

Rapport till regeringen  
Psykiatrisk vård till vuxna  
asylsökande

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Skrivelse*. Det innebär att den innehåller nya eller ändrade ställningstaganden från Socialstyrelsen i form av ett meddelande eller en avrapportering. Den kan också innehålla förfrågningar eller begäran/anhållan om yttranden eller synpunkter på t.ex. remissversioner. Skrivelser är riktade till en eller flera tydliga adressater, t.ex. regeringen, landsting, kommuner, vårdgivare m.fl.

# Förord

I relation till antalet invånare är Sverige ett av de länder i Europa som tar emot flest flyktingar. De senaste 5 åren har det kommit ca 210 000 invandrare till Sverige. I gruppen utgör ca 40 000 asylsökande och 19 000 anhöriga till de asylsökande. De asylsökande fördelar sig över hela Sverige och mottagande av asylsökande är inte ett storstadsfenomen. Några kommuner har dock tagit en avsevärt större andel av asylsökande. Bland dessa märks t.ex. Laxå, Gullspång, Hultsfred och Uppvidinge. Ett stort antal människor som kommer under kort tid kan medföra stora påfrestningar vad gäller planering för vård och omsorg.

Sjukvårdshuvudmännen har en viktig roll att tillförsäkra att asylsökande 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.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att följa upp överenskommelsen med avseende på innehåll och omfattning av den vård som ges till de asylsökande. Uppdraget är avgränsat till psykiatrisk vård åt vuxna asylsökande. Socialstyrelsen har tidigare belyst vården för asylsökande i rapporter 1996, 1999 och 2001.

Information har insamlats genom intervjuer med personal, journalgranskningar och enkätstudier.

Utredningen pekar på behovet av en tydligare ansvarsfördelning hos huvudmännen och en mer strukturerad uppföljning. Socialstyrelsen gör vidare den bedömningen att samtliga patienter i studien vårdats på väl medicinskt motiverade grunder.

Projektledare för denna studie har varit Bo Jordin, Socialstyrelsen. Ansvarig för journalstudien har varit f. klinikchefen Börje Wistedt, specialist i psykiatri, med. dr. Värdefulla synpunkter har lämnats av professor Solvig Ekblad, Institutet för Psykosocial Medicin (IPM).

Socialstyrelsen vill tacka alla som medverkat i arbetet med rapporten.

Kjell Asplund  
Ställföreträdande generaldirektör



# Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	7
Bakgrund .....	9
Tillgång på läkare.....	10
Psykiatriker.....	10
Inflödet av psykiatriker .....	12
Utflödet av psykiatriker.....	12
Totalflöde .....	13
Uppdraget.....	14
Metod .....	15
Resultat.....	16
1. Journalstudier.....	16
Behandling.....	18
Övriga iakttagelser vid journalstudier.....	19
Stockholmsgruppen.....	20
Norrbotten.....	21
Eksjö/Jönköping .....	21
Fallbeskrivningar.....	22
2. Enkät till huvudmännen.....	23
Diskussion.....	26
1 Journalstudie.....	26
Vårdtider.....	26
Indikationer för vård.....	26
Intyg .....	26
Kostnadsredovisning.....	27
2 Enkät.....	27
Samverkan.....	27
Mål för verksamheten - policydokument .....	27
Samordnare.....	27
Typ av data som samlas in .....	28
Fortbildning.....	28
3 Målstyrning .....	29
Slutsatser .....	32
Referenser.....	34
Bilaga 1, Tabellbilaga journalstudier.....	36
Bilaga 2, Enkät Vård åt asylsökande.....	42
Bilaga 3, Enkät svar Tabeller .....	46



# Sammanfattning

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av psykiatrisk vård åt vuxna asylsökande (UD2003/48645/MAP). Uppföljningen är ett led i överenskommelsen om landstingens åtagande och statens ersättning för hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Denna studie syftar till att ge ett underlag för kommande överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet. Uppdraget omfattar:

- 45 journalstudier fördelade på tre landsting – Norrbottens Läns Landsting, Landstinget i Jönköping samt Stockholms Läns Landsting
- Telefonintervjuer med verksamhetschefer i de tre landstingen
- Enkät till samtliga huvudmän

Utöver detta har uppgifter inhämtas från Socialstyrelsens nationella planeringsstöd samt även uppgifter från Landstingsförbundet och Migrationsverket.

Socialstyrelsen har därvid funnit att tillgången på psykiatriker varierar över landet och i de här studerade landstingen finns tre gånger fler psykiatriker i Stockholm än i Landstinget i Jönköping. Vad gäller den framtida bemanningen gör Socialstyrelsen den bedömningen att antalet psykiatriker kommer att öka under de närmaste åren.

Journalstudierna ger underlag för följande slutsatser:

- Patienterna vårdats på befogade medicinska indikationer i samtliga fall. Många patienter har blivit föremål för tvångsvård och flertalet har vårdats upprepade gånger inom den slutna psykiatriska vården. Hälften av patienterna hade före det studerade vårdtillfället fått avslag på ansökan om uppehållstillstånd.
- Det förhållandet att endast 37 procent av de asylsökande har genomgått hälsoundersökning/hälsokontroll väcker frågan om de vårdbehov som kan finnas i gruppen verkligen tillgodoses.
- Vård till de asylsökande medför särskilda problem som vårdgivaren måste hantera. Dessa problem kan t.ex. gälla krigsförbrytare, överbeläggningar och intygsproblematik.
- En väl utbyggd öppenvård minskar behovet av slutenvård.
- Informationsvärdet av landstingens uppföljningar av vården till asylsökande kan utvecklas. Detta gäller t.ex. möjligheten att värdera de kostnader som landstingen redovisar.

Ur enkätdelen i studien framkommer att flera möjligheter till utveckling och förändring kan vara angelägna att överväga vad gäller att ge psykiatrisk vård till vuxna asylsökande. Bland dessa möjligheter märks behovet av att utveckla en förbättrad samverkan mellan psykiatri och primärvård. Ett förhållande som bör uppmärksammas i den fortsatta planeringen är vidare bristen på landstingsövergripande mål och vårdprogram. Punkter som därvid kan vara av intresse är fortbildningsprogram och budget. Socialstyrelsen noterar vidare att man kan behöva tydliggöra ansvaret för samordning mellan olika aktörer inom landstingsområdet. En utveckling av uppföljningen i riktning mot att ge ett högre informationsvärde skulle ge ett värdefullt tillskott till diskussionen om resursfördelning. Vad gäller uppföljning bör man också tydliggöra ansvaret för denna. Slutligen vill Socialstyrelsen också peka på behovet av att satsa mer på fortbildning av personalen. Flera landsting saknar idag landstingsövergripande program för fortbildning och rapporterar att inga insatser alls görs.

Sammanfattningsvis vill Socialstyrelsen peka på betydelsen av att utveckla målstyrningen vad gäller hälso- och sjukvård åt asylsökande.



# Bakgrund

Enligt nuvarande avtal mellan staten och landstingsförbundet avseende hälso- och sjukvård till asylsökande ersätts landstingen enligt följande:

För barn upp till 18 år:

- all vård.
- erbjudande om hälsokontroll/hälsoundersökning

För asylsökande vuxna 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
- erbjudande om hälsokontroll/hälsoundersökning

Under 2002 ersattes landstingen med 506 572 tkr för hälso- och sjukvård till asylsökande enligt avtalet. Siffran inkluderar schablonersättning, vissa patienter med kostnader över 50 000 kr samt ersättning för hälsokontroller.

Sammantaget sökte 34 662 personer asyl i Sverige 2002. Gruppen asylsökande gjorde i genomsnitt 2,34 besök i den öppna vården (inklusive dialys) och vårdades på sjukhus under 10 961 vårddygn. Merparten av den sjukhusanslutna vården gavs inom den slutna psykiatriska vården, 7 345 vårddygn.

Vad gäller hälsokontroller/hälsoundersökningar erbjöds detta till ca 37 procent av de asylsökande under 2002. Två huvudmän, Västerbotten (158 asylsökande) och Gotland (8 asylsökande), redovisade inte en enda genomförd hälsokontroll/hälsoundersökning under 2002.

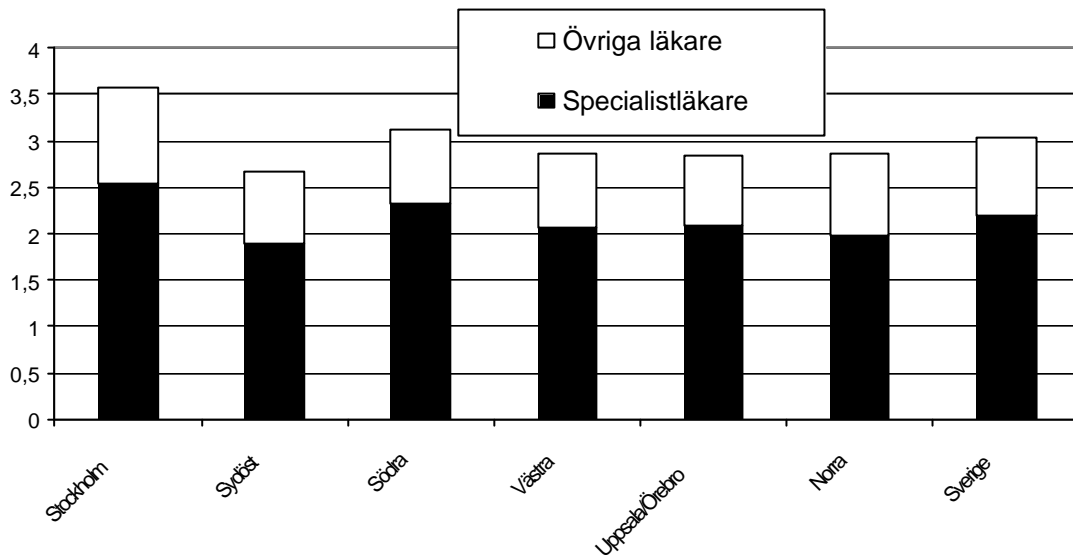
En liknande studie som denna rörande förhållandena inom Stockholms läns landsting avrapporterades hösten 2000.

En viktig förutsättning för att utreda huruvida det finns psykisk ohälsa bland asylsökande är att de hälsosamtal som landstinget enligt avtalet skall erbjuda kommer till stånd. Omfattningen av genomförda hälsosamtal varierar över landet. I Norrbotten, där samtliga asylsökande omhändertas på en och samma anläggning, blir flertalet asylsökande hälsoundersökta minst en gång.

