

**Bo Jordin**, primärvårdsråd, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Socialstyrelsen, Stockholm

**Ejda Hassler**, specialist i allmänmedicin, med dr, allmänmedicinska enheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm

## Studie av given vård till asylsökande i Stockholm och Norrbotten

# Asylsökande fick mer vård än avtalet kräver, med undantag för hälsosamtal

|| En asylsökande är en utlänning som själv söker sig till ett land och där uppger sig vara i behov av skydd (asyl), men som ännu inte fått sin ansökan avgjord (Nationalencyklopedin).

Att söka asyl är en mänsklig rättighet, och 137 länder har undertecknat FNs flyktingkonvention från 1951, den så kallade Genevekonventionen, och därmed lovat att rättssäkert pröva asylsökandes skyddsbehov och att också ge dem asyl om de behöver det.

Den hälso- och sjukvård som erbjuds asylsökande skiljer sig mellan olika länder. I flera länder likställs de asylsökande med övrig befolkning och har samma tillgång till såväl akut som elektiv vård (Storbritannien, Belgien, Norge). I andra länder är vården avgränsad till akut vård (Sverige, Finland, Frankrike och Italien). Varje land har möjlighet att själv bestämma omfattningen av hälso- och sjukvårdsåtagandet. För barn gäller dock FNs barnkonvention som i princip ger barn tillgång till samma hälso- och sjukvård som barn bosatta i landet.

Genom avtal mellan staten och Landstingsförbundet ersätts landstingen för all vård för asylsökande barn, medan vården given till vuxna över 18 år endast ersätts om det varit frågan om:

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

Under år 2000 sökte drygt 16 000 personer, varav en tredjedel under 18 år, asyl i Sverige. 44 procent fick uppehållstillstånd beviljat efter en utredningstid på i medeltal sju månader. Praktiskt taget samtliga asylsökande som nekades uppehållstillstånd av Migrationsverket överklagade beslutet hos Utlänningsnämnden, och till slut fick cirka 70 procent av samtliga asylsökande stanna i Sverige. Den schabloniserade ersättningen från staten till landstingen för de asylsökandes hälso- och sjukvård uppgick till 13 000 kronor per asylsökande och år, att jämföra med 12 400 respektive 14 300 per invånare i Stockholm respektive Norrbotten för primärvård, läns- och regionsjukvård.

Landstingen erhåller, från Migrationsverket, i början av

### SAMMANFATTAT

Som ett led i avtalet mellan staten och Landstingsförbundet om ersättning för vård åt asylsökande genomförde Socialstyrelsen en uppföljning i Stockholm 1999 och i Norrbotten under år 2000.

Utfallet indikerar att den vård som ges är mer omfattande än vad som påbjuds av avtalet, men även att insatserna är otillräckliga vad gäller att erbjuda de asylsökande hälsosamtal.

Studien antyder också att vårdutbudet är otillräckligt dokumenterat. Landstingen har inte system med tillräckligt högt informationsvärde för att beskriva vården till asylsökande. Denna brist bör ses mot bakgrund av att just denna vård sker enligt avtal mot särskild ersättning från staten.

varje kvartal uppgifter om asylsökande som bodde inom landstingets betjäningssområde den sista dagen i föregående kvartal. På listan finns uppgifter om den enskilde asylsökandes registreringsnummer hos Migrationsverket, födelsetid, namn och aktuell adress.

Som en del av den fortlöpande uppföljningen av avtalet mellan staten och Landstingsförbundet genomförde Socialstyrelsen på regeringens uppdrag 1999–2000 studier av given vård i två landsting med olika förutsättningar, Stockholms län respektive Norrbottens län. Till Stockholm kom omkring 60 nyanlända asylsökande varje kvartal, mot 60 i Norrbotten. I uppdraget ingick granskning av vård given till vuxna, exklusive åtgärder enligt smittskyddslagen, mödravård, förlossningsvård, aborter och preventivmedelsrådgivning.

