmsmaterialet några fall med påbörjad vård 1999. Detta kan vara en följd av de förändringar som skett i sjukvårdsorganisationen i Stockholms läns landsting, vilket kan ha påverkat urvalet. Journalgenomgången omfattar därför enbart åtta fall ifrån Västra Stockholm.

## Resultat

I tabell 1 ges en översikt över de patienter som vårdats i Uppsala och som ingår i denna studie. Tabell 2 visar en likadan översikt över patienterna vårdade på Västra psykiatriska sektorns avdelningar vid S:t Görans sjukhus. För patienter med flera vårdtillfällen anges den sammanlagda vårdtiden. Dessutom finns som bilaga 20 sidor med en kort sammanfattning angående varje patient.

## Uppsala-materialet

Dessa 12 patienter, 7 män och 5 kvinnor, är 18 till 68 år gamla vid det första vårdtillfället. Materialets medianålder är 33,5 år. Tre kommer från Bangladesh, två från Irak och en från vart och ett av följande länder: Syrien, Angola, Marocko, Turkiet, Kazakstan, Bulgarien och Ukraina. Sex har haft ett vårdtillfälle, fem två vårdtillfällen och en tre vårdtillfällen. Vårdtiderna är rätt långa och varierar mellan 34 och 187 dagar; medianvårdtiden blir 82 dagar.

Tre har diagnosen egentlig depression, tre har en reaktiv depression och tre har diagnosen akut kris. Två betecknas som PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) och en har ett psykotiskt syndrom. Flera av patienterna (4 ) har övergående psykotiska symtom. I 4 fall vårdas patienten åtminstone en del av vårdtiden enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Intagningen har i 5 fall föranletts av självmordsförsök och dessutom har det i 6 fall bedömts föreligga en stor risk för självmord.

Vårdbehovet har bedömts vara akut i samtliga fall. Även vid långa vårdtider har det funnits skäl till fortsatt heldygnsvård. För att belysa detta redovisas helt kort för den patient som haft den längsta vårdtiden (fall nr 13): Han inkommer i ett psykotiskt förvirringstillstånd på vårdintyg. Efter en månads vård är hans tillstånd förbättrat och han skrivs ut. Han återkommer dock efter bara några veckor efter ett självmordsförsök. Han vägrar äta och dricka, skriver avskedsbrev och bedöms så deprimerad att han konverteras till tvångsvård enligt LPT. Länsrätten fastställer tvångsvården. Han behöver intensiv övervakning och vätsketillförsel med dropp.

## Stockholmsmaterialet

De är 5 män och 3 kvinnor i åldern 21 till 43 år. Medianåldern är 29,5 år. Två av dem kommer från Iran medan resten är hemma från Bangladesh. Fem har haft endast ett vårdtillfälle, två har vårdats två gånger och en tio gånger. Vårdtiderna varierar mellan 20 dagar och 164 med 57 dagar som medianvårdtid.

Fyra har diagnosen egentlig depression med psykotiska symtom, en patient har en reaktiv depression, en anges ha akut stressreaktion, en generaliserat ångestsyndrom och en PTSD.

Flera av patienterna (3) har övergående psykotiska symtom. I 3 fall vårdas patienten åtminstone en del av vårdtiden enligt LPT. Intagningen har i 4 fall föranletts av självmordsförsök och i 3 fall har det bedömts föreligga en stor risk för självmord.

I samtliga fall har vårdbehovet bedömts vara akut. Fall nr 23 vårdas i 164 dagar. Det gäller en gravt deprimerad kvinna som inkommer efter att ha försökt hänga sig. Hon vägrar äta och dricka. Då tillståndet försämras konverteras hon till tvångsvård enligt LPT. Länsrätten fastställer tvångsvården, som varar ända till utskrivningen. Behandlingen av patienten kompliceras av att hon är gravid. Hennes tillstånd kräver intensiv övervakning och näringstillförsel med dropp.

Ett annat fall i Stockholmsmaterialet (fall nr 28) har under mer än ett år haft en depression med ständiga självmordstankar. Han har under denna tid vårdats 10 gånger på sjukhus men sammanlagt dock endast under 69 dagar. Flera vårdtillfällen har inletts enligt LPT på grund av

allvarlig självmordsrisk. Eftersom han haft ett omfattande stöd av den psykiatriska öppenvården och av goda vänner har heldygnsvården kunnat begränsas till upprepade men korta vårdtillfällen.

## **Bedömning och diskussion**

Ett av huvudsyftena med denna undersökning var att bedöma huruvida den psykiatriska vården för asylsökande får sker på grund av akuta orsaker. Detta har visat sig klart vara fallet vid alla de studerade vårdtillfällena. En tredjedel av patienterna har åtminstone under en del av vårdtiden vårdats tvångsvis enligt LPT. Eftersom LPT-vården ofta kommit till stånd genom konvertering har fallen underställts länsrättens prövning och rätten har i alla dessa ärenden fastställt tvångsvården. I nästan alla fall har vården skett på grund av uttalade depressiva symtom med inslag av ångest och desperation. I många fall har psykotiska symtom (störd verklighetsuppfattning) förelegat. Många patienter har haft ett posttraumatiskt stressyndrom till följd av tortyr, våldtäkt eller andra svåra upplevelser i hemlandet.

Hälften av patienterna har vid något av vårdtillfällena intagits i samband med ett självmordsförsök och i nästan alla fall har det förelegat en mer eller mindre uttalad självmordsrisk. Detta belyser depressionernas svårighetsgrad.

De flesta patienterna är unga. Vårdtiderna är ofta långa men akut vårdbehov tycks ha förelegat under större delen av vårdtiderna i flertalet fall. I många fall har det handlat om allvarlig vägran att inta mat och dryck. I andra fall har nya självmordsförsök inträffat under den pågående vården.

I Uppsala län har rätt många asylsökande fått akut psykiatrisk vård under den undersökta perioden. Vårdtiderna har varit klart längre än i Stockholm. Vidare tycks kostnaderna för den psykiatriska vården vara betydligt högre i Uppsala än i Stockholm. På SIV:s mottagningsenhet i Gimo har man den uppfattningen att Uppsala läns landsting har väl höga vårdavgifter. Landstinget tar betalt enligt tre nivåer och den högsta är 6 600 kr/vårddyg. Även om patienterna ofta behöver extra vak och särskild övervakning tycker man att det är en hög avgift. Eftersom vårdtillfällena dessutom är långa blir kostnaderna höga.

Fall nr 28 som redovisats i samband med Stockholmsmaterialet tyder på att man med aktiva och omfattande öppenvårdsinsatser kan begränsa vårdtiderna.

## **Förslag till åtgärder**

För vissa patienter kan behov av akut psykiatrisk vård föranleda en långvarig vårdinsats. Nuvarande ersättningssystem medger extra ersättning från staten om huvudmannen kan visa att kostnaderna för vårdkontakten överstiger 50.000 kronor. Ersättningens utformning riskerar att motverka behandling i öppen vård till förmån för slutna sjukhusvård (inläggning). En aktiv öppenvård är ofta mer kostnadseffektiv. Ersättningsreglerna bör utformas så att incitament till öppenvård ges där så är medicinskt möjligt och önskvärt. Detta förefaller särskilt angeläget för redan inskrivna patienter där möjlighet till fortsatt omhändertagande i den öppna vården kan övervägas.