## Tillgång på läkare

En förutsättning för att kunna erbjuda vård till asylsökande är att det finns resurser. På föregående sida redovisades den ersättning som staten ger till landstingen för att kunna erbjuda vård. Oaktat nivån på den ekonomiska ersättningen krävs det också personal. Samtliga personalkategorier är viktiga resurser för att kunna ge bra vård. Detta gäller särskilt i en verksamhet som i så hög grad bygger på teamarbete som inom psykiatrin. Socialstyrelsen har avgränsat sig till att redogöra för läkarbemanningen. I det följande redovisas kort några uppgifter om läkarbemanningen och landstingens tillgång på psykiatriker.

Diagram 1. Totalt antal läkare, specialistläkare och övriga läkare per 1 000 invånare inom respektive region, november 2000.

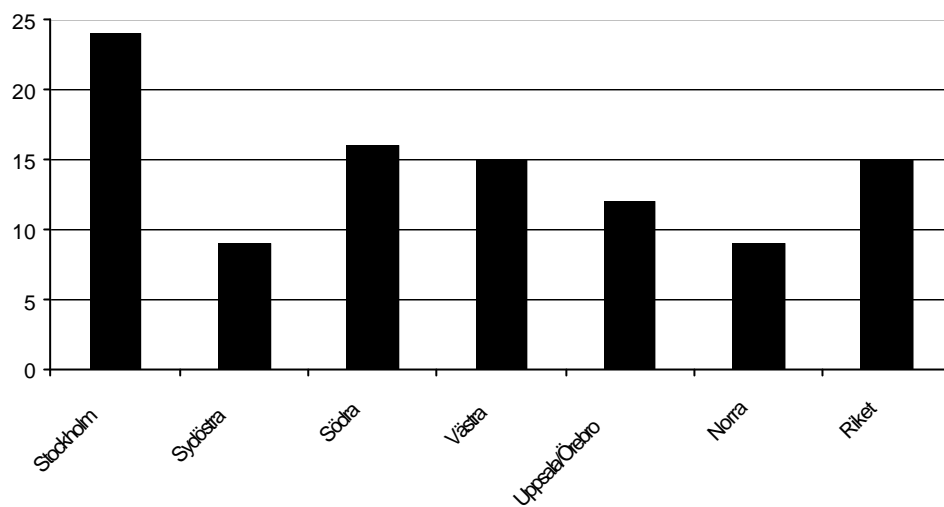


Källa: Socialstyrelsen 2003

## Psykiatriker

Psykiatritätheten varierar kraftigt i Sverige. Stockholmsregionen har en psykiatritäthet som är närmare tre gånger så hög jämfört med de regioner, Sydöstra och Norra regionen, som har den lägsta tätheten av psykiatriker. Fördelningen på landstingnivå redovisas i bilaga 3, tabell 3:6.

Diagram 2. Antal sysselsatta psykiatriker inom Hälsa- och sjukvården per 100 000 invånare inom respektive region november 2001.



Källa: Socialstyrelsen, 2003

## Inflödet av psykiatriker

Inflödet av psykiatriker sker på tre sätt. För det första utbildas legitimerade läkare till nya specialister i Sverige. För det andra dubbelspecialiserar sig legitimerade specialistläkare som redan har en annan specialistkompetens. För det tredje sker ett inflöde av specialistläkare med utländsk utbildning. Nedan följer en beskrivning av dessa tre kategorier.

Tabell 1. Antal utfärdade specialistbevis i psykiatri år 2000-2002 samt antal färdigutbildade specialister i respektive specialitet år 2003-2004.

År	Psykiatri
2000	98
2001	97
<u>2002</u>	<u>99</u>
2003 <sup>1</sup>	88
2004	80

Källa: Socialstyrelsen År 2000-2002; HOSP; 2003; År 2003-2004. Redovisning från sjukvårdsregionerna

Svenskutbildade läkare bidrar till det huvudsakliga inflödet av nya specialister. Socialstyrelsen har i samarbete med företrädare för de sex hälso- och sjukvårdsregionerna kommit överens om att årligen samla in uppgifter för att beskriva utbildningsvolymerna vad gäller läkarnas specialistutbildning på nationell nivå. Överenskommelsen innebär att varje region årligen skall lämna in uppgifter angående antalet planerade specialistutbildningar.

## Utflytet av psykiatriker

Utflytet av specialistläkare sker på flera olika sätt, exempelvis genom byte av arbetsmarknad, byte av specialitet, emigration, pension samt dödsfall. För närvarande finns enbart data angående specialistläkarnas åldersstruktur utifrån vilket ett resonemang angående förväntade pensionsavgångar kan föras. Ett årligt utflöde om 5-6% leder till ungefär 60-70 psykiatriker som slutar årligen. Åldersfördelning av yrkesverksamma psykiatriker följer åldersfördelningen bland yrkesverksamma specialistläkare i stort, men har en något större andel av äldre läkare. Ett antal av knappt 500 psykiatriker äldre än 55 år var år 2000 sysselsatta inom hälso- och sjukvården, vilket styrker antagandet om ett årligt utflöde av psykiatriker av drygt 60 psykiatriker de närmaste decennierna.

---

<sup>1</sup> Siffrorna för 2003 och 2004 redovisar planerade specialistutbildningar i respektive specialitet, dvs. enbart planerade nya specialister inom respektive specialitet. Exkluderar således blivande dubbelspecialister och specialister med utländsk specialistutbildning.

Tabell 2. Andel och antal sysselsatta specialistläkare inom hälso- och sjukvården fördelat på åldersgrupper ( 2000)

Ålder	<55 år	55-59 år	60-64 år	>64 år	Totalt
Specialistläkare	71,4%	17,2%	8,4%	3,1%	100,0%
Totalt	(13 868)	(3 336)	(1 637)	(593)	(19 434)
Psykiatriker	64,2%	19,7%	12,1%	4,0%	100,0%
	(855)	(262)	(161)	(53)	(1 331)

Källa: Socialstyrelsen

### Totalflöde

Prognoser eller framskrivningar, av personalgrupper som är få till antalet är mycket osäkra. En central fråga är hur länge en specialistläkare antas vara yrkesverksam. Om vi antar att en specialistläkare generellt har en yrkesverksamtid på 20 år, så behövs ett årligt inflöde med 5 procent av den totala tillgången för att personalstyrkan skall vara stabil till antalet. Utbildningsvolymen på ungefär 100 psykiatriker årligen är betydligt högre än detta. Åldersfördelningen är dock inte jämn, vilket kan leda till temporära variationer. **En enkel summering av in- och utflöde, ger vid handen att tillgången av specialister inom psykiatri ökar de närmaste åren. Det årliga inflödet beräknas vara ungefär 100 personer och det årliga utflödet mellan 50-70 psykiatriker.**

Tabell 3. Antal psykiatriker sysselsatta inom hälso- och sjukvården, november 2001.

Hälso- och sjukvårdsregion	Totalt	Antal per 1000
Stockholm	461	0,24
Sydöstra	84	0,09
Södra	257	0,16
Västra Götaland	247	0,15
Uppsala/Örebro	239	0,12
Norra	78	0,09
<b>Totalt</b>	<b>1 366</b>	<b>0,15</b>

# Uppdraget

Regeringen gav den 2 oktober 2003 Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp den psykiatriska vården åt asylsökande (UD2003/48645/MAP). I uppdraget ingår:

- Redogörelse för på vilka medicinska indikationer patienter vårdas.
- Bedömning av och om landstinget fullföljer sina åtaganden att erbjuda omedelbar vård samt i vilken utsträckning erbjuden vård avgränsas till sådan vård som inte kan anstå när det gäller psykiatrisk vård åt vuxna.
- Analys av huruvida vårdtillfällena förorsakas av andra skäl än medicinska.
- Analyserande beskrivning av samverkansformer mellan den psykiatriska verksamheten och landstingets primärvård.
- Beskrivning av de verksamhetsmål som finns i landstingen för hälso- och sjukvård till asylsökande samt former för uppföljning.
- Redogörelse för läkarbemanningen inom psykiatri samt eventuella förändringar de senaste fem åren.
- Beskrivning av insatser inom kompetensutveckling som gjorts samt områden där behov av insatser finns.

Uppdraget omfattar:

- 50 journalstudier fördelade på tre landsting – Norrbottens Läns Landsting, Landstinget i Jönköping samt Stockholms Läns Landsting.
- Telefonintervjuer med verksamhetschefer i de tre landstingen.
- Enkät till samtliga huvudmän.

Uppdraget avgränsas till vuxenpsykiatrisk vård. Samråd har skett med Migrationsverket och Landstingsförbundet.

# Metod

Studien innefattar tre delar:

1. *Journalstudier.* Journalstudien har gjorts i Stockholm, Jönköping/Eksjö och Norrbotten. Studien omfattar totalt 45 journaler på patienter som varit inlagd vid psykiatrisk klinik. Att dessa län valts beror på att skillnader finns i omhändertagandet som Socialstyrelsen bedömer kan vara av intresse att belysa.

Faktamaterialet insamlas med stöd av ett granskningsprotokoll omfattande olika bakgrundsvariabler, anamnes, symtom vårdtider, typ av intagning, behandling, planering mm.

## *Urval*

Ett slumpurval om 45 vuxna personer som under 2002 har varit asylsökande och vårdats en eller flera ggr under detta år. Tjugo patienter med vistelseort i Stockholm har fått sin vård vid S:t Görans sjukhus, norra produktionsområdet. Tio patienter från Norrbotten<sup>2</sup> och femton från Eksjö som har fått sin vård vid Höglandets sjukhus.

2. *Enkät till samtliga huvudmän.* Enkäten har fångat uppgifter om samverkan psykiatri/primärvård, vårdprogram och målstyrning för verksamheten, läkarbemanning och kompetensutveckling för personalen.
3. Verksamhetscheferna vid de studerade klinikerna har intervjuats.

Utöver detta har material från Socialstyrelsens nationella planeringsstöd legat till grund för de överväganden och slutsatser som görs i rapporten avseende läkarbemanning.

---

<sup>2</sup> Avsikten var att det från Norrbotten skulle ingå femton patienter. Då landstinget endast hade 8 asylsökande patienter i den slutna psykiatriska vården under 2002 har dessa medtagits samt en patient från 2001 och en patient från 2003, totalt 10 patienter.