### || Material och metoder

I Stockholm utvaldes 100 vuxna asylsökande, nyanlända under första kvartalet 1999, medan samtliga 60 vuxna asylsökande i Norrbotten första kvartalet 2000 togs med i studien. Gruppen i Stockholm stratifierades på boendeort genom att

*Varken Migrationsverket eller landstingen har rutiner för att bevaka att asylsökande ges möjlighet att träffa medicinsk personal för hälsosamtal. Det är anmärkningsvärt, inte minst med tanke på att risken för spridning av allmänfarlig sjukdom, till exempel tuberkulos eller hepatit C, inte är försumbar. Bilden från flyktinförläggningen Carlsund utanför Stockholm.*

var sjätte person på Migrationsverkets Stockholmslista, vilken är sorterad i postnummerordning, valdes.

Information om plats och datum för genomförda hälsosamtal och given sjukvård under tiden som asylsökande (dock maximalt under ett år efter ankomsten) hämtades ur respektive landstings patientadministrativa databaser. Berörda vårdinrättningar tillskrevs angående journalkopior, och de inkomna uppgifterna sammanställdes och lagrades i »SAS«-databaser. Granskning utfördes därefter dels med hjälp av papperskopiorna, dels med stöd av databaserna.

## II Resultat

### Nyttillkomna(?) asylsökande

Av Migrationsverkets identifikationsnummer framgår inte när personen ifråga anlät till Sverige. Varken Stockholms eller Norrbottens läns landsting visade sig registrera tidpunkten då en asylsökande kommer till respektive landsting. I stället nyttjades uppgifterna som Migrationsverket kvartalsvis lämnar på diskett som underlag för landstingens åtaganden. Disketterna destrueras, och kvar för efterkontroll finns endast listor på papper. Då Migrationsverkets databas inte går att kontrollera retroaktivt, fick vi i dessa studier utgå från att personer som återfanns i den första kvartalslistan för året, men inte i listan för sista kvartalet året före, var nyttillkomna. Hur länge individen ifråga befunnit sig i respektive landsting som asylsökande bedömdes efter om han/hon återfanns i Migrationsverkets listor under andra, tredje och fjärde kvartalet efter ankomstkvartalet.

### Studerad grupp av asylsökande

Mer än dubbelt så många män som kvinnor kom att ingå i gruppen, som representerade 28 länder. Medianåldern var 30 år, och cirka hälften av de asylsökande var mellan 25 och 39 år. Knappt hälften av dem kunde följas under ett år. Övriga hade således blivit utvisade, blivit svenska medborgare eller flyttat till något annat landsting inom ett år.

### Identifikation av asylsökande som patienter

Såväl i Stockholm som i Norrbotten är sjukvårdens vårdadministrativa datorsystem avsedda för inmatning av person-

nummer med tio tecken, det vill säga födelseår, födelsemånad, födelsedag och fyra kontrollsiffror. Eftersom Migrationsverkets registrering grundas på sju tecken, och enligt en helt annan princip, går inte den asylsökandes nummer att använda i landstingens datorer. Båda landstingen har därför valt att låta den asylsökande få en tillfällig tioställig kod i samband med hans/hennes eventuella kontakter med hälso- och sjukvården.

I Stockholm tilldelas vårdinrättningar ett antal reservnummer att användas vid vård av patienter som saknar svenskt personnummer eller inkommer med oklara uppgifter om sin identitet. Dessa nummer finns sedan i ett särskilt register, och så snart vetskap om den sjukas eller skadades identitet föreligger förs dessa uppgifter in i registret. Det åligger vårdinrättningarna i Stockholm att i kontakten med asylsökande omgående föra in Migrationsverkets nummer jämte reservnumret i det särskilda registret. För 67 av de hundra asylsökande i Stockholm fanns ett eller flera reservnummer, men endast för 22 personer fanns uppgift om Migrationsverkets registreringsnummer.

I Norrbotten skapas reservnummer utifrån den enskildes uppgifter om födelsetid plus fyra bokstäver (i stället för kontrollsiffror). Numren registreras inte centralt, och någon anteckning om eventuellt nummer från Migrationsverket förs inte in i patientens journal. Av de 60 studerade asylsökande i Norrbotten kunde 48 återfinnas i någon eller några av Norrbottens läns landstings sju databaser.