- Ett förslag kan vara att när en patient bedöms vara i behov av en serie öppenvårdsbesök en behandlingsplan upprättas. Vård som bedrivs enligt sådan behandlingsplan skulle betraktas som en vårdkontakt. En sådan modell skulle kunna stå i samklang med nuvarande avtal mellan staten och landstingen och främja öppna vårdformer.

Tabell 1. Uppsalamaterialet

Nr	Hemland	Ålder, år	Kön	Vårdtid, dagar	Diagnos	Intagningsorsak
1	Bangladesh	34	Man	86	PTSD	Depression och s-tankar. Hotat ta sitt liv m.kniv.
2	Bangladesh	24	Man	76	Reaktiv depression	Hängning, S-försök.
6	Syrien	30	Kvinna	54	Akut krisreaktion	Psykotiskt intryck, självdestruktiv.
4	Angola	26	Kvinna	115	Egentl. depression. PTSD.	Orkar ej längre. S-risk
7	Bangladesh	35	Man	134	Reaktiv depression. PTSD	Försökt strypa sig med lakan. Djupt depr
10	Marocko	38	Man	78	Misstänkt psykos.	S-risk. Vägrar mat o. dryck
11	Irak	18	Man	125	Egentl. depression. PTSD.	Akut dålig efter utvisningsbeslut 9907. S-risk
12	Turkiet	36	Kvinna	74	Psykotiskt syndrom	Förvirrad, rädd, paranoisk
13	Irak (kurd)	30	Man	187	Reaktiv psykos. Depression	Psykotiskt förvirrad, hallucinerande, dåligt allmäntillstånd
14	Kazakstan (tjetjen)	39	Kvinna	109	PTSD. Diabetes (tablettbeh)	S-försök, skurit sig i handleden
15	Bulgarien (turkiska)	33	Kvinna	68	Egentl. depression	Djup depression med risk för utvidgat suicid.
16	Ukraina (jude)	68	Man	34	Krisreaktion. Diabetes	Hängningsförsök efter utvisn.beslut

Tabell 2. Stockholmsmaterialet

Nr	Hemland	Ålder, år	Kön	Vårdtid, dagar	Diagnos	Intagningsorsak
21	Iran	43	Kvinna	65	Akut stres reaktion	Tablettintox efter utväsningsbeslut
23	Bangladesh	21	Kvinna	164	Egentl.depression	Försökt hänga sig. Gravt deprimerad..
24	Bangladesh	33	Man	20	Egentl.depression	Äter o. dricker dåligt. S-planer.
26	Bangladesh	31	Man	54	PTSD	S-tankar, skräckslagen för förhör utnämnden
27	Bangladesh	21	Kvinna	58	Egentl.depression	Vårdintyg. Äter, dricker ej. S-tankar.
28	Bangladesh	28	Man	69	Livskris. Reaktiv depression	S-försök, depression
29	Iran	38	Man	56	Egentl.depression	S-tankar. Hotat hoppa. Äter dåligt
30	Bangladesh	28	Man	50	Generaliserat ångestsyndrom	S-försök, 1:a ggn intox, 2:a ggn skurit sig

Bilaga: Tjugo fallbeskrivningar.

**Löpnr:** 1

**Mitt journalnr:** 1

**Sjukhus:** Ulleråker, 103

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 34

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1998-02-22

**Utskriftdatum:** 1998-05-19

**Vårdtid:** 86

**Diagnos:** PTSD

**Intagningsorsak:** Depression och s-tankar. Hotat ta sitt liv m.kniv.

**Vårdbehov:** Uttalat akut vårdbehov. Är i rätt dåligt skick. Har varit gömd Alsike. Övervakningskrävande.

**Bedömning:** Reaktiv depression. Fått avvisning före inkomsten. Levt gömd på Alsike kloster. Nunnorna orkar ej längre, patienten helt förtvivlad. Deprimerad, tyst, hopsjunken hämmad. Passiv, desperat, paranoisk. 3/3 tänder eld tröja, äter o. dricker ej. 11/5 försök strypa sig. PUT 15/5. Sen bättre.

**Behandling:** Remeron, Stöd. Tryptizol, Nozinan, Haldol.

**Anmärkning:** Ny vårdperiod 990126-990205 Känner ångest, är deprimerad. Ej längre asylsökande. Har PUT.

**Löpnr:** 2

**Mitt journalnr:** 2

**Sjukhus:** Ulleråker, 103

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 24

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagningsdatum:** 1999-05-26

**Utskriftdatum:** 1999-06-21

**Vårdtid:** 76

**Diagnos:** Reactiv depression

**Intagningsorsak:** Hängning, S-försök. Självdestrukt. hallucinationer

**Vårdbehov:** Tror polisen är efter honom. Man vill döda honom. Äter, dricker dåligt. Kräver tillsyn. Akut vårdbehov.

**Bedömning:** I behov av akutvård. Bror tar hem patient då polisen besöker avd. Ny vårdperiod, vägrar äta o. dricka. Försökt hänga sig. 000510 event. ECT. Den andra vårdperioden pågående.

**Behandling:** Efexor, Cisordinol. Diskuteras ECT andra perioden.

**Anmärkning:** Ny vårdperiod 000428-000619 forts.

**Löpnr:** 4

**Mitt journalnr:** 4

**Sjukhus:** Ulleråker

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Angola

**Ålder, år:** 26

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1997-11-07

**Utskriftdatum:** 1998-03-02

**Vårdtid:** 115

**Diagnos:** Egentl. depression.PTSD.

**Intagningsorsak:** Orkar ej längre. S-risk. Har en son

**Vårdbehov:** Djupt deprimerad, hämmad, uppgiven. Klart akut vårdbehov.

**Bedömning:** Djupt deprimerad. Har haft psyk kontakt tidigare men nu akut försämrad. Tycker livet är meningslöst men lever vidare för sonens skull. Perm dec till sonen.. I febr. flashbacks, S-tankar, 0225 PUT.

**Behandling:** Antidepressiva. Stöd. Permissioner till sonen.

**Anmärkning:** Periodvis försämrad. Oroar sig för beslut. Blir bättre efter PUT.

**Löpnr:** 3

**Mitt journalnr:** 6

**Sjukhus:** Ulleråker, 103

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Syrien

**Ålder, år:** 30

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 3

**Intagningsdatum:** 1998-06-15

**Utskriftdatum:** 1998-06-25

**Vårdtid:** 54

**Diagnos:** Akut krisreaktion

**Intagningsorsak:** Psykotiskt intryck, självdestruktiv. Stirrig, rädd

**Vårdbehov:** Vid alla tre tillfällena klart akut vårdbehov. Depression, S-risk. Tablettintox. sista gången.

**Bedömning:** Akut vårdbehov. Maken ställer upp. Vill hem till barnen i Gimo.

**Behandling:** Mallorol, Mianserin, Sobril, Nozinan.

**Anmärkning:** 3 olika vårdperioder, återfall i S-risk. Ut klart förbättrad.

**Löpnr:** 5

**Mitt journalnr:** 7

**Sjukhus:** Ulleråker, 105

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 35

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1998-04-30

**Utskriftdatum:** 1998-09-11

**Vårdtid:** 134

**Diagnos:** Reactiv depression. PTSD.

**Intagningsorsak:** Försökt strypa sig med lakan. Djupt deprimerad.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehövande. Djupt deprimerad. Livet meningslöst. Rädd för polisen, tror ngn i rummet.