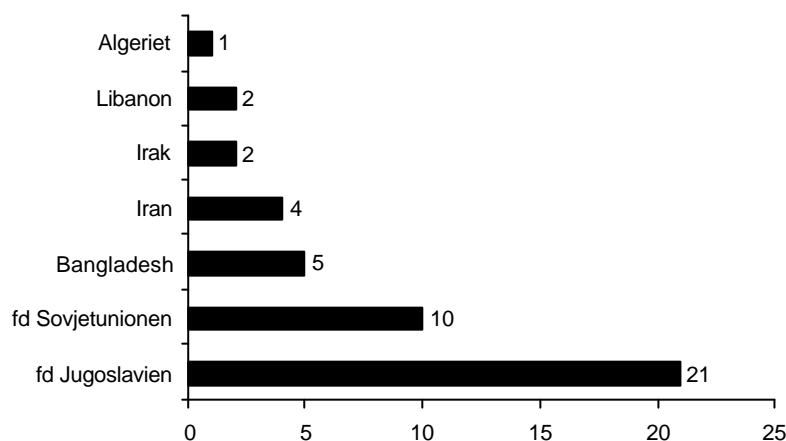
# Resultat

## 1. Journalstudier

Resultat redovisas för respektive landsting i bilaga 1.

Gruppen asylsökande är mycket heterogen vilket påverkar möjligheterna till jämförbarhet. I de journalstudier som gjorts har följande nationaliteter varit representerade; se diagram 3.

Diagram 3. Nationaliteter i journalstudien



### *Vårdtider i psykiatri*

Vårdutnyttjandet skiljer sig något i de tre landstingen, se tabell 4.

I tabell 4 visas medelvårdtiden för hela gruppen asylsökande i respektive landsting. I tabell 5 visas medelvårdtiden för de *patienter* bland de asylsökande som är intagna på psykiatrisk klinik.

Tabell 4. Sluten vård, psykiatri, genomsnittligt antal vård-dagar per individ totalt 2002

<b>Stockholm</b>	0,86 <sup>3</sup>
<b>Jönköping/Eksjö</b>	2,57
<b>Norrboten/Sunderbyn</b>	0,68

*Källa Landstingsförbundet*

<sup>3</sup> Uppgiften avser 2001, då inga uppgifter för 2002 redovisats



Tabell 5. Medelvårdtider för varje vårdtillfälle per intagen patient, antal dagar

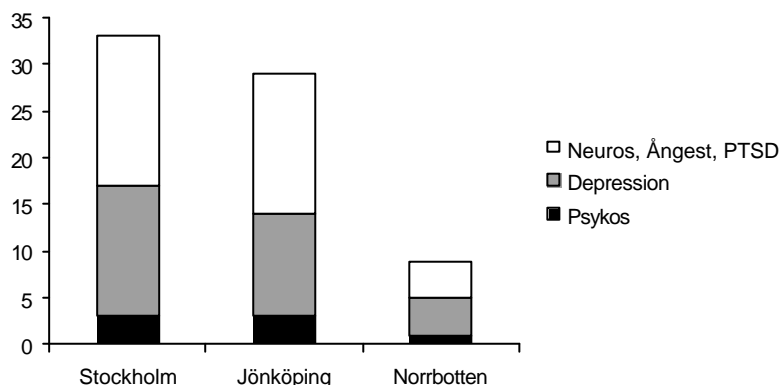
	Landstingsförbundet 2002	studiegruppen
Stockholm	6,9	6,65
Jönköping/Eksjö	12,8	21,1
Norrbottn/Sunderbyn	21,1	12,8

Medelvårdtiden under 2002 är för Stockholmsgruppen 6,7 vård dagar för studieperioden att jämföra med motsvarande 12,8 vård dagar för Norrbotten respektive 21,1 vård dagar för Jönköpings landsting. Då studiegrupperna är små redovisas även vårdtiden för det totala antalet asylsökande i psykiatri inom respektive landsting enligt Landstingsförbundets statistik. Enligt denna statistik redovisar Norrbotten de längsta vårdtiderna.

### Diagnoser

De vanligaste diagnoserna som den studerade gruppen vårdats under är psykos, depressiva besvär och ångest/neuros/posttraumatiskt syndrom PTSD. Se diagram 4.

Diagram 4. Diagnoser för vilka asylsökande vårdas inom den slutna psykiatri, (några har fler diagnoser), antal patienter



### Skillnader i vårdtider för de olika diagnoserna

Personlighetsstörning eller personlighetsförändring diagnosticerades hos tre av 15 patienter i Jönköping/Eksjö, hos en patient av 20 i Stockholm och inte hos någon av de 10 patienterna i Norrbotten. Som huvud- eller bidiagnos har samtliga 15 patienter i Eksjö PTSD, motsvarande siffra för Stockholmspatienterna är 14 av 20, för Norrbottenspatienterna är den 5 av de 10 patienterna. Skillnaden förklaras delvis av att antalet ställda diagnoser är högst i Stockholm och lägst i Norrbotten. Beträffande vilka perioder som skall räknas in har jämförelsen i första hand avsett studieperioden som medger störst jämförbarhet.

### *Vistelsetid i Sverige*

Före det nu studerade vårdtillfället hade gruppen i Stockholm varit i snitt 21,6 månader i Sverige, gruppen i Norrbotten 9,7 månader och Eksjögruppen 24,2 månader.

### *Könsfördelning*

Könsfördelningen på de studerade patienterna framgår av tabell 6.

Tabell 6. Könsfördelning

	M	K
Stockholm	11	9
Norrbotten	7	3
Eksjö	6	9
	24	21

### *Övrig psykiatrisk vård*

Av de 45 patienterna visade sig samtliga utom 4 ha mottagit psykiatrisk slutenvård vid andra tillfällen än det studerade, se tabell 7.

Tabell 7. Övrig psykiatrisk vård, antal vårdtillfällen

	Antal vårdtillfällen			
	före studietillfället		efter studietillfället	
	Medel	spridning	medel	spridning
Stockholm	0,75	0-5	2,15	0-7
Norrbotten	0,7	0-2	1,7	0-2
Eksjö	0	0	1,6	0-5

### *Avslag på ansökan om uppehållstillstånd*

Flera av patienternas vårdtillfällen kom i samband med att de hade fått avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd. Totalt hade 27 patienter fått avslag före eller omedelbart före och i anslutning till det aktuella vårdtillfället.

## **Behandling**

### *Neuroleptika*

De journalförda behandlingsinsatserna är dokumenterade med en ordination av psykofarmaka enligt gängse praxis, neuroleptika till psykoser, företrädesvis de med schizofren symtomatologi. Dessa patienter har ofta haft liknande symtom i hemlandet och den psykiska störningen är troligtvis ej orsakad av flyktingsituationen, även om situationen som sådan kan ha bidragit till utvecklande av försämringsperioder.

### *Antidepressiva*

Antidepressiva läkemedel, i synnerhet de s.k. SSRI (selektiva serotonin upptagshämmare) anses verksamma mot de symtom, framförallt och depression och ångest som ofta noteras hos personer som utvecklat PTSD (posttraumatiskt stressyndrom, *eng stress disorder*).

### *Bensoediazepiner*

Användandet av s.k. bensoediazepiner är i enlighet med nuvarande praxis återhållsam.

### *Elektrochockterapi, ECT*

I hela behandlingsgruppen har ECT använts sparsamt, dock har användandet av ECT i Jönköping/Eksjögruppen varit mer frekvent.

### *Vårdintyg*

Av de studerade 45 patienterna var 11 vårdade med stöd av lagen (1991:112) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Dessa patienter fördelade sig på Norrbotten/Sunderbyn (4), Stockholm (7), Jönköping/Eksjö (0).

### *Specifika psykoterapier*

Specifika psykoterapier såsom kognitiv psykoterapi, beteendeterapi, psykoanalys, förekommer endast i undantagsfall då en längre tids behandling med många av dessa terapier kan anstå. Gentemot detta påstående finns många argument men då tillgången på framför allt så kallade kognitiva beteendeterapier är begränsad och erfarenheterna i Sverige av denna form av specialbehandling är begränsade så blir slutresultatet detsamma.

## **Övriga iakttagelser vid journalstudier**

### *Utbildning för personal*

Behov av löpande utbildning/handledning framhölls på de kliniker vi besökt. Klinikerna hade ofta själva initierat utbildningar vars existens ej var uppmärksammas på centralnivå inom respektive landsting.

### *Kostnadsberäkningar*

Från landstingshåll har framförts att de statliga bidragen ej täcker kostnaderna. På Högländets sjukhus, Eksjö, räknade man, med hänsyn till de asylsökande patienternas stora vårdbehov, med en kostnad som var tre ggr högre än för en normalpatient. Norrbotten ansåg inte att asylsökande patienter var dyrare än andra patienter. Stockholm ämnar med stöd av patientadministrativa uppgifter och uppgifter hämtade från patientjournaler att beräkna reella kostnader.

### *Krigsförbrytare*

En stor grupp asylsökande kommer ifrån Bosnien/Herzegovina resp. från det tidigare Jugoslavien. I gruppen asylsökande från Bosnien har identifierats personer som deltagit i etnisk rensning, i tortyr eller tjänstgjort som lägervakter. Att hjälpa dessa personer ingår i vår allmänna skyldighet och i landstingens åtagande men är inte alltid oproblemiskt för enskilda medar-

betare och medpatienter. Det framkom flera önskemål om handledning från berörd personal. Runt dessa patienter förekommer våld i högre utsträckning än annars. Detta våld kan vara riktat mot personal och övriga patienter.

### *Överbeläggningar*

I Eksjö framkom speciella problem av grupp-dynamisk karaktär. Under en period då belastningen var stor kunde upp till 6 patienter från Bosnien vårdas samtidigt på samma vårdavdelning. Det skapade konflikter mellan olika flyktinggrupperingar

### *Intyg*

Många ur personalen påtalade att intyg kan vara krävande. Frågan om intyg är ofta mer laddad och komplicerad för asylsökande än för andra patienter.

### **Stockholmsgruppen**

I Stockholm är den psykiatriska vården organiserad enligt sektorsprincipen, där varje sektor erbjuder såväl öppen som sluten psykiatrisk vård. I Stockholm valdes den nordvästra sektorn där St Görans sjukhus är beläget. Sektorn organiserar en speciell öppenvårdsmottagning för flyktingar i Spånga och Kista.

I tabell 1 och 2, bilaga 1 redovisas en översikt av de 20 konsekutiva fall som ingår i den sökta populationen. Könsfördelning var 9 kvinnor och 11 män, medianåldern var 34 år, åldersvariation 24 – 45 år.

### *Hemland*

Fem patienter var från Bangladesh, två från Bosnien, åtta patienter var från gamla Sovjetunionen, fyra var från Iran och en från Algeriet.

### *Diagnoser*

*Posttraumatiskt stressyndrom (eng. disorder) PTSD.* Mer än hälften av de sökande har uppgivet att de har upplevt, bevittnat eller konfronterats med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om) eller hot mot egen eller andras fysiska integritet, fysiskt och /eller psykiskt våld. Förekommer dessutom i anamnesen ett återupplevande av händelsen, ett undvikande av stimuli som associeras med traumat samt vissa ihållande symtom som t.ex. sömnsvårigheter, irritabilitet, lättskrämdhet så är diagnosen PTSD sannolik.