### Kvantifiering av vård utifrån register

Hälften av de 100 Stockholmsfallen hade i större eller mindre omfattning registrerats för besök eller inläggningar. Sammanlagt förelåg sex sjukhusinläggningar och 221 besök i öppen vård, därav 72 läkarbesök. Samtliga inläggningar var rubricerade som akuta, men av besöken i öppen vård var hälften registrerade som icke-akuta, det vill säga de var avtalade besök. Totalt hade 42 olika inrättningar besökts.

Enligt journaldatorsystemen i Norrbotten hade 48 (av de 60 studerade fallen) avlagt sammanlagt 1 047 besök. Uppgifter om vårdtidernas längd i den slutna vården kunde bara erhållas genom manuell sökning av epikriser, och i varje enskilt fall måste de tidsperioder under vilka patienten varit inlagd granskas och öppenvårdsbesök registrerade under dessa perioder dras från totalsumman öppenvårdsbesök. Likaså kunde det först efter granskning av journaltexter bedömas om besök eller inläggningar var betingade av barnsörd eller dylikt. Efter denna genomgång hade antal öppenvårdsbesök att studera reducerats till hälften (608) och antal slutenvårdstillfällen minskat från 19 till 2.

För 324 av de till slut resterande 608 öppenvårdsbesöken saknades underlag i form av journalanteckning, och därmed kunde endast 286 öppenvårdsbesök, varav 62 läkarbesök, verifieras.

### Bedömning av innehåll i given vård – slutenvårdsjournaler

Sex av de 100 asylsökande i Stockholm hade vårdats på sjukhus. Två personer lades in för misstänkt hjärtinfarkt och en tredje för insulininställning. En 30-årig kvinna utreddes under 10 dagar för menstruationsblödningsrubbing, och en 40-årig man genomgick tyreoidektomi på grund av medfödd struma. En 28-årig man vårdades under 41 dygn på psykiatrisk klinik under diagnosen »anpassningsstörning med depressiva symtom«.

I Norrbotten hade en 32-årig man vårdats under fyra dygn på sjukhus på grund av läkemedelsutlöst nässelutslag (Orudisgel använt mot knäskada), och en 34-årig man hade vid sju tillfällen vårdats i slutna psykiatrisk vård under diagnosen »depression med psykotiska drag«. Några objektiva tecken på

djup depression, som tankelatens, viktninskning, tidigt uppvaknade, eller tecken på psykos kunde inte återfinnas i journalen omfattande 63 A4-sidor. Däremot framgick det av journalen att vårdpersonal tagit kontakt med myndigheter i avsikt att få uppehållstillstånd i Sverige beviljat på humanitär grund. En yngre man, som förekom under två identiteter i Norrbottens läns landstings register, hade antingen varit inlagd på den psykiatriska klinken eller varit i dess öppna vård under praktiskt taget hela observationstiden om ett år. Diagnos och innehåll i journalen för denne patient var likartade den förres, och även i detta fall framgick i journalen att vårdpersonal sökt påverka personens möjligheter att få stanna i riket.

### Bedömning av innehåll i given vård – öppenvårdsjournaler

I Stockholm åligger det vart och ett av länets sjukvårdsområden att säkerställa att inbjudan till hälsosamtal sker, men en genomgång av journalanteckningar verifierade blott nio genomgångna hälsosamtal för de 100 nytillkomna asylsökande. I Norrbotten var de flesta asylsökande välkomna till en och samma mottagning, och från listor därifrån kunde inbjudan om hälsosamtal styrkas för 53 av de 60 personer som anlänt till Norrbottens läns landsting under första kvartalet år 2000.

Vid flera besök, såväl sådana med styrkt behov av akut hälso- och sjukvård som sådana där behov av akutvård inte visats genom 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 ha varit bristfälligt dokumenterat var undersökning med datortomografi för huvudvärk sedan tio år och blodtrycksutredningar av personer med förhöjt blodtryck känt och behandlat sedan lång tid tillbaka. Några resonemang kring den begränsade tid som rimligen återstod innan personens status som asylsökande upphörde återfanns inte i någon enda av anteckningarna.