**Bedömning:** Mardrömmar. Sover dåligt. OBS 1 gr. Bearbetar, gått tortyrcentr sen 96. Får inledning 12 ECT med dålig effekt. PUT i aug Bättre efter PUT. Ska fortsätta ETPmottagn.

**Behandling:** ECT, Efexor, Mianserin, Mallororl.

**Anmärkning:** Gått sen 96 i behandling för tortyr.

**Löpnr:** 6

**Mitt journalnr:** 10

**Sjukhus:** UAS, avd 88 A

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Marocko

**Ålder, år:** 38

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagningsdatum:** 1998-05-06 **Utskriftdatum:** 1998-07-21

**Vårdtid:** 78

**Diagnos:** Anpassn.störn. depression. Misstänkt psykos.

**Intagningsorsak:** S-risk. Vägrar mat o. dryck. Anger smärtor.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov. Konverteras till LPT fr. 980529 på grund av vätskestrejk. LR godkänner LPT 980609.

**Bedömning:** Illegalt här i 5 år. Får ECT men kan ej fortsättas på grund av dåligt allmäntillstånd. Till medicin för vätsketillförsel. Svåmutrierad. Ligger länge med dropp. Behöver mycket övervakning. Fortsätter matvägra till PUT 22/7. Glad, börjar äta o. dricka.

**Behandling:** Cisordinol, Zoloft, ECT

**Anmärkning:** 91-93 i Sverige, Utvisad. Återvänt, hållit sig gömd.

**Löpnr:** 7

**Mitt journalnr:** 11

**Sjukhus:** Ulleråker, 105

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Irak

**Ålder, år:** 18

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1999-07-12

**Utskriftdatum:** 1999-11-17

**Vårdtid:** 125

**Diagnos:** Egentl. depression. PTSD.

**Intagningsorsak:** Akut dålig efter utvisningsbeslut 9907. S-risk.

**Vårdbehov:** Efter utvisningsbeslut deprimerad.. Desperat. Klart akut vårdbehov.

**Bedömning:** Deprimerad med ångest, växlar mellan passivitet och utagerande. Ung pojke, ensam i världen, föräldrarna döda. Utsatt för våldtäkt. 3 hängningsförsök, behöver långa perioder extra vak. 27/9 hittas hängande i taklampa. I sept. tal om utskrivn., nytt hängningsförsök med skärp.

**Behandling:** Cipramil. Psykologstöd externt.

**Anmärkning:** Småningom tryggare, perm till skola. Har psykologstöd. Klarar utskrivn. Fallet utpekad av SIV Gimo.

**Löpnr:** 9

**Mitt journalnr:** 12

**Sjukhus:** UAS 88B, Ulleråker 103

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Turkiet

**Ålder, år:** 36

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1999-07-25

**Utskriftdatum:** 1999-10-07

**Vårdtid:** 74

**Diagnos:** Psykotiskt syndrom

**Intagningsorsak:** Förvirrad, rädd, paranoisk

**Vårdbehov:** Akut psykotisk. Konverteras till LPT 990802. Godkänt av LR. Akut vårdbehov.

**Bedömning:** Maken tagit sig en ny fru, misshandlat patienten. Släktingar tagit henne till Sverige för att hjälpa henne. Inledningsvis psykotisk, dålig hygien. Har också astma. Vid utskr. gladare och lugnare.

**Behandling:** Cisordinol. Bricanyl.

**Anmärkning:**

**Löpnr:** 10

**Mitt journalnr:** 13

**Sjukhus:** Ulleråker

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Irak (kurd)

**Ålder, år:** 30

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagningsdatum:** 1999-05-04

**Utskriftdatum:** 1999-06-07

**Vårdtid:** 187

**Diagnos:** Akut reaktiv psykos. Depression m. psykos

**Intagningsorsak:** Psykotiskt förvirrad, hallucinerande, dåligt AT

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov. S-risk. Kroppsligt nedgången. LPTvård båda tillfällena. Andra ggn S-försök med kniv. Vägrar sen äta, dricka, avskedsbrev, konverteras till LPT. Prövad av LR.

**Bedömning:** Inkommer psykotisk på vårdintyg, hittad av polis. Ensam i Sverige, förtvivlad och ångestfylld. Övervakning och vätsketillförsel. S-risk. Blir bättre och skrivs ut efter en månad. Ska sändas till Tyskland. Åter in efter 2 veckor. S-försök med kniv. Övervakning, extravak, konverteras till LPT då han vägrar äta och dricka. Lång vårdtid. 9910 PUT, sen bättre. Utskrivs till Borås.

**Behandling:** Cisordinol, Imovane, Mianserin. 2:Zoloft, Mallorol

**Anmärkning:** Andra vårdtillfället 990622-991122 Har kvarstående depressivitet o. självosäkerhet, ångest.

**Löpnr:** 11

**Mitt journalnr:** 14

**Sjukhus:** Ulleråker

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Kazakstan (tjetjen)

**Ålder, år:** 39

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagningsdatum:** 1999-06-25

**Utskriftdatum:** 1999-10-12

**Vårdtid:** 109

**Diagnos:** PTSD. Diabetes (tablettbeh)

**Intagningsorsak:** S-försök, skurit sig i handleden efter utvisningsbesl

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov på grund av S-risk. Deprimerad. Vill bara dö.

**Bedömning:** Har en 17-årig son i Sverige och 6 mån dotter (född här). Sonen får hjälp av PBU. Patienten förbättras och utskr. men då utvisning ska verkställas tablettintox, in på LPT i 3 dagar. Accepterar att lämna Sverige. Ut från LPT till Gimo och avresa.

**Behandling:** Cipramil. Haldol. Diabetesbeh.

**Anmärkning:** Andra vårdtillfället på vårdintyg 3 dagar efter utskrivning. men accepterar utvisning och skrivs ut från tvångsvård.

**Löpnr:** 12

**Mitt journalnr:** 15

**Sjukhus:** Ulleråker

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Bulgarien (turkiska)

**Ålder, år:** 33

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1997-08-28

**Utskriftdatum:** 1997-11-04

**Vårdtid:** 68

**Diagnos:** Egentl. depression

**Intagningsorsak:** Djup depression med risk för utvidgat suicid.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov på grund av S-risk. Deprimerad. Bekymrad över 7-årig son med PKU, som dock får hjälp på barnklin. UAS.

**Bedömning:** Flytt fr. Bulgarien för att maken misshandlat henne och för att 7-åriga sonen behövde hjälp för PKU. 13-årig dotter kvar i Bulgarien. Deprimerad då osäkerhet om framtiden. På avd känt trygghet och stöd, vill stanna i Uppsala. Får PUT 971010. Flyttar till Karlstad där bekanta.