### *Övriga diagnoser*

*Depression.* Sexton av de 20 patienterna i Stockholm hade depression. Tolv av dessa sexton hade samtidigt PTSD. Nio av de 20 patienterna hade gjort suicidförsök som får bedömas som allvarliga. Suicidtankar förekom hos ytterligare fem patienter. Hos de resterande sex patienterna negetas symtom eller saknas dokumentation.

*Psykos.* Den tredje diagnosgruppen kännetecknas av psykosor eller psykosnära beteende av olika genes. En patient hade en klar schizofren sjukdom

som fanns redan i hemlandet. En patient hade ett dissociativt syndrom med psykotiska drag, en patient hade utpräglad depressiv bild med stark ångest.

## **Norrbotten**

### *Gruppbeskrivning*

Av tio patienter har fem utsatts för direkt fysiskt våld, två blivit miss-handlade och tre har blivit torterade. För övriga fem finns inget särskilt noterat.

En patient har beskrivits lida av ett schizofrent sjukdomstillstånd. De journalförda behandlingsinsatserna är dokumenterade med en ordination av psykofarmaka enligt gängse praxis, neuroleptika till psykoser, företrädesvis de med schizofren symtomatologi.

*Särskilda problem;* I patientgruppen från Norrbotten finns starka misstankar om att två personer deltagit i krigsförbrytelser under den tid de tjänstgjorde som polis respektive lägervakt. För personalen som ofta har lärt känna en annan del av personligheten, kan rollen som vårdare kännas plågsam och kräver då någon form av handledning, företrädesvis i grupp.

### *Öppenvård*

Öppenvården sköts av speciellt team som tar emot ca 250 besök per år. Endast ett fåtal öppenvårdspatienter sköts av klinikerna. Öppenvård, återbesök efter slutenvård handhas i första hand av flyktingteamet som består av två personer, en heltidsanställd kurator tillika psykoterapeut samt en halvtidsanställd sjuksköterska. Teamet arbetar förebyggande med många besök i hemmet. Det finns bland vårdpersonalen en stor samsyn om att teamet väsentligen bidragit till asylsökande i Norrbottens relativt låga slutenvårds-konsumtion.

### *Samarbete med Primärvården*

Samarbetet mellan psykiatri och primärvård i Norrbotten upplevs som mycket gott. Den nära och personliga kontakten mellan psykiatrin och PV är ofta av stor betydelse för den låga sjukvårdskonsumtionen.

## **Eksjö/Jönköping**

I Eksjö är den psykiatriska vården sektoriserad, slutenvården är huvudsakligen förlagd till Höglandets sjukhus, Eksjö. Vården i Eksjö har präglats av den stora belastningen på mottagningsverksamheten. Höglandets sjukvårdsområde har psykiatriska mottagningar i Eksjö, Nässjö, Tranås och Vetlanda. På samma sätt har Ryhovs sjukhus (Jönköping) och Värnamo mottagningar med team som arbetar inom både öppen- och slutenvård.

I tabell 4, bilaga 1, redovisas en översikt av de 15 konsekutiva fall som ingår i den sökta populationen. Kön fördelning var 9 kvinnor och 6 män, medianåldern var 39 år, åldersvariation 18 – 54 år.

## *Diagnoser*

Samtliga patienter hade diagnosticerad PTSD. Elva av dessa hade dessutom depression, de övriga fyra hade två psykosjukdomar.

## **Fallbeskrivningar**

I det föregående har redovisats vissa kvantitativa data om omhändertagandet av asylsökande. I ett försök att även ge en kvalitativ beskrivning av de problem som de asylsökande i den psykiatriska vården presenterar görs i det följande en redogörelse av tre fallbeskrivningar.

### *Fall 1*

Gift kvinna, född på 60 talet. Har vårdats på psykiatrisk klinik i hemlandet under cirka två månader. Utlösande faktor kan vara att hon blev jagad av polisen i samband med ett studentupplopp.

Bor tillsammans med make och tre barn, samtliga yngre än 10 år, i anslutning till flyktingförläggningen. Uppger att hon haft en svår situation i hemlandet med trakasserier av polis före flykten till Sverige. Deprimerad och har tidvis haft uttalade suicidtankar. Har inte svarat på farmakologisk behandling med Zoloft 100mg per dygn. Har dessutom en oklar huvudvärk av migräntyp med täta och intensiva anfall. Oroar sig över sin somatiska hälsa. Reagerar med starka känslor vid åsynen av en man som blir misshandlad i hennes bostadsområde. När hon nyligen fick negativt besked om sin asylansökan klappade hon ihop totalt och kom in med poliseskort till mottagningen.

En successiv ändring av symtomatologin inträder och hon börjar få rösthallucinoser med röster som vill styra henne, vilket för tankarna till en schizofren process. Leponex insättes. Diagnosen blir nu schizofreni, F20.9. Fungerar lite bättre med den nya medicineringen.

Under senhösten får hon ett permanent uppehållstillstånd, PUT. Fortsatt öppenvård inom psykiatri överförs till öppenvårdsteamet som hon tidigare haft kontakt med. Har stödperson från kommunen två gånger i veckan. Lågt blodvärde noteras och man diskuterar om det skulle kunna bero på Leponexbehandlingen. Vid sista bedömningen förefaller hon vara klar och ordnad, uppträder situationsadekvat, visar inga tecken på psykos. Bedömes kunna klara en hemresa. Sammanlagd vårdtid är 44 dagar.

### Kommentarer:

Patienten har haft psykiatrisk kontakt i hemlandet, Kan ha förvärrats i samband med misshandelshistorien. Bilden som hon uppvisat i Sverige är en depressiv bild med imperativa rösthallucinationer. Dessa föranleder ett byte av antidepressivum, Zoloft, till ett neuroleptikum, Leponex. Då Leponex på ett negativt sätt kan påverka blodbildningen har detta föranlett upprepade kontakter med primärvården.

Fungerar för närvarande relativt väl, har fått PUT. Planerar bland annat att resa hem för att hälsa på sin sjuka mor. Ansvarig läkare anser inte att det föreligger något hinder för detta.

### *Fall 2*

Ensamstående man, född på 60-talet. Uppvuxen i en fosterfamilj. Fullgjort sju år som soldat i hemlandet. Efter mycket umbäranden kom han till Sverige.

Första kontakten med psykiatri är februari 2002 då han kommer på bedömningssamtal. Tilltagande sömnbesvär sedan drygt ett år tillbaka, tidigt uppvaknande, alltmer orkeslös. Ser döden som en befriare men skulle inte kunna gå mot Guds vilja och ta sitt eget liv. Uppvisar en hämmad bild utan påtagligt inslag av ångest. Regelbunden kontakt med flyktingteamet. Fått antidepressivt läkemedel (SSRI – Zoloft 50 mg per dygn). Relativt stabil under

4-5 månader, lär sig svenska relativt fort. Tas in till slutna vård i augusti efter misstänkt suicidförsök som bedömdes på medicinjouren. Efter 7 dagars vård under diagnosen *Depressiv episod* (F 32.5) utskriven med mediciner som ovan samt Remeron. Fortsatt öppen vård med samma team som tidigare. Hämningen har delvis släppt men patienten lider nu av en svår ångest men kan delta i praktiskt arbete ett par timmar per dag. Söker efter någon vecka igen till jouren och läggs in för obs. Bilden ungefär densamma som tidigare, passiv, lågmäld men ångestpräglad patient. Successiv förbättring, avvaktar nu Migrationsverkets beslut.

Kommentar.

En ung man med 7 års erfarenhet som soldat i en armé som efter mycket umbärande flyr och kommer till Sverige. Utvecklar en hämningsdepression, får bra kontakt med svenskar men p.g.a. av sitt tillstånd med stark avmagering vårdas på slutna vård totalt ca 22 dagar.

### *Fall 3*

Kvinna, två vuxna döttrar. Yngsta dottern har anorexi och väger 44 kg.

Patienten har sin första kontakt med psykiatri i mars 2002. Suicidtankar och ökad ångest. Klara tecken på PTSD. Med hjälp av tolk görs en skattning med IES-skalan. Patienten har både syn- och hörselhallucinoser. Dessa har dock karaktären av återupplevande av händelser från kriget. De två bilder som ständigt återkommer är när hennes mor blir dödad i familjens hem samt en bekant förs bort framför ögonen på henne. När de sedan finner honom är han skjuten i huvudet. Hon beskriver händelserna som om de hänt idag.

Under vårdtiden får hon sammanlagt 9 ECT-behandlingar vilka gör att ångesten och suicidtankarna avtar successivt. Får en klar symtomlindring efter insättning av neuroleptikum (Hibernal, 75mg till natten) samt antidepressivt läkemedel Cipramil 60mg. Patienten säger att hon inte tidigare har berättat om de två återkommande händelserna för någon. Vidare säger hon att medicinen inte leder till att upplevelserna försvinner men den smärtsamma känslan som är knuten till dem lindras. Tycker att det känns positivt att få tala om sina hemska upplevelser. Självordstankar kvarstår men med stöd av medicineringen kan hon lättare styra bort tankarna. Efter en tid av förbättring inträder åter en försämring där hon upplever att tre män kommer för att mörda hennes döttrar. Medicineringen ändras och man sänker Hibernal och sätter in Haldol, för att förbättra nattsömnen får hon Nitrazepam. Inlägges då hon bedöms befinna sig i ett svårt psykiskt tillstånd vilket bekräftas av att hon gör ett allvarligt försök att hänga sig i sin tröja, upptäcks dock i tid och lugnas ned med 20mg Stesolid intravenöst.

Patienten vårdades sammanlagt 145 dagar. Har nu fått uppehållstillstånd.

Kommentar: Patienten har en typisk anamnes för utveckling av PTSD där hela familjen utsatts för svåra händelser då nära anhöriga dödats inför deras ögon och kvinnorna troligen blivit våldtagna. Troligtvis har patienten haft svårt att berätta om sin våldtäkt för sin make vilket försvårat läkningsprocessen. Till följd av hennes uttalade ångest har hon fått ECT-behandling vilket verkar ha haft en gynnsam effekt på tillståndet.

## 2. Enkät till huvudmännen

En enkät, bilaga 2, sändes till samtliga 21 huvudmän. Av dessa har 18 sjukvårdshuvudmän besvarat enkäten. I det följande redovisas en sammanfattning av inkomna svar. En tabellsammanställning av svaren finns i bilaga 3.