För många registrerade besök saknades dokumentation av medicinskt innehåll, och i var tredje journalanteckning fanns inga uppgifter om patientens hälsotillstånd noterade. Dessa rörde sig om registrering av inkommande handling, beställning av speciell tolk eller hänvisning till optiker.

## II Diskussion

### Bortfall inte tillämpligt i studien

Denna studie är en befolkningsstudie, och till skillnad från vid patientstudier är begreppet bortfall inte tillämpligt. Samtliga utvalda personer, en sjättedel av dem som anlände som asylsökande till Stockholm första kvartalet 1999 och alla nyanlända asylsökande till Norrbotten första kvartalet 2000, identifierades och deras hälso- och sjukvårdskonsumtion under deras tid i respektive landsting studerades. Att sedan många asylsökande inte kunde återfinnas i registren torde kunna förklaras med att de varit friska och/eller inte inbjudits till hälsosamtal alternativt att given vård inte registrerats på föreskrivet sätt.

### Vem är nytillkommen asylsökande?

Det är anmärkningsvärt att varken Migrationsverket eller landstingen har rutiner för att bevaka att asylsökande ges möjlighet att träffa medicinsk personal för hälsosamtal. Risken för spridning av allmänfarlig sjukdom, till exempel TBC eller hepatit C, är icke försumbar, då asylsökande till skillnad från turister och affärsmän på tillfälligt besök i Sverige ofta lever tätt tillsammans med andra människor. För den enskilde asylsökande är det angeläget med en snar kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning av aktuellt hälsotillstånd samt information och rådgivning i medicinska frågor. I Stockholm kunde det endast för var tionde nyanländ asylsökande

med säkerhet fastställas att hälsosamtal ägt rum, medan frekvensen i Norrbotten var 85 procent. En centraliserad mottagning med nära samarbete med Migrationsverket förefaller därför vara gynnsam för att lösa de praktiska problemen i fråga om hälsosamtal.

### Vem är patienten?

De patientadministrativa datasystemen i de båda studerade landstingen var otillförlitliga vad gällde identifiering av den asylsökande patienten. Otillförlitliga uppgifter om den enskildes identitet är allvarligt då det för ett fungerande smittskydd och för individen själv är nödvändigt med säker identifikation. Då samtliga asylsökande är potentiella patienter vore en identifikation i form av en översättning av den asylsökandes nummer hos Migrationsverket lämplig i samband med att den asylsökande bosätter sig/blir placerad i ett landsting. I avvaktan på datortekniska lösningar bör krav ställas på en noggrann registerhållning omfattande såväl Migrationsverkets nummer som tillfälliga nummer.

### Vårdregister speglar inte vårdens verklighet

Går det att kvantifiera given hälso- och sjukvård utifrån landstingens centrala vårdregister?

Nej! För Stockholms del kunde visserligen information rörande samtliga slutenvårdstillfällen återfinnas i journalhandlingar, men för vart fjärde besök i öppenvård saknades adekvat dokumentation. I journalsystemen för Norrbotten gick det inte att på ett enkelt sätt värdera om besökstillfället hänförde sig till öppen eller sluten vård.

Att patientadministrativa system illa avspeglar vårdens verklighet är inte speciellt för asylsökandes hälso- och sjukvård. Dock vore det rimligt med en mer informativ uppföljning, inte minst mot bakgrund av att landstingen ersätts av staten enligt särskilt avtal och att diskussioner om huruvida ersättningen täcker de insatser som görs föreligger.