**Behandling:** Zolof. Intyg om risk för suicid vid utvisn.beslut.

**Anmärkning:**

**Löpnr:** 13

**Mitt journalnr:** 16

**Sjukhus:** Ulleråker, 103, UAS 88B

**Ort:** Uppsala

**Hemland:** Ukraina (jude)

**Ålder, år:** 68

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagn datum:** 1999-05-10

**Utskr datum:** 1999-06-02

**Vårdtid:** 34

**Diagnos:** Krisreaktion. Diabetes (kostbeh)

**Intagnorsak:** Hängningsförsök efter utvisn.beslut

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov. S-risk.

**Bedömning:** Judisk man från Ukraina kommer via Ryssland till Sverige. Har en dotter i Stockholm som är svensk medborgare. Blir förtvivlad vid utvisn.beslut, gör S-försök. Får PUT vid årsskiftet 99/00. Utskr. till bostad i Järfälla.

**Behandling:** Remeron. Tabl.beh av diabetes.

**Anmärkning:**

**Löpnr:** 16

**Mitt journalnr:** 21

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Iran

**Ålder, år:** 43

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1997-04-15

**Utskriftdatum:** 1997-06-19

**Vårdtid:** 65

**Diagnos:** Akut stressreaktion

**Intagningsorsak:** Tablettintox efter utvisningsbeslut

**Vårdbehov:** Ångest, kraflös, skakar i hela kroppen. Hallucinos? S-tankar. Grubblande, inåtvänd, nedstämd. Akut vårdbehov!

**Bedömning:** Maken försvunnen, 2 barn här, ett i Iran. Syskon här, 2 år i Sverige. Akut uppgiven, deprimerad, förtvivlad efter utvisningsbeslut. Förbättras under vården. PUT 970708

**Behandling:** Går hos persisktalande psykolog. Stesolid Stilnoct

**Anmärkning:** Till Serafenmottagning för uppföljning 970910

**Löpnr:** 17

**Mitt journalnr:** 23

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 21

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1997-09-26

**Utskriftdatum:** 1998-03-11

**Vårdtid:** 164

**Diagnos:** Egentl. depr.m. psykotiska symtom

**Intagningsorsak:** Försökt hänga sig. Gravyt deprimerad.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov. S-försök. Gått ned i vikt, hämmad, koncentrationssvårigheter. Mardrömmar.

**Bedömning:** Mat- och vätskevägrar. Konverteras till LPT 971003 och vårdas LPT till utskrivning. Får först några ECT men avbryts pga begynnande graviditet. Dropp. 971113 antecknas hallucinos, stark S-önskan. Kräver mycket övervakning.

**Behandling:** ECT. Klomipramin. Haldol senare Trilafon.

**Anmärkning:** Utsatt för våldtäkt o. misshandel i hemlandet. Rädsla bli mördad. PUT 980224.

**Löpnr:** 18

**Mitt journalnr:** 24

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 33

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1997-09-04

**Utskriftdatum:** 1997-09-23

**Vårdtid:** 20

**Diagnos:** Egentl. depr. m. psykotiska symtom

**Intagningsorsak:** Depression, äter o. dricker dåligt. S-planer

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov. Hämmad. Äter dåligt. Event. hallucinos.

**Bedömning:** Till Sverige för 5,5 år sen. 970514 hjärtopererad för klaffel. Under vården försökt hänga sig. Behöver skärpt övervakning. Ser o. hör sin far tala till sig. Klart förbättrad efter ECT.

**Behandling:** ECT. Efexor. Propavan.

**Anmärkning:** 971119 PUT. 991129 uppgift att hustrun gravid. Patienten oroar sig för sitt hjärta o. för framtiden.

**Löpnr:** 19

**Mitt journalnr:** 26

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 31

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagn datum:** 1997-09-10

**Utskr datum:** 1997-06-16

**Vårdtid:** 54

**Diagnos:** PTSD

**Intagnorsak:** S-tankar, skräckslagen för förhör i utl.nämnden

**Vårdbehov:** Båda vårdtillfällena akut vårdbehov pga S-tankar och rädsla för polis o. myndigheter

**Bedömning:** 4,5 år i Sverige. Utvisad 9612 men gömt sig. Deserterat fr. armén, torterad. Gått CTD. Vid intagn.: Skräckslagen, apatisk, ovärdad, deprimerad. Vårdad 970910-0916; 971210-980127. Andra ggn intagen skräckslagen inför förhör i utl.nämnden. Andra perioden hittad hängd i sladd 971212.

**Behandling:** Mianserin. Mallorol. Propavan. Disipal.

**Anmärkning:** 980121 PUT. Sedan bättre men alltjämt flashbacks, mardrömmar. Rädd för polisen.

**Löpnr:** 20

**Mitt journalnr:** 27

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 21

**Kön:** Kvinna

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1997-04-03

**Utskriftdatum:** 1997-05-30

**Vårdtid:** 58

**Diagnos:** Egentl.depr.m.psykotiska symtom

**Intagnorsak:** Vårdintyg. Äter, dricker ej. S-tankar.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov pga matvägran. Helt tappat lusten att leva. Frivillig vård.

**Bedömning:** Misshandlad, våldtäkt. Till Sverige för 1 år sen. Gravyt deprimerad, vill inte leva. Med stöd och övervakning börjar äta och förbättras. PUT 970524.

**Behandling:** Fontex. Stesolid. Imovane. Stödinsatser.

**Anmärkning:** Vidare till Brännkyrkamottagningen och CTD.

**Löpnr:** 21

**Mitt journalnr:** 28

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 28

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 10

**Intagningsdatum:** 1997-02-19

**Utskriftdatum:** 1997-02-24

**Vårdtid:** 69

**Diagnos:** Livskris. Reaktiv depression.

**Intagningsorsak:** S-försök, depression.

**Vårdbehov:** Ett flertal korta vårdtillfällen. Några enligt LPT. Alla akuta pga S-försök (risk)

**Bedömning:** Till Sverige för 3 år sen. Enl. uppg.problem med flottan. Deprimerad., hämmad, "hjärnan har stannat", äter dåligt, många S-försök (hängningsförsök). Mkt stöd i öppen vård (Spånga psyk) därför korta vårdtider men ibland enl. LPT i akuta S-risksituationer. Senaste vård 980514-14.

**Behandling:** Cipramil.Efexor. Stöd av vänner och öppenvården

**Anmärkning:** 980216 utvisningsbeslut av utl.nämnden men gömd. Skriver sig ut fr. sjh av rädsla för polisen.

**Löpnr:** 22

**Mitt journalnr:** 29

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Iran

**Ålder, år:** 38

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 1

**Intagningsdatum:** 1998-06-15

**Utskriftdatum:** 1998-08-10

**Vårdtid:** 56

**Diagnos:** Egentl.depr.m.psykotiska symtom

**Intagningsorsak:** S-tankar. Hotat hoppa. Äter dåligt.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov. Deprimerad, hotat hoppa ut gm fönster. Apatisk, pratar ej, äter dåligt.

**Bedömning:** Till Sverige 9508, avslag 9804. Gömt sig. Tappat livslusten, ångest, rastlös, grubblar. Irriterad, trött o. apatisk. Pratar ej. Måste få parenteral nutrition på med.klin. PUT under sjh-vistelsen.