*2.1 Vilka former för samverkan finns mellan landstingets psykiatriska verksamhet och primärvården vid omhändertagande av asylsökande? Finns ett organiserat samarbete?*

De flesta landsting saknar ett organiserat landstingsövergripande samarbete mellan primärvård och vuxenpsykiatri. I vissa landsting redovisas att delar av landstinget har ett samarbete, se tabell 3:1. Några landsting har inrättat ett flyktingmedicinskt centrum eller motsvarande från vilket samordningen av vården ofta sker.

*2.2 Finns vårdprogram eller i övrigt fastställda mål i landstinget för omhändertagande av asylsökande?*

De flesta landsting saknar ett landstingsövergripande vårdprogram eller i övrigt fastställda mål för omhändertagande av asylsökande, se tabell 3:2.

Socialstyrelsen har tillsammans med Landstingsförbundet vid ett flertal tillfällen pekat på betydelsen av att huvudmännen utvecklar ett policy- eller målprogram för omhändertagandet av asylsökande. Under år 2003 arrangerades ett antal möten runt om i landet där Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) och Migrationsverket gemensamt föreläste om olika aspekter på omhändertagande av asylsökande. Viktiga komponenter i ett sådant program kan vara personalens kompetensutveckling, ansvarsförhållanden, tillgänglighetsmål, medicinska resultatmål men även tillgängliga resurser såsom budget för verksamheten. Huvudmännen har i dessa sammanhang också uppmärksammats på behovet av FoU.

*2.3 Finns någon utsedd samordnare eller i övrigt någon som ansvarar för utformningen av vård till asylsökande?*

Samordnare har rapporterats från 10 av 21 landsting. Samordnarens roll skiftar något mellan landstingen. I de landsting där man har samordnare är rollen huvudsakligen avgränsad till en rent administrativ samordning (t.ex. fördelning av resurser). Utarbetande av landstingsövergripande vårdprogram tillhör undantagen, se tabell 3:3.

*2.4 Sker någon uppföljning av vården till asylsökande utöver de uppgifter som insamlas av Landstingsförbundet? (Om så sker, bifoga rapport).*

Uppföljning utöver den uppgiftsinsamling som sker av landstingsförbundet har endast rapporterats från tre landsting, se tabell 3:4.

*2.5 Finns det någon person med särskilt ansvar för uppföljning av vård åt asylsökande?*

En medarbetare med särskilt ansvar för uppföljning har rapporterats från 5 av 21 landsting, se tabell 3:5.



*2.6 Har det under den senaste femårsperioden skett några förändringar i läkarbemanningen inom landstingets psykiatriska verksamhet?*

*Hur många läkarvakanser finns det inom landstingets psykiatriska verksamhet?*

Flera landsting rapporterar vakanser vad gäller psykiatriker. Socialstyrelsen har valt avgränsa redovisningen till uppgifter om faktisk läkarbemanning från Socialstyrelsens nationella planeringsstöd, se tabell 3:6.

*2.7 Vilka utbildningsinsatser för personal har landstinget gjort när det gäller omhändertagande av asylsökande?*

Flertalet huvudmän, 14 av 21, redovisar någon form av utbildningsaktivitet. De redovisade utbildningsinsatserna har för flertalet landsting karaktären av engångs- eller tillfälliga insatser, se tabell 3:7. Sannolikt sker utöver vad som redovisats i enkäten viss utbildning på lokal nivå. Ett landsting som redovisar ett ambitiöst utbildningsprogram är Värmland, där ett utbildningsprogram med följande kursutbud erbjuds:

- Konsultation asylsökande och gömda flyktingar
- Möte med asylsökande för socialarbetare och frivilliga
- Flyktingskap, hälsa och vård
- Flyktingbarn
- Att arbeta med tolk
- Flyktingbarn och integration
- Primärvårdens uppdrag i omhändertagandet
- Psykiatrins uppdrag i omhändertagandet
- Livsåskådning hos flyktingar och asylsökande

# Diskussion

## 1 Journalstudie

### **Vårdtider**

Utnyttjandet av slutna psykiatrisk vård är mindre i Norrbotten än i de övriga studerade länen. Den öppenvårdsverksamhet som bedrivs i Norrbotten har med all sannolikhet haft en återhållande effekt på vårdutnyttjandet inom den slutna psykiatrin där.

### **Indikationer för vård**

Samtliga patienter har haft allvarliga diagnoser t.ex. psykos med vanföreställningar eller allvarlig depression med eller utan självmordsbenägenhet. Socialstyrelsen gör den bedömningen att samtliga intagningar varit föranledda av akut vårdbehov och att vården inte kunnat anstå.

### *Vård av andra skäl än medicinska*

Det har ibland framförts farhågor om att patienter sökt sig till psykiatrin för att förbättra sina möjligheter att få uppehållstillstånd. I det material som legat till grund för denna studie har inte ett enda fall påträffats där den vård som givits inte varit medicinskt dokumenterad och befogad. I den studie som gjordes år 2000 belystes även då denna fråga och inte heller den gången fann Socialstyrelsen något stöd för denna misstanke.

### **Intyg**

Vid samtliga kliniker påtalades intyg av olika slag till asylsökande som en krävande arbetsuppgift. Samtidigt föreföll det också att finnas många oklarheter om landstingets skyldigheter på denna punkt. Återkommande frågor är t.ex. frågan om patientavgift för intyget, samt frågan om hur långtgående bedömningar som man har skyldighet att göra. Den som utfärdar intyg om någons hälsotillstånd skall utforma det med noggrannhet och omsorg. I patientjournalagen (1985:562) finns särskilda regler om bl.a. innehåll och utformning av patientjournaler och skyldigheten att utfärda intyg.

Kravet om att utfärda intyg inskränker sig till att intyga faktiska omständigheter vid ett vårdtillfälle t.ex. vårdande klinik, datum etc. Att i intygen göra *bedömningar* ingår inte i skyldigheten enligt patientjournalagen. Patientavgift för intyg bestäms av huvudmannen. Det finns ingen skyldighet att utfärda intyg gratis.

Socialstyrelsen gör den bedömningen att när det gäller intyg till asylsökande kan det finnas anledning för huvudmannen att överväga särskilda insatser för kompetensutveckling.

### *Avslag på ansökan om uppehållstillstånd*

Totalt hade 27 av 45 patienter fått avslag på ansökan om uppehållstillstånd före eller omedelbart före och i anslutning till det aktuella vårdtillfället. Avslag på ansökan om uppehåll bidrar ofta till att fördjupa depressioner men kan också utlösa psykotiska reaktioner. Patientens behov av psykiatrisk specialistvård kan ofta vara svårt att bedöma i denna situation.

### **Kostnadsredovisning**

Ett stöd för redovisningen av de asylsökande kan vara om huvudmännen särredovisar kostnader för gruppen asylsökande. Tvångsvård kräver ofta större resursinsatser (läkarinsatser i form av tid, representation vid utskrivningsnämnder, tolkservice etc.) än vid frivillig vård. Andra särskilda kostnader hänförliga till gruppen asylsökande kan vara kostnader för särskilda öppenvårdsteam.

## 2 Enkät

### **Samverkan**

Möjligheterna till samverkan mellan psykiatri och primärvård har inte till fullo utnyttjats vid omhändertagande av asylsökande. Flera landsting redovisar t.ex. att sådan samverkan inte finns. Socialstyrelsen vill här peka på möjligheterna av att utveckla detta samarbete. Effekterna av ett sådant samarbete skulle t.ex. kunna vara en minskad belastning på den psykiatriska verksamheten. I några landsting har man inrättat flyktingmottagningar eller motsvarande. Möjligen skulle rollen för dessa enheter kunna utvecklas vad gäller att tydliggöra ansvaret för en landstingsövergripande samverkan mellan vårdenheterna.

### **Mål för verksamheten - policydokument**

Det förhållandet att endast ett fåtal landsting har utarbetat landstingsövergripande mål eller vårdprogram antyder en utvecklingspotential. Värdet av formulerade mål/vårdprogram kan t.ex. vara ett tydliggörande av ansvarsförhållanden vad gäller omhändertagande och uppföljning av verksamheten. Socialstyrelsen ser det som angeläget att huvudmännen klargör medicinska och psykosociala mål. Möjligheten av att i ett sådant vårdprogram också klargöra fortbildningsprogram för personalen bör övervägas. Tillgängliga resurser som t.ex. budget för verksamheten kan också vara en värdefull komponent i ett sådant program. Tillgänglig budget kan vara av särskilt intresse för verksamhetsplaneringen då dessa patienter ersätts i särskild ordning av staten. Flera kliniker har också uttryckt att man skulle se det som en fördel i verksamhetsplaneringen om den ersättning som staten ger till landstingen på ett tydligare sätt kom klinikerna tillgodo.

### **Samordnare**

I många landsting finns inte någon speciell samordnare av vården till asylsökande. En sådan samordnare skulle kunna ta ansvar för att utveckla ett

program enligt ovan och skulle också kunna ta ansvar för att landstingsövergripande utbildningsprogram skapades. I ett landsting har man skapat ett "Transkulturellt centrum" något landsting har tillskapat ett "Flyktingmedicinskt centrum". Sådana strukturer skulle möjligen kunna ges ett samordningsansvar för verksamheten. Hur det operativa ansvaret utformas bör dock lösas inom varje landsting. Mot bakgrund av att så få asylsökande, 37 procent år 2002, genomgick hälsoundersökning/hälsokontroll bör ett samlat ansvar i landstinget för hälso- och sjukvård till asylsökande övervägas.

### **Typ av data som samlas in**

De uppgifter som samlas in om omhändertagandet av asylsökande är huvudsakligen avgränsat till antalsuppgifter (antal besök, antal inläggningar). Informationsvärdet av dessa uppgifter är ganska lågt då de inte på något sätt belyser innehåll eller vårdtyngd i den givna vården. Viktiga frågor som t.ex. om vården till asylsökande skiljer sig på något avgörande vis från annan vård blir därvid obesvarade. Denna avsaknad av information kan i sin tur få betydelse för de bedömningar som ligger till grund för ersättningsfrågor.

Socialstyrelsen gör den bedömningen att det skulle vara värdefullt om huvudmännen utsåg en person med särskilt ansvar för uppföljning av vård åt asylsökande. Värdet av detta skulle vara ökade möjligheter till jämförbarhet och en utveckling till att samla in uppgifter med högre informationsvärde. Det sista bör vara värdefullt inte minst för landstingets egen planering. Den låga andelen av patienter som erbjuds hälsokontroller (37 procent år 2002) antyder att ambitionsnivån kan höjas. Screening av asylsökande bör t.ex. övervägas. Socialstyrelsen vill i sammanhanget peka på den forskning på området som bedrivits vid Karolinska Institutet och Institutet för Psykosocial Medicin.