### Vårdens överensstämmelse med gällande regler

I Norrbotten avlade de asylsökande 2,1 och i Stockholm 1,7 läkarbesök per år och person. I Norrbotten registrerades för den övriga befolkningen under 1999 i medeltal 2,4 och i Stockholm 1,7 läkarbesök per år och person. De asylsökandes konsumtion av läkarvård var således något lägre än den övriga befolkningens. Men siffrorna bör ses i ljuset av att det rörde sig om unga män och kvinnor, utan kroniska sjukdomar, som endast var berättigade till akut sjukvård samt att vård given enligt Smittskyddslagen eller för barns börd, abort eller preventivmedelsrådgivning inte ingick i studiens uppdag.

Möjligheten att uppskjuta elektiva behandlingsinsatser tills individen fått asylfrågan avgjord verkar inte ha övervägts. Det försvarliga i att vidta undersökningar om utfallet inte har betydelse för det omedelbara fortsatta omhändertagandet kan diskuteras. Då mediantiden för asylsökande inklusive tid för överklagande av Migrationsverkets beslut är elva månader skulle annars en sådan diskussion vara meningsfull, särskilt då behandlingen sker i slutet av asylsökningsperioden.

### Personalens engagemang utanför vårdåtgärd

I båda landstingen hade vårdpersonal enligt journalen tagit kontakt med myndigheter i avsikt att påverka beslut om uppehållstillstånd. Det är förstaeligt men inte acceptabelt eftersom uppgiften att avgöra vem som ska beviljas asyl i Sverige inte tillkommer den enskilde läkaren eller sköterskan, och även kan äventyra vårdens trovärdighet.

## II Slutsatser

Självklart är det en svår situation för den enskilde att vara asylsökande. För hälso- och sjukvården finns all anledning att

**ANNONS**

**ANNONS**

säkerställa rutiner som tillförsäkrar denna grupp ett ändamålsenligt omhändertagande. Studien antyder att vårdutbudet idag är:

1. Otillräckligt dokumenterat – landstingen har inte system med tillräckligt högt informationsvärde för att beskriva vården till asylsökande. Denna brist bör ses mot bakgrund av att just denna vård sker enligt avtal mot särskild ersättning från staten.
2. För litet i omfattning – alla asylsökande förefaller inte erbjudas hälsosamtal.
3. För stort – vården är inte avgränsad till akut vård eller vård som inte kan anstå. Att ge för mycket vård kan tyckas vara mindre problematiskt, men kan medföra att prioriterade vårdinsatser till andra grupper inte kan erbjudas.

## SUMMARY

Study of health care provided to asylum seekers in Stockholm and Norrbotten Counties  
Asylum seekers received more services than contractually stipulated, except as regards health assessment interviews

**Bo Jordin**

*Läkartidningen 2002;99:3503-7*

As part of an agreement between the Swedish government and the county councils on reimbursement for health care services for refugees, the National Board of Health and Welfare conducted a survey in Stockholm and Norrbotten counties during 2000. The study comprised a randomly selected group of refugees in which the total amount of health care services consumed was studied for 100 persons in Stockholm and 60 persons in Norrbotten. The outcome indicates that services provided in part exceeded those stipulated in the agreement, i.e. in offering elective health care services and in other respects is unsatisfactory i.e. not offering health assessment interviews to refugees.

*Correspondence: Bo Jordin, Health Care and Medical Services Department, Socialstyrelsen, SE-106 30 Stockholm, Sweden.*

# Särtryck

## Läkartidningen

**N**är Försäkringsmedicinska Sällskapet bildades för att främja försäkringsmedicinens utveckling samlades 14 artiklar publicerade i Läkartidningen 1996 till ett särtryck. Detta belyser hur försäkringsläkare arbetar inom allmän och privat försäkring och tar upp försäkringsmedicinska problem från patientens synvinkel.

Riskbedömning vid barnförsäkringar, etiska problem i samband med gentestning och försäkring, samt de kniviga ärenden som gäller nack-skulderbesvär, inklusive pisksnärtskador, behandlas bland annat i artiklarna.

Priset är 40 kronor

## Försäkringsmedicin



Beställer härmed.....ex  
av "Försäkringsmedicin"

.....  
namn

.....  
adress

.....  
postnummer

.....  
postadress

Insändes till Läkartidningen  
Box 5603  
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

[www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)  
under särtryck, böcker