**Behandling:** Efixor. Anafranildropp. Parenteral nutrition.

**Anmärkning:** Efteråt fortsatt irritation o. utbrott.

**Löpnr:** 23

**Mitt journalnr:** 30

**Sjukhus:** S:t Görans sjh

**Ort:** Västra Stockholm

**Hemland:** Bangladesh

**Ålder, år:** 28

**Kön:** Man

**Antal vårdtillfällen:** 2

**Intagningsdatum:** 1998-08-26

**Utskriftdatum:** 1998-08-31

**Vårdtid:** 50

**Diagnos:** Generaliserat ångestsyndrom

**Intagningsorsak:** S-försök, 1:a ggn intox, 2:a ggn skurit sig.

**Vårdbehov:** Akut vårdbehov pga S-försök o. mat-vätskestrejk. Ångestfylld, deprimerad, apatisk.

**Bedömning:** Deserterat från armén, flytt till Sverige för 6 år sen. Avslag för 2 år sen. Sen levt hos vänner. Blivit alltmer missmodig, deprimerad och suicidal. Hängningsförsök på avd. Andra vt 981014-1127. Mat-,vätskestrejk. Konverteras till LPT 981102-25. Sond insätts av kirurg. PUT 981130 men fortsatt missmodig och deprimerad.

**Behandling:** Fontex. Efexor. Stesolid. Sondmatning.

**Anmärkning:**

# Register- och journalstudie rörande asylsökandes sjukvård

Ejda Hassler, specialist i allmänmedicin, med dr,  
Allmänmedicinska Enheten, Karolinska Sjukhuset

Som en del av regeringsuppdraget att följa upp hälso- och sjukvård åt asylsökande genomfördes denna delstudie. Studien är avgränsad till vuxna asylsökande i Stockholms läns landsting. Denna avgränsning har gjorts då rapporteringen från landstinget haft ett så lågt informationsvärde att det varit svårt att bedöma huruvida erbjudna vårdinsatser motsvaras av landstingets åtagande enligt avtal. En ytterligare aspekt på detta utgörs också av huruvida den ersättning landstinget erhåller ligger på en adekvat nivå.

## Syfte

- 1) att studera hälso- och sjukvård för asylsökande i Stockholm samt ge förslag till förbättringar
- 2) att undersöka i vilken utsträckning landstinget tillförsäkrar att asylsökande erbjuds hälsoundersökning samt om omfattningen av given hälso- och sjukvård motsvaras av landstingets åtagande enligt avtalet med staten.

## Material och metoder

För att erhålla information om gällande rutiner för vård av asylsökande, intervjuades tjänstemän på Statens Invandrarverk, SIV samt representanter för Stockholms läns landstings centrala kansli (HSN). En konkret uppfattning om av hur rutinerna fungerade i praktiken erhöles i samband med följande granskning av innehållet i vården via register och patientjournaler.

Den studerade målgruppen var asylsökande som under minst ett år också bott i Stockholm. Etthundra till Stockholm nyanlända asylsökande valdes slumpvist. För var och en av dem hämtades uppgifter om besök och inläggningar ur det gemensamma sjukvårdsregistret i Stockholm, GVR, till vilket samtliga inrättningar inom Stockholms läns landsting levererar uppgifter. Observationstiden bestämdes till att vara 990401-000331, d v s spegla vården under det första året den asylsökande befann sig i Stockholm. Berörda inrättningar tillskrevs angående kopia av journalanteckning eller slutanteckning. De inkomna uppgifterna sammanställdes och lagrades i en SAS-databas. Granskning utfördes därefter dels med hjälp av papperskopiorna, dels med stöd av databasen.

## Urval

För detaljstudien skulle hälso- och sjukvården för 100 nyanlända personer studeras. Eftersom uppgifter om vilka asylsökande som befann sig var vid en given tidpunkt endast fanns på pappersmedium och var sorterade i postnummerordning blev arbetet med att välja ut nytillkomna asylsökande i huvudsak manuellt. Listorna avseende sista kvartalet 1998

jämfördes med motsvarande för det första kvartalet 1999 och det bedömdes att 600 personer var nytillkomna. Av dem valdes var sjätte (= 100 st) för närmare studium och det kontrollerades huruvida han/hon fanns på de fyra följande listorna – dvs. varit asylsökande och boende i landstingsområdet under det följande året. Då byte av bostadsadress snarare var regel än undantag, var arbetet tidsödande.

## Resultat

### Rapportering av asylsökande till landstinget

I början av varje kvartal, hämtar en tjänsteman på HSN en diskett innehållande uppgifter om asylsökande boende i Stockholm den siste i föregående kvartal från Migrationsverkets/Statens Invandrarverks (SIVs) kontor i Skärholmen i södra Stockholm. På disketten finns uppgift om den enskilde asylsökandes SIV-nummer, födelsetid, namn och aktuell adress. De asylsökande är sorterade i postnummerordning. Ersättning från staten fördelas mellan sjukvårdsområdena i enlighet med de asylsökandes rapporterade adress. Efter fördelning av de statliga medlen destruerar tjänstemannen disketten. Några centrala direktiv för hur hälso- och sjukvården skall organiseras finns inte, utan detta avgörs av det enskilda sjukvårdsområdet.

### Studiepopulation

Dubbelt så många män som kvinnor kom att ingå i gruppen som representerade 28 olika länder. Medianåldern var 30 år och hälften av de asylsökande var mellan 26 och 37 år. Knappt hälften, 41 personer, kunde följas under hela observationstiden. Om varje påbörjad period om tre månader, dvs. personen kunde återfinnas på listan för asylsökande, räknades som ett halvt kvartal, innebar osäkerheten om vistelsetid i Stockholm, att gruppen som helhet hade en observationstid på 72 år. Bortfallet av individer som ej kunde återfinnas bedömdes som att någon gång mellan 0 och 3 månader ha övergått till att antingen bli svenska medborgare eller till att ha blivit utvisade. De kunde också ha flyttat till något annat landsting inom Sverige.

### Identifiering av studiepopulationen

Vid kontakter med hälso- och sjukvården erhåller den asylsökande ett s k reservnummer. Dessa nummer som varje sjukvårdsinrättning har ett antal av, tilldelas personer som saknar personnummer eller de med oklar identitet t ex medvetlösa trafikoffer. Reservnumren är uppbyggda enligt principen årtal-123456 t ex 2000-234182. En och samma person kan erhålla flera olika reservnummer om så behövs. SIV-numren är konstruerade enligt en annan princip, nämligen 0-123456 t ex 9-123456. I registret över reservnummer finns de uppgifter om patienten som är kända och enligt administrativa regler skall det för asylsökande finnas uppgift om aktuellt SIV-nummer.

**Det visade sig vid genomgången av listorna från Migrationsverket/SIV och vid kontrollen över reservnummer att de asylsökandes efternamn och förnamn i många fall varierade från en tid till en annan. Detta gjorde att sökning i databasen måste ske manuellt på flera olika sätt, vilket var tidsödande.**

För 67 av de 100 asylsökande fanns ett eller fler reservnummer. Av sammanlagt 80 reservnummer fanns uppgift om SIV-nummer endast på 21. Detta antyder att fler reservnummer används än vad som motsvaras av antalet patienter. Om en individ har flera olika journaler under olika reservnummer kan detta allvarligt urholka den medicinska säkerheten

### **Erhållen vård**

Inrättningar där besök registrerats för de studerade personerna tillskrevs och journalanteckningar från dessa besök studerades. Sjutton personer med reservnummer saknade uppgifter om kontakter med hälso- och sjukvården. Övriga 50 med reservnummer hade i större eller mindre omfattning registrerats för besök eller inläggningar. Sammanlagt förelåg 7 sjukhusinläggningar, 151 läkarbesök, 79 sköterskebesök och 16 besök hos paramedicinare. Samtliga inläggningar var rubricerade som akuta, men av besöken i öppen vård var hälften registrerade som icke-akuta d v s de var avtalade besök.