All vård och behandling skall vara föremål för ett kvalitetsuppföljningssystem. För vården av asylsökande är detta speciellt viktigt då verksamheten ersätts med särskilda medel. En tillfredsställande målstyrning bör t.ex. kunna ge svar på följande frågor:

- *Hur mycket resurser tar verksamheten i anspråk?*
- *Vilka enheter deltar i vården av asylsökande?*
- *Har personalen erforderlig kompetens?*
- *Vilket stöd får de enheter som ger vård till asylsökande av huvudmännen?*
- *Genomförs hälsosamtal i önskad utsträckning?*
- *Uppnås avsedda medicinska effekter med vården?*

För att målstyrningen skall fungera bör den också vara föremål för fortlopande metodutveckling.

### **Fortbildning**

Flera landsting rapporterar att man inte utarbetat något landstingsövergripande samordnat utbildningsprogram. Socialstyrelsen ser det som angelä-

get att landstingen uppmärksammar detta i den fortsatta planeringen. Möjligheten till samverkan mellan flera landsting bör därvid beaktas. Sådan samverkan kan ske regionalt men möjligheten till videokonferenser bör också övervägas. Fortbildningen bör också ses som ett led i personalförsörjningen på längre sikt. I de intervjuer som genomförts har flera berört t.ex. problemen med intyg av olika slag till asylsökande. Landstingen förhåller sig mycket olika på denna punkt. Det gäller t.ex. taxa för intyg, vad som skall ingå i intyg o.s.v. En annan återkommande fråga är hur man avgränsar begreppet ”akut vård eller vård som inte kan anstå”. Dessa frågor kan illustrera behovet av att den personal som arbetar med hälso- och sjukvård till asylsökande ges möjlighet att träffas och gemensamt utarbeta en samsyn. Behovet av att vårdgivaren har egen kulturell kompetens bör inte underskattas och Socialstyrelsen ser det som naturligt att detta kommer till uttryck i löpande utbildningsprogram. Generellt bör huvudmännen beakta inte bara utbildning utan även frågan om kompetensutveckling inom området. I gruppen asylsökande finns risk för att individer kan bli avsevärda sjukvårdskonsumenter. I det perspektivet kan det finnas starka skäl för att huvudmannen prioriterar kompetensutveckling bland den personal som ger den tidiga kontakten med hälso- och sjukvården.

### 3 Målstyrning

#### *Ledarskap*

I en målstyrd organisation brukar ledarskapet anses som en viktig komponent. Det är ledaren som formulerar målen och ledaren som ställer kraven på uppföljning. Av detta följer att tydliga ansvarsförhållanden råder och att åtagandet är klargjort. I vården till de asylsökande finns en rad gränsområden där man kan behöva klargöra vem som har ansvar för vad.

#### *Delegering*

I hälso- och sjukvården förekommer att hälso- och sjukvårdspersonal delegerar yrkesuppgifter eller ger anvisningar. Annan personal - t.ex. hemtjänstpersonal - som påtar sig sådana uppgifter kan i samband med detta komma att omfattas av hälso- och sjukvårdens regelverk om ansvar prövas. Delegeringar och anvisningar skall därför vara personliga, tidsbegränsade och den som delegerar/anvisar arbetsuppgift skall förvissa sig om att mottagaren förstått och kan klara av uppgiften.

#### *Åtagande*

Grundåtagandet enligt *Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763* är landstingets skyldighet att förmedla akut vård till alla som vistas i landstingsområdet. Vad som är akut vård väcker ofta frågor. Det ankommer på behandlande vårdpersonal att avgöra i det enskilda fallet. Verksamhetschefen har en viktig roll att klargöra avgränsningar i verksamheten t.ex. genom direktiv, utbildning eller på annat sätt. Generellt kan man säga att om patienten skulle komma till skada eller tillståndet förvärras om vården uteblir vid det aktuella tillfället så står detta i strid med gällande regelverk. Det kan ju då tyckas

som en enkel lösning att inte göra någon avgränsning utan att ge den vård som efterfrågas. Problemet kan då bli att man tvingas fördela så mycket resurser att behov hos andra patientgrupper kan eftersättas.

Ett särskilt problem kan vara medicinska utredningar på patienter som är asylsökande. Hur mycket ska man utreda? Även här gäller att åtagandet är avgränsat till omedelbar vård och vård som inte kan anstå. Innebörden av detta är att utredningar av långvariga ohälsotillstånd där ingen förändring skett bör man avvakta med. Sådant ohälsotillstånd kan t.ex. vara flerårig känd gråstarr. En fråga som ibland kommer upp är om asylsökande skall omhändertas efter andra etiska principer än de som bor i landet. Svaret på denna fråga är självfallet nej. Grundprincipen för alla patienter är att man aldrig skall vidta någon undersökning/ta prover om utfallet är betydelseöst för det fortsatta omhändertagandet. För de asylsökande gäller att den enda säkert överblickbara behandlingstiden är den fram till att den asylsökandes ansökan om att få stanna i Sverige prövas. För närvarande ligger medeltiden för att pröva en ansökan på ca 11½ månad. Om ansökan inte beviljas kommer individen att avvisas. Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara medvetna om att ge information om ohälsotillstånd som inte kan åtgärdas i Sverige kan vara problematiskt.

#### *Upphandlad verksamhet*

I överenskommelsen mellan staten och landstingen för de asylsökande sägs att landstinget har att tillhandahålla omedelbar vård och vård som inte kan anstå. Åtagandet gäller alltså *landstinget/huvudmannen*. I en upphandlad verksamhet ligger ansvaret kvar på *landstinget/huvudmannen* om inte annat överenskommit i kontrakt/avtal. *Landstinget/huvudmannen* får via sitt eget avtal med staten ersättning för vården av asylsökande. Vill man att en privat entreprenör skall ansvara för vården till asylsökande bör detta särskilt avtalsas då vården till de asylsökande inte ingår i landstingets skyldigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen.

#### *Lämna ut uppgifter*

Vård av asylsökande omfattas av samma sekretess som övriga patienter i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal får i princip inte lämna ut uppgifter om patienter till Migrationsverket eller annan verksamhet. Undantag från denna regel finns dock. En sådan situation är när en asylsökande fått avslag och ett lagakraftvunnet beslut om avvisning finns. Om polisen i samband med verkställandet av sådant beslut efterfrågar om individen finns på mottagningen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldig att ge polisen upplysning om detta *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet i hälso- och sjukvården 2 kap 11 §*.

#### *Intyg*

Intyg kan många gånger ta stora resurser i anspråk i samband med omhändertagandet av asylsökande. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att utfärda intyg på begäran av patienter *Patientjournalagen (1985:562)*. Någon skyldighet att utfärda intyg gratis föreligger dock inte. Generellt gäller att landstinget beslutar om de avgifter som tillämpas. Det finns inga lagliga

begränsningar i landstingens möjlighet att besluta om dessa intyg. Vissa men inte alla landsting tillämpar idag en taxa som varierar mellan ca 400 kronor till 2 000 kronor per intyg. I sammanhanget bör dock påpekas att några andra avgifter än de som landstinget beslutat om inte får förekomma. Skulle läkare skriva intyg på sin fritid står det denne fritt att ta skäligt betalt.

En oklarhet som ibland uppstår kring intygsskyldigheten är vad som skall intygas. Patienter kan efterfråga intyg för vilken företeelse som helst. Om patientens efterfrågan står i strid med vad som medicinskt kan styrkas bör man i första hand muntligt diskutera detta med patienten och föreslå att inte skriva det begärda intyget. Det ankommer på hälso- och sjukvårdspersonal att iaktta saklighet och opartiskhet vid utfärdande av intyg. Insisterar patienten på ett intyg att t.ex. användas för bostadsanpassning och intygsskrivaren bedömer att medicinska skäl för detta saknas skall detta framgå av intyget.

En särskild situation som ibland aktualiseras i intygssammanhang i samband med asylsökande är då den asylsökande fått ett lagakraftvunnet avvisningsbeslut. Hälso- och sjukvården får då ofta begäran om intyg om patientens sjukdom. I denna situation skall intyget i första hand besvara frågan om den som avvisningsbeslutet gäller klarar resan med avseende på vederbörandes hälsa. Det förhållandet att allvarlig sjukdom kan föreligga är något som hemlandets myndigheter förväntas ta ansvar för. Om hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att vård inte ges i hemlandet eller inte ges med samma kvalitet som i Sverige ligger i princip utanför den information som skall framgå av intyg i denna situation.

### *Gömda flyktingar*

Gömda flyktingar kan i vissa fall erbjuda särskilda problem. Generellt gäller för dessa individer att om det rör barn så gäller FN:s barnkonvention. Innebörden av denna är att flyktingbarn skall ha samma hälso- och sjukvård som övriga boende i landstingets betjäningssområde. För vuxna gäller att landstingets skyldighet att ge hälso- och sjukvård är avgränsad till att ge akut vård.

Fråga uppkommer ibland om journalföring av gömda individer. För hälso- och sjukvårdspersonalen gäller en generell skyldighet att föra journal på alla patienter. Journalen måste kunna härledas till den enskilde patienten. Journalföringskravet har i vissa fall uppfattats som ett problem av patienterna och avhållit dessa från att söka. Några undantag från denna bestämmelse finns dock ej. Ett annat problem kan vara patientavgifter. Landstinget har skyldighet att ge viss vård (t.ex. akut vård). För den som illegalt uppehåller sig i landet gäller i princip samma taxa som om vederbörande befinner sig här som turist.

# Slutsatser

## Bemanning

- Det totala antalet psykiatriker kommer att öka under de närmaste åren

## 1 Journalstudie

Studien pekar på följande:

- Patienterna vårdats på befogade medicinska indikationer i samtliga fall. Var fjärde patient har blivit föremål för tvångsvård och flertalet (41 av 45) har vårdats upprepade gånger inom den slutna psykiatriska vården.
- Det förhållandet att endast 37 procent av de asylsökande genomgått hälsoundersökning/hälsokontroll väcker frågan om de vårdbehov som kan finnas i gruppen verkligen tillgodoses.
- Vård till de asylsökande medför särskilda problem som vårdgivaren måste hantera. Dessa problem kan t.ex. gälla krigsförbrytare, överbeläggningar och intygsproblematik.
- En väl utbyggd öppenvård minskar behovet av slutenvård.

## 2 Enkät

Studien har visat på flera möjligheter till utveckling och förändring vad gäller att ge psykiatrisk vård till vuxna asylsökande. Bland dessa möjligheter märks behovet av:

- Att utveckla en förbättrad samverkan mellan psykiatri och primärvård.
- Tydligare mål och vårdprogram. Punkter som därvid kan vara av intresse är utbildningsprogram och budget.
- Att tydliggöra ansvaret för samordning mellan olika aktörer inom landstingsområdet.
- Att utveckla uppföljningen i riktning mot att ge ett högre informationsvärde.
- Att tydliggöra ansvaret för uppföljningen.
- Att satsa mer resurser på fortbildning.



- Informationsvärdet av landstingens uppföljningar av vården till asylsökande kan utvecklas. Detta gäller t.ex. möjligheten att värdera de kostnader som landstingen redovisar.

# Referenser

1. Socialstyrelsens allmänna råd om läkarintyg i asylärenden m.m. SOSFS 1990:27 (M)  
[http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab\\_id=17967825&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfq&host\\_id=1&page\\_id=5103&query=Asyl&hiword=ASYL+](http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=17967825&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfq&host_id=1&page_id=5103&query=Asyl&hiword=ASYL+)
2. Socialstyrelsen, B Jordin. *Innehåll i och omfattning av den vård landstingen åtagit sig att ge till asylsökande m.fl.* Rapport av regeringsuppdrag  
<http://www.sos.se/FULLTEXT/0077-031/0077-031.pdf>
3. Landstingsförbundets statistik över hälso- och sjukvård till asylsökande 2002  
<http://www.lf.se/nyheter/download/030618%5Fasylsjukvard.xls>
4. Landstingsförbundet. *Överenskommelser och rekommendationer*  
<http://www.lf.se/hs/download/Asyl.pdf>
5. B Jordin. *Regelverk och praxis – hälso- och sjukvård åt asylsökande*, Socialmedicinsk tidskrift 1/2003. Vol 80. 67-73
6. B Jordin, E Hassler. *Asylsökande fick mer vård än avtalet kräver med undantag för hälsosamtal*. Läkartidningen. Nr 36. 2002. Vol 99. 3503-3507
7. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, ESO, *Kvalitets- och produktivitetens utvecklingen i sjukvården 1960-1992*, Ds 1994:22, Finansdepartementet



# Bilaga 1, Tabellbilaga journalstudier

Bilaga 1

Tabell 1:1.

Stockholm Löpnr/Journalnr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Födelseår</b>	60-talet	60-talet	60-talet	70-talet	60-talet	70-talet	60-talet	70-talet	70-talet		n
<b>Kön</b> K/M	M	M	K	K	K	M	K	M	M	M	4
<b>Tid i Sverige</b> antal månader	10	18	30	24	>24	12	24	12	36	60	
<b>Tidigare trauma</b> Tortyr, Misshandlad, våld, Våldtäkt, Exponerad (våld mot anhörig) "flyktingtrauma", kränkt, kris, trauma	M	T		E,F		T,S	M,V		0		M S
<b>Vårdtid</b> antal dagar i indexperioden	2	10	2	2	2	3	42	12	6	27	
<b>Vårdtid enligt</b> LPT/HSL/Övr	H	H	H	H	L	H	H	H	H	H	
<b>Vård preindex slutenv</b> antal ggr	0	0	2	0	0	0	0	5	0	1	
<b>Vård preindex</b> antal dagar	0	0	21	0	0	0	0	136	0	1	
<b>Vård postindex slutenv</b> antal ggr	3	1	0	2	1	2	0	2	3	7	
<b>Vård postindex</b> antal dagar		2	0	32	8	10	0	19	35	42	
<b>Avslag egen asylansökan</b> Nej eller tidpunkt		J	J	J,A				upphlst. Bev	J	J	A
<b>Avslag anhörigs asylansökan</b> Nej eller tidpunkt			J			0		0	0		
<b>Social situation</b> ensamstående / familj		G+B	F	G+B	G+Vux etB	E	G+B	familj mördad	NG m svenska	E	C
<b>Bostad</b> egen, hyr, inneboende släkt/ vänner, förläggning		E	E			I(släkt)	I(släkt)	E	E	I(vän)	
<b>Symtombild, betéende</b> psykotisk, blandsymtom, konfu paran, hall, depr, ånge, sömnstörning		S,P-	S	Å,K					sömnstör depr	sömnstör depr	S Å
<b>Suicidala symtom</b> inga, livsleda, tankar, planering, försök		T	FT	T	F,T,L		T	F	F	2F	
<b>PTSD, trauma, key symtoms</b>		A+ B? C- D+ E+ F+	0	0	trauma			trauma			

Bilaga 1 Tabell 1:1.

Stockholm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Löpnr/Journalnr</b>										
<b>Diagnos enligt journal</b>	F299 F329 F430 F431	F329 F432 Z600	F320 F329 F332	F329 F430 F432 Z600	F320 F431 Z600	F060 Z032	F322	F329 F431 F609 F989 S309 Z032	F321 F432 Z600	F320 F430 F431 F432 Z032
<b>Planering</b> Akutbehandling, psykofarmaka, AD-SSRI, Na, N, Bc, Övr		Öv Kista								

Tabell 1:1.

Stockholm Löpnr/Journalnr	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>Födelseår</b>	40-talet	50-talet	70-talet	70-talet	70-talet	60-talet	60-talet	60-talet	70-talet	70-talet
<b>Kön K/M</b>	M	M	M	M	K	K	K	M	K	K
<b>Tid i Sverige antal månader</b>	14		24	16	24	12		24	24	1
<b>Tidigare trauma</b> Tortyr, Misshandlad, våld, Våldtäkt, Exponerad (våld mot anhörig) "flyktingtrauma", kränkt, kris, trauma	0		T		V	T,V				K,S,M,V
<b>Vårdtid</b> antal dagar i indexperioden	2	4	2	2	2	2	5	1	2	3
<b>Vårdtid enligt LPT/HSL/Övr</b>	H	L	L	L	L	L	H	H	L	H
<b>Vård preindex slutenv</b> antal ggr	3	0	0	2	0	0	0	0	2	0
<b>Vård preindex</b> antal dagar	36	0	0	43	0	0	0	0	15	0
<b>Vård postindex slutenv</b> antal ggr	5	1	1	4	5	1	2	1	1	1
<b>Vård postindex</b> antal dagar	28	45	56	76	95	10	38	28	25	22
<b>Tidigare vårdad i psykiatri</b> Ja/Nej	J									
<b>Avslag egen asylansökan</b> Nej eller tidpunkt	J	J		J	J	J		sep 01		
<b>Avslag anhörigs asylansökan</b> Nej eller tidpunkt	N		0	0				0		
<b>Social situation</b> ensamstående / familj	F	G+2B	E	E	G+2B	G+2B	G+2B	E	G+2B	G
<b>Bostad</b> egen,hyr,inneboende släkt/vänner,förläggning	I		I(släkt)	I(S&V)	I(S)	I(S)		bor hos mamma	E	I
<b>Symtombild, beteende</b> psykotisk, blandsymtom, konfusion paranoida föreställningar, hall, depres- sion, ångest, sömnstörning	P	spänd		H,PA,PS Å			röster, konfu, paran			
<b>Suicidala symtom</b> inga, livsleda, tankar, planering, försök		F	F	suicidala impulser	T,P,F,L	T	Dödsöns- kan	T,P	F	I
		F	F	T	F	T	ONSKAN	P	F	I
<b>PTSD, trauma, key symtoms</b>			mardr, depr	0	mardr					
<b>Diagnos enligt journal</b>	T F299 F320 F430 F432	F432	F320 F322 F431	F299 R468 Z032	F329 F431 F440 Z032	F430 F432 T426	F322 F333 F449	F321 F329	F320 F322 F432 T393	F329 F431

tidigare  
sjuk i  
hem-  
landet

Bilaga 1

Tabell 1:2.

Norrbotten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Löpnr/Journalnr										
<b>Födelseår</b>	60-talet	70-talet	70-talet	70-talet	70-talet	80-talet	70-talet	60-talet	80-talet	70-talet
<b>Kön</b> K/M	K	M	M	K	M	M	M	M	M	K
<b>Tid i Sverige</b> antal månader	23		7	13	6	0	9	5	2	22
<b>Tidigare trauma</b> Tortyr, Misshandlad, våld, Våldtäkt, Exponerad (våld mot anhörig) "flyktingtrauma", kränkt, kris, trauma	M,R			M,V		T	T	kz,T		
<b>Vårdtid</b> antal dagar i indexperioden	4	29	7	7	3	48	2	7	15	6
<b>Vårdtid enligt</b> LPT/HSL/Övr	H	L	H	H	L	L	H	H	L	H
<b>Vård preindex slutenv</b> antal ggr	2	0	0	0	1	2	0	2	0	0
<b>Vård preindex</b> antal dagar	33	0	0	0	13	43	0	4	0	0
<b>Vård postindex slutenvård</b> antal ggr	1	2	1	0	1	0	1	1	2	8
<b>Vård postindex</b> antal dagar	7	13	15	0	3	0	52	2	25	49
<b>Tid i psyisk sjukdom</b> Ja/Nej								Depr, s- försök		
<b>Avslag egen asylansökan</b> Nej eller tidpunkt	20010504			okt 2002	aug 2001	20010525	20020404	okt 2002		20021205
<b>Avslag anhörigs asylansökan</b> Nej eller tidpunkt		0	0	samtidigt okt 2002	0					okt 2003
<b>Social situation</b> ensamstående / familj	G+3B	E?	E	G+3B	E	mor, far syster	G+1B	G+2B	Fru, inga barn	G+B+B
<b>Bostad</b> egen, hyr, inneboende släkt/vänner, förläggning	E		F senare E	F		E	E	E		E
<b>Symtombild, beteende</b> psykotisk, blandsymtom, konfusion paranoida föreställningar, hall, depression, ångest, sömnstörning	Hall, Konf,Par	D	D,Å,ss	Å	D,Å,ss		D,ss	D,Å,ss	Å,Par,Ha	D,Å,ss
<b>Suicidala symtom</b> inga, livsleda, tankar, planering, försök	T				F	inga	T	T,P	inga	T
<b>Suicidal skala redovisad i någon form</b> Ja, Nej, BH, BDI, BAI, SIS	2	4	2		5			2	1	2
<b>Aggressionsgrad</b> 1, 2, 3, 4, 5	ej aggr				se sid8 journal	ingen	se sid13 journal	se sid19 journal	hall ger aggr	ingen
<b>Diagnos enligt journal</b>	F432 F209	F332	F329	F438,F32 2	F432	F323	PTSD	F431		
	sjuk i hemland etnisk alban PUT dec 2002							avvikit efter utvisningsbeslut		bättre efter förloss- ning
total vårdtid	44	42	22	7	19	91	54	13	40	55

Tabell 1:3.