Totalt hade 42 olika inrättningar besökts. Trots att de valda personerna var bosatta över hela länet, ägde flertalet besök rum i den södra delen av länet. Trots att flera av de asylsökande hade adresser i västra Stockholm saknades helt besök på vårdcentralerna i Tensta, Rinkeby och Solna.

De inrättningar där besök registrerats av de studerade personerna tillskrevs och efter två skriftliga påminnelser hade journaler kommit undersökningen tillhanda.

Enligt det gemensamma vårdregistret hade således 50 personer avlagt sammanlagt 246 öppenvårdsbesök. Genomgång av journalhandlingar visade dock, att tre personer helt saknade dokumentation om eventuell sjukvårdskontakt, att 17 av besöken dubbelräknats, att patienten ej närvarat vid 12 besök och att journalanteckning saknades för 34 uppgivna besökstillfällen. Vid 24 besök hade annan personalkategori än den i registret angivna varit vårdgivare. Enligt information i journalkopiorna hade 32 besök avlagts utan att registreras. Således var endast hälften av besöken adekvat registrerade.

Sammanlagt förelåg 221 besök att studera. 72 besök (33%) hade varit hos distriktsläkaren medan 54 (24%) hade ägt rum hos specialistläkare på sjukhusmottagningar. Övriga besök hade gällt sjuksköterskor/ distriktsköterskor och paramedicinare såsom sjukgymnaster.

Vid vart fjärde besök medverkade en professionell tolk. Vid övriga tillfällen kommunicerade patient och vårdpersonal på annat sätt, bl. a. med hjälp av släktingar och vänner till patienten.

Analys av innehållet i besöken visade att merparten av besöken var föranledda av icke-medicinsk problematik, banala tillstånd lämpliga för egenvård eller tidigare skador eller sjukdomar. Även på inrättningar, avsedda för asylsökanden var andelen sådana besök hög. För blott en knapp en tredjedel av besöken, 69 stycken, var behovet av akut sjuk- och hälsovård styrkt.

**Tabell 1. Besöksorsak, totalt antal besök och antalet berörda personer per besöksorsak för 69 besök, där behov av akut vård var styrkt.**

Besöksorsak	Antal besök	Antal personer med angiven besöksorsak
Högt blodtryck	14	5
Struma	13	3
Hälsosamtal	10	9
Sockersjuka	9	2
Olycksfall med kroppsskada	5	4
Urinvägsinfektion	4	2
Blindtarmsinflammationsmisstanke	3	2
Hjärtsvikt	3	2
Nässelutslag	3	2
Astmatiska besvär	1	1
Centrala bröstsmärtor	1	1
Livmoderinflammation	1	1
Halsfluss	1	1
Bindhinnekatarr	1	1

Nio personer genomgick hälsosamtal (en person fick sitt samtal uppdelat på två tillfällen).  
Fyra av samtalen utfördes med information under följande rubriker;

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| ✓ Kontakt           | ✓ Sömn            |
| ✓ Ankomst Sverige   | ✓ Mardrömmar      |
| ✓ Hemland           | ✓ Kult/politiskt  |
| ✓ Bostadsort        | ✓ Migrationsorsak |
| ✓ Språk             | ✓ Förföljelse     |
| ✓ Tolk              | ✓ Misshandel      |
| ✓ Civilstånd        | ✓ Syn             |
| ✓ Barn              | ✓ Hälsotillstånd  |
| ✓ Anhörig i Sverige | ✓ Tänder          |
| ✓ Tidig. Sjukdomar  | ✓ Hörsel          |
| ✓ Överkänslighet    | ✓ Övrigt          |
| ✓ Akt. Besvär       |                   |

Enligt journaltexten framgick ej om samtalet åtföljdes av medicinska *undersökningar* såsom kontroll av syn och hörsel, mätning av blodtryck etc. Det föreföll dock som om hälsosamtalet också innebar sättnings av PPD för kontroll av eventuell tuberkulos samt mätning av längd och vikt, men uppgifter om resultaten saknades.

**Tabell 2. Besöksorsak och antalet besök för besök utan styrkt behov av akut hälso- och sjukvård. Totalt antal besök 152.**

Besöksorsak	Antal besök	Antal personer med angiven besöksorsak
Nedstämdhet, ångslan och oro	73	16
Muskelvärk och okarakteristisk huvudvärk	28	12
Magkatarr	22	8
Resttillstånd efter tidigare skador	11	4
Övre luftvägsinfektion	7	6
Hudutslag	4	3
Tandskador	2	2
Grå starr	2	1
Skelning	2	1
Hörselnedsättning	1	1

Den vanligaste orsaken till kontakt med sjukvården var psyko-social problematik och en tredjedel av besöken hänförde sig till denna kategori. Endast i några enstaka fall beskrevs patientens psykiska status i anteckningarna. I några enstaka fall beskrevs patientens status. I de fall patienten givit uttryck för nedstämdhet medikaliseras detta ofta. Dokumentation som styrker medicinska ställningstaganden saknas. I intet fall fanns dokumenterat psykiatriska symptom tydande på behandlingskrävande sjukdom.

I totalt 65 fall saknades information om patientens hälsotillstånd i journalanteckningen. Vid flera andra besök, såväl sådana med styrkt behov av akut hälso- och sjukvård som sådana där behov av akut vård ej styrkts av journaldokumentationen, initierades väsentligt mer av utredningskapacitet och remittering än vad som förefaller motiverat av hur det aktuella medicinska tillståndet beskrivits i journaltexten. Exempel på utredningar där det medicinska underlaget synes vara bristfälligt dokumenterat är röntgenundersökning med datortomografi för huvudvärk sedan 10 år eller blodtrycksutredningar av personer med förhöjt blodtryck känt sedan lång tid tillbaka. Sammantaget bedömdes utredningar och undersökningar där det medicinska underlaget för dessa varit otillräckligt/inte dokumenterats ha ägt rum vid 61 besök d v s vid vart fjärde besök.

Det bör i sammanhanget beaktas att tiden som asylsökande är begränsad (mediantid 13 månader) och att många av de påvisade utredningar och åtgärder som gjorts därför skulle kunnat ha senarelagts.

Av innehållet i 25 av journalanteckningarna framgick att sjukvårdspersonalen synes ha gått utanför sitt professionella åtagande i det medicinska omhändertagandet i det att de tagit ställning till patientens möjligheter att erhålla asyl samt drivit denna fråga till förmån för den asylsökande.

Vid minst 11 besök väcktes fråga om kvaliteten i det medicinska omhändertagandet. Exempel på detta utgjordes av kortisonbehandling vid astma utan lungfunktionsundersökning eller statusbedömning eller att upprepade gånger förskriva salva mot hemorrojder utan undersökning. Det förekommer att sjuksköterskor delar ut farmaka som skall hanteras med särskild varsamhet utan läkarordination. Förskrivningar av nervlugnade medel sker utan att indikationerna för detta anges.

Antalet besök per individ varierade kraftigt. Fem personer, två kvinnor 19 respektive 32 år och tre män 36, 36 och 53 år gamla, svarade för sammanlagt 80 besök, varav för 15 besök det medicinska behovet var styrkt. För den yngre kvinnan var orsaken till de många kontakterna bearbetning av ett psykiskt trauma till följd av en bombexplosion i patientens skola åtta år tidigare. I behandlingen ingick bl. a. målning av positiva och negativa bilder i sällskap med sjuksköterska. Någon behandlingsplan, mål eller utvärdering/uppföljning av dessa aktiviteter kunde inte företas.

Sju personer hade under observationstiden vårdats på sjukhus.

**Tabell 3. Sjukhusvård.**

Kön	Ålder	Sjukhus	Klinik	Vårdtid, dagar	Diagnos
K	69	KS	Kard	3	Bröstsmärtor UNS
K	65	S:t G	Med	2	Bröstsmärtor UNS
K	58	KS	Endo	11	Sockersjuka
K	23	HS	KK	6	Komplicerad förlossning
K	30	ST	KK	10	Menstruationsrubbnings
M	36	HS	Kir	2	Borttagning av sköldkörteln
M	28	HS	Psyk	41	Anpassningsstörning med depressiva symptom

Genomgång av journalhandlingarna för dessa besök visade att inläggningarna för bröstsmärtor p g a misstanke om hjärtinfarkt, insulininställning och förlossning med hotande kvävning av fostret var helt enligt reglerna för vård till asylsökande. Däremot kan 10 dagars vård för menstruationsblödningsrubbnings diskuteras och likaså om det kan anses vara etiskt försvarbart att avlägsna sköldkörteln på en person, vars framtida möjligheter till medicinsk kontroll torde vara osäkra. Behov av slutna psykiatrisk vård för den 28-årige mannen var ej styrkt i journalen.

## Diskussion

I de rutiner som rör tilldelning av reservnummer i Stockholms läns landsting skall Invandrarverkets identitetsnummer skrivas in för varje reservnummer som tilldelas en asylsökande som söker som patient. Denna rutin följs inte alltid enligt denna studie. Patienten får då ett (eller flera) reservnummer som inte går att härleda till en bestämd person. Detta kan medföra osäkerhet om patienters identitet och medföra medicinska risker.

Då registren uppdateras så sällan som var tredje månad kan en asylsökande, som av medicinska skäl skulle behöva kallas för kontroll vara svår att finna p g a flyttning inom Stockholm eller utflyttning etc. I avsaknad av noterat SIV-nummer omöjliggörs dessutom en sökning via SIV.

På grund av det manuella förfarandet vid sökning av fall i denna studie, kan personer som vistats en längre tid i Stockholm ha missats vid det första urvalet och uppehållstidens längd kan felaktigt ha angivits för kort, då en flyttadress lätt kunnat undgå betraktarens öga. Av journaltexter framkom även att personer vistats i Stockholm sedan lång tid tillbaka, men p g a

ofullständig information från SIV/Migrationsverket ej blivit registrerade vid föregående rapporttillfälle.

Jämförelsen mellan uppgifter om besök hämtade från det gemensamma vårdregistret och besöksverifikationer i journalhandlingarna visade bristande överensstämmelse i hälften av fallen vad gällde besök i öppenvård. Detta väcker många frågor inte minst ur medico-legal synvinkel.

Endast vid vart fjärde besök fördes samtalet mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal med hjälp av professionell tolk. Det är möjligt att tolk var onödig vid flera besök, eftersom många av de sökande uppgavs tala engelska och det i flera andra fall föreföll som att vårdgivare och patient var landsmän.

För endast nio individer av de etthundra granskade fallen kunde genomgången hälsokontroll styrkas. Innehållet i dessa samtal var bristfälligt dokumenterat och förevisad dokumentation indikerade i vissa fall låg medicinsk kvalitet. Inslaget av ledande frågor och avsaknaden av medicinska undersökningar talar för behov av en genomgripande omarbetning av instruktioner för hälsosamtal.

Vid 2/3 av studerade besök saknades dokumentation som styrkte att besöket var påkallat av akut medicinskt behov eller att besöket inte kunde anstå. Besöksorsaken var - enligt journalanteckningen - i merparten av fall förhållanden föga relaterade till medicinsk problematik. Även på inrättningar avsedda för flyktingar och/eller asylsökande var andelen av denna typ av besök hög. På dessa ställen liksom på flera andra inrättningar skrevs remisser och recept på indikationer som ej dokumenterats i journalen. Även i de fall då utredning eller undersökning varit medicinskt motiverad fanns exempel på när patienter erhöll service utöver den ersättning som landstinget erhåller från staten. Ett sådant exempel kan vara en 69-årig kvinna med grå starr på sitt ena öga och åldersbetingad nedsatt hörsel som erhöll förtursremisser både till starroperation och hörapparat.

Trots upprepade försök att få fram indikationen för att sex individer erhöll upprepade stödsamtal och terapi, framkom ingenting gemensamt för dem. För dessa fem personer har hälso- och sjukvårdspersonalen engagerat sig i att finna olika lösningar för att förmå Migrationsverket/Invandrarverket att bevilja uppehållstillstånd.

Intagningsorsaken på psykiatrisk klinik för en 28-årig man var att han ansåg sig "ha Invandrarverket emot sig" och hotade med mat- och vätskestrejk. Det upptäcktes tämligen omgående att patienten ökade i vikt (från 101 till 104.5 kg på 3 dagar) och att han hade dryck och föda under sin säng. Utskrivning skedde efter 41 dagar. Noggrant studium av journalen visar att patientens beteende inte kan tolkas annat än som ytterst adekvat med tanke på avslag på andra ansökan om uppehållstillstånd. Omhändertagandet av mannen i hälso- och sjukvården väcker frågor.

## **Bedömning**

Stockholms läns landsting skiljer sig på många sätt från andra landsting. Ett exempel på detta är det stora antalet asylsökande samt att en stor del väljer att bo i eget boende. I en jämförelse med t.ex. Norrbottens läns landsting kan nämnas att i Norrbotten så bor samtliga 300-400 asylsökande på en och samma anläggning. Detta medför helt andra förutsättningar för

landstinget att infria sina åtaganden. Bedömningar, och slutsatser av de förhållanden som beskrivs i denna rapporten bör därför avgränsas till Stockholms läns landsting.

Genomgången visar på stora möjligheter att förbättra omhändertagandet av asylsökande i Stockholms läns landsting. Omfattningen av den vård som ges idag tycks inte stå i samklang med avtalet med staten om den ersättning landstinget erhåller.

- Dels erbjuds inte de asylsökande hälsundersökningar i den omfattning avtalet föreskriver.
- Dels erbjuds vård som inte är påkallad av akuta behov eller som inte kan anstå

## Förslag

- Informationen mellan SIV och den centrala hälso- och sjukvårdsnämndens kansli – HSN-staben – i Stockholm måste förbättras. Inga hinder torde föreligga för daglig eller veckovis information om vilka asylsökande som bor i landstingsområdet. Denna information måste kunna registreras så att erforderlig kontroll kan göras.
- Då samtliga asylsökande, som vistas i Stockholm, är potentiella patienter bör automatisk översättning av SIV-nummer till reservnummer övervägas. Rutiner för detta bör utarbetas. Detta skulle t.ex. avsevärt öka möjligheterna att säkerställa att samtliga asylsökande erbjudits hälsundersökning.
- Stockholms läns landsting bör överväga att förbättra rutinerna för hälsundersökningar åt asylsökande. Bland de åtgärder som kan övervägas bör vara att tydliggöra:
  - ansvar för att erbjuda hälsundersökningar
  - omfattning och innehåll av erbjudna hälsundersökningar
  - uppföljning av utfallet av genomförda hälsundersökningar
- En koncentration av omhändertagandet av asylsökande framför allt vad gäller erbjudande av hälsundersökning skulle öka möjligheterna att identifiera vårdbehov. En rad förbättringar skulle därvid kunna uppnås:
  - Patienterna kan tillförsäkras fortsatta vårdkontakter på korrekt vårdnivå.
  - Förutsättningar för att tillförsäkra erforderliga smittskyddsaspekter skulle kraftigt förbättras.
  - Uppföljning av given vård kan därigenom förbättras.
  - En kompetensökning hos berörd personal så att praxis för korrekt omhändertagande enligt avtalet skulle kunna utvecklas.
  - Förutsättningar för att erbjuda lika möjligheter till hälso- och sjukvård för samtliga asylsökande på ett helt annat sätt än vad som idag tycks vara fallet.

# Hälsosamtal med asylsökande, kvotflyktingar och anknytningsfall ur smittskyddssynpunkt (förslagsdelen)

## Socialstyrelsen föreslår

Enligt Socialstyrelsen är hälsosamtal av stor betydelse ur smittskyddssynpunkt och en viktig del av det svenska smittskyddet. Hälsosamtalet fyller även en central funktion vid fastställandet av aktuellt vårdbehov bland asylsökande, anknytningsfall och kvotflyktingar. Den studie som gjorts visar att rådande avtal inte medför ett önskvärt system för erbjudande och genomförande av hälsosamtal. Socialstyrelsen föreslår mot bakgrund av detta att följande åtgärder vidtas:

1. *Att samtliga asylsökande, anknytningsfall och kvotflyktingar skall erbjudas ett inledande hälsosamtal och anslutande hälsoundersökning i nära anslutning till ankomsten till Sverige.*

Ur smittskyddssynpunkt borde asylsökande med eget boende, asylsökande med anläggningsboende, kvotflyktingar och anknytningsfall erbjudas hälsosamtal omedelbart vid ankomsten till Sverige. Hälsosamtalet bör erbjudas på ett sätt så att den tillfrågade verkligen förstått innebörden av erbjudandet. Vidare anser Socialstyrelsen att det bör klargöras vem som skall erbjuda hälsosamtal och att formen för det sätt informationen erbjuds på ses över. Enligt Socialstyrelsen bör det, ur smittskyddssynvinkel, framgå varför samtalen erbjuds, var hälsosamtal utförs samt vilka regler som gäller enligt svensk smittskyddslag. För att erbjudandet om hälsosamtal skall fungera friktionsfritt är det nödvändigt att berörda mottagningar har möjlighet att kalla de personer som ställt sig positiva till att genomgå ett hälsosamtal. Detta kräver i sin tur att berörda mottagningar får information om vilka asylsökande m.fl. som skall erbjudas hälsosamtal.

2. *Att hälsosamtal koncentreras till ett fåtal mottagningar med särskild kompetens.*

Att genomföra hälsosamtal med asylsökande kräver erfarenhet och specifik kompetens. Detta medför att det är mindre lämpligt att det stora flertalet vårdcentraler sköter dessa uppgifter. Det är viktigt att den asylsökande möter personal med förståelse för den typ av upplevelser som han/hon genomgått och att den personal som utför hälsosamtalet besitter förmåga att göra en bedömning av vilka eventuella provtagningar som är relevanta att genomföra i anslutning till hälsoundersökningen. Därtill krävs det kunskap om i vilka miljöer smittsamma sjukdomar är vanligt förekommande. För att klara av detta är det nödvändigt att personalen är väl insatt i de händelser och förhållanden som är rådande i omvärlden och att personalen förstår att tolka de signaler som de asylsökande ger i anslutning till samtalen. Det bör även betonas att asylsökande ofta bär på traumatiska upplevelser som kan vara svåra för sjukvårdspersonalen att möta. Även denna omständighet talar för att hälsosamtal och hälsoundersökningar koncentreras till ett fåtal hänvisningsmottagningar med särskild kompetens.

3. *Att flyktinghandläggare och utvalda mottagningar erhåller utbildning om gällande regler för vilka som omfattas av möjligheten att genomgå statligt finansierade hälsosamtal.*

Socialstyrelsens rundringning har visat att kommunala handläggare och anställda vid vårdcen-

traler har bristfälliga kunskaper om vilka som omfattas av kostnadsfria hälsosamtal och hur ersättning för genomförda hälsosamtal skall faktureras. För att undvika eventuella misstag krävs information och utbildning av berörd personal.

*4. Att det sker kontinuerlig uppföljning av de smittsamma sjukdomar som påträffas bland asylsökande, kvotflyktingar och anknytningsfall.*

För att hälsosamtalet skall vara meningsfullt för såväl individ som samhälle är det nödvändigt att den personal som genomför hälsosamtal snabbt erhåller kunskap om vilka sjukdomar som är vanligt förekommande bland olika kategorier av asylsökande, kvotflyktingar och anknytningsfall vid olika tidpunkter. Den information som sammanställs via smittskyddsanmälningssblanketten är otillräcklig ur detta perspektiv. Till följd av att berörda inte kan särskiljas från övriga samhällsmedborgare och eftersom det inte är möjligt att utläsa vilket ursprungsland de härrör ifrån är det inte möjligt att utnyttja befintlig information för att förändra de frågor som bör ställas i anslutning till hälsosamtalet. Företrädesvis bör det vara möjligt att fastsälla: 1) huruvida smittsam sjukdom påträffats i anslutning till ett hälsosamtal/hälsoundersökning och 2) vilket land berörd person härrör ifrån.

*5. Att tilldelningen av det tiosiffriga ersättningsnummer som asylsökande erhåller standardiseras.*

Med dagens rutiner kan en patient ha mer än en journal på samma mottagning. Samma patient kan också ha flera journaler med olika reservnummer-/identitetsnummer. Detta motverkar den medicinska säkerheten.

Idag erhåller asylsökande ett reservnummer vid besök på vårdcentral och/eller sjukhus. Orsaken till att asylsökande erhåller ett reservnummer är att sjukvårdens datasystem inte kan hantera det sju-siffriga nummer som den asylsökande erhåller av Migrationsverket. En asylsökande kan i princip erhålla ett obegränsat antal reservnummer. Rådande datasystem klarar inte av att samköra namn och reservnummer. Detta medför att en vårdcentral/sjukhus i princip kan ha flera olika journaler med en och samma person registrerad med olika reservnummer. Socialstyrelsen föreslår att Migrationsverket övergår till ett tiosiffrigt ID-nummer.