Eksjö Löpnr/Journalnr	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Födelseår</b>	50-talet	60-talet	60-talet	60-talet	40-talet	60-talet	50-talet	70-talet
<b>Kön</b> K/M	M	K	K	K	M	K	K	M
<b>Tid i Sverige</b> antal månader	17	36	6	84	13	24	13	72
<b>Tidigare trauma</b> Tortyr, Misshandlad, våld, Våldtäkt, Exponerad (våld mot anhörig) "flyktingtrauma", kränkt, kris, trauma		M						
<b>Vårdtid</b> antal dagar i indexperioden	39	7	15	28	5	6	43	20
<b>Vårdtid enligt</b> LPT/HSL/Övr	H	H	H	H	H	H	H	H
<b>Vård preindex</b> slutenv antal ggr	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Vård preindex</b> antal dagar	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Vård postindex</b> slutenv antal ggr	1	3	2	1	5	2	2	1
<b>Vård postindex</b> antal dagar	151	150	16	9	242	80	102	43
<b>Tid i psyksjd</b> Ja/Nej			N					
<b>Avslag egen asylansökan</b> Nej eller tidpunkt		2002111 1		J	jul2001	J		
<b>Avslag anhörigs asylansökan</b> Nej eller tidpunkt								
<b>Social situation</b> ensamstående / familj		G	G+3B			?+3B		
<b>Bostad</b> egen,hyr,inneboende släkt/vänner,förläggning				Förl				
<b>Symtombild, beteende</b> psykotisk, blandsymtom, konfusion paranoida föreställningar, hall, depression, ångest, sömnstörning							D,Å,ss	hall
<b>Suicidala symtom</b> inga, livsleda, tankar, planering, försök			L,T			L,T		
<b>Suicidal skala redovisad i någon form</b> Ja, Nej, BH, BDI, BAI, SIS								
<b>PTSD, trauma, key symtoms</b>								
<b>Diagnos enligt journal</b>	F322 F431 F321 G620	F321 F332 F333 F432 Z630	F321 F431 F432	F311 F321 F431 F607	F322 F323 F419 F431 F519	F320 F321 F431	F431 F620	F323 F332 F431
<b>Planering</b> Akutbehandling, psykofarmaka, AD-SSRI, Na, N, Bc, Övr								
<b>"Psykoterapi"</b> CBT, debriefing, annan spec beh edukativ information, stöd, etc								
<b>Samordningsfrågor specifikt belysta</b> Öpv, pv, soctjänst, övr, ej nämnda								
	GAF 50- 61	GAF 35- 40	GAF 40	GAF 45- 62	GAF 40	GAF 60- 61	GAF 30- 55	ingen GAF



Bilaga 1

Tabell 1:3.

EKSJÖ Löpnr/Journalnr	9	10	11	12	13	14	15	
<b>Födelseår</b>	70-talet	50-talet	50-talet	40-talet	70-talet	80-talet	60-talet	median:1963
<b>Kön</b> K/M	M	K	K	K	M	K	M	9K+6M
<b>Tid i Sverige</b> antal månader	29	6 +24AT	14 +84DE	11	15	12	11	Antal mån i Sverige före första journalanteckning
<b>Tidigare trauma</b> Tortyr, Misshandlad, våld, Våldtäkt, Exponerad (våld mot anhörig) "flyktingtrauma", kränkt, kris, trauma		E	T,V		kz,T	E		Misshandel, Tortyr, Förföljd Sexuella övergrepp, Kidnappad tRakasserad, kz=koncentrationsläger
<b>Intagningsdatum index</b> år, mån, dag	2002070 9	2002032 1	2002011 8	2001082 7	2002032 0	2002030 4	2002011 7	
<b>Utskriftsdatum index</b> år, mån, dag	2002072 2	2002041 2	2002022 7	2001083 1	2002051 5	2002031 5	2002011 8	
<b>Vårdtid</b> antal dagar i indexperioden	14	23	41	5	57	12	2	15 vs 21.1333333333333
<b>Vårdtid enligt</b> LPT/HSL/Övr	H	H	H	H	H	H	H	
<b>Vård preindex slutenv</b> antal ggr	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Vård preindex</b> antal dagar	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Vård postindex slutenv</b> antal ggr	2	1	0	1	3	1	0	
<b>Vård postindex</b> antal dagar	11	44	0	1	86	8	0	
<b>Tid i psyksjd</b> Ja/Nej			N	CVI i heml -99	J			J, yxa i huvudet
<b>Avslag egen asylansökan</b> Nej eller tidpunkt		jun03	2001120 3	2001081 6	mar2002		J	
<b>Avslag anhörigs asylansökan</b> Nej eller tidpunkt		samtidgt						
<b>Social situation</b> ensamstående / familj	G+2B	G+1B+1V B	G+2B+2V B +1FB	Å+3B+2F B	G+B	mor+far +syskon	G+2B	Gift, Barn, Familj, NyGift, Änka VB=vuxet barn, FB=försvunnet b.
<b>Bostad</b> egen, hyr, inneboende släkt/vänner, förläggning		E	Förläggn		Förläggn sedan eget			
<b>Symtombild, beteende</b> psykotisk, blandsymtom, konfusion paranoida föreställningar, hall, depression, ång- est, sömnrörning		D, Å, ss röster hall	hall röster	röster hall	hall Å	mar-dr	röster	S suicidtankar, P- nästan PTSD Ångest, Kris, Depr
<b>Suicidala symtom</b> inga, livsleda, tankar, planering, försök		T, P	T, F	T, F	T, F	T	T, F	
<b>Suicidal skala redovisad i någon form</b> Ja, Nej, BH, BDI, BAI, SIS		relativt hög						
<b>PTSD, trauma, key symptoms</b>								
<b>Diagnos enligt journal</b>	F431 F619	F321 F431	F238 F239 F431	F321 F430 F432	F200 F299 F431	F321 F322 F431		F066 F323 F431
<b>Planering</b> Akutbehandling, psykofarmaka, AD-SSRI, Na, N, Bc, Övr								
<b>"Psykoterapi"</b> CBT, debriefing, annan spec beh edukativ information, stöd, etc								
<b>Samordningsfrågor specifikt belysta</b> Öpv, pv, soctjänst, övr, ej nämnda								
	ingen GAF	GAF 25- 70 Rom	GAF 30- 70 Romer	GAF 62- 70 kristen	GAF 20- 60 PUT okt02 hust- ru=SSK analfabet	GAF 50- 55 muslim	GAF101( ?) inhib mar02 put feb03	

# Bilaga 2, Enkät Vård åt asylsökande

## Bakgrund

Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att göra en uppföljning av psykiatrisk vård åt vuxna asylsökande (UD2003/48645/MAP). Uppföljningen är ett led i överenskommelsen om landstingens åtagande och statens ersättning för hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. Studien tar alltså inte sin grund i Socialstyrelsens tillsynsuppdrag utan denna studie syftar till att ge ett underlag för de kommande överenskommelserna mellan staten och Landstingsförbundet.

Det nu aktuella regeringsuppdraget innefattar tre komponenter:

1. Journalstudie
2. Enkät till samtliga huvudmän
3. Intervjuer

Journalstudien kommer att genomföras i Stockholm, Jönköping/Eksjö och Norrbotten/Sunderbyn. Att dessa län valts beror på att skillnader finns i omhändertagandet som Socialstyrelsen bedömer kan vara av intresse enligt ovan att belysa. Verksamhetscheferna vid de studerade klinikerna kommer också att intervjuas.

Detta dokument utgör enkät delen av uppdraget. Socialstyrelsen emotser svar på omstående frågor senast 10 november 2003.

**Enkät**

1. Vilka former för samverkan finns mellan landstingets psykiatriska verksamhet och primärvården vid omhändertagande av asylsökande?
  - Finns ett organiserat samarbete?
  
2. Finns vårdprogram eller i övrigt fastställda mål i landstinget för omhändertagande av asylsökande?
  - Finns någon utsedd samordnare eller i övrigt någon som ansvarar för utformningen av vård till asylsökande?
  - Sker någon uppföljning av vården till asylsökande utöver de uppgifter som insamlas av landstingsförbundet? (Om så sker, bifoga rapport).
  - Finns det någon person med särskilt ansvar för uppföljning av vård åt asylsökande?
  
3. Har det under den senaste femårsperioden skett några förändringar i läkarbemanningen inom landstingets psykiatriska verksamhet?
  - Hur många läkarvakanser finns det inom landstingets psykiatriska verksamhet?
  
4. Vilka utbildningsinsatser för personal har landstinget gjort när det gäller omhändertagande av asylsökande?

För ytterligare information var vänlig kontakta undertecknad.

Bo Jordin

Bilaga: Sändlista

Sändlista  
Kontaktpersoner asylsjukvård

Bilaga 2

Aina Wigren	aina.wigren@lg.se
Astrid Classon	astrid.clason.us@vll.se
Bengt Andersson	bengta@ltkalmars.se
Britt-Marie Nordin	nordin.brittmarie@telia.com
Christian Foster	christian.foster@bkv.sll.se
Cecilia Andreasson	cecilia.andreasson@ltvastmanland.se
'Erik. Satterstrom (E-post)	erik.satterstrom@ltkronoberg.se
Fredrik Persson	fredrik.persson@hsn.sll.se
Gunilla Skoog	gunilla.skoog@ltblekinge.se
Gunnel Åkesson	gunnel.akesson@orebroll.se
Ingrid kvist	ingrid.kvist@lthalland.se
Jan Harald	jan.harald@ltdalarna.se
Jennie Karlsson	jennie.karlsson@nll.se
Karin Stenkvist	karin.stenkvist@vgregion.se
Lars Palm	lars.palm.@adm.uas.lul.se
Lena C Persson	lena.c.persson@skane.se
'Lennart. Schilling (E-post)	lennart.schilling@lio.se
'Lisa. Lofgren (E-post)	lisa.lofgren@vuf.gotland.se
'Marianne. Persson (E-post)	marianne.persson@ltjkpg.se
Mona Höglund	mona.hoglund@jll.se
Sirpa Hindebo	sirpa.hindebo@vgregion.se
Stefan Gudasic	stefan.gudasic@hsn.sll.se
Stefan Jutterdal	stefanj@ltkalmars.se
'Ylva. Berger (E-post)	ylva.berger@lthalland.se
Ylvali Westerberg	ylvali.westerberg@mse.dll.se
Zandra Granfeldt	zandra.granfeldt@liv.se



# Bilaga 3, Enkät svar Tabeller

Tabell 3:1. Samverkan mellan psykiatri och primärvård

Landsting	Finns	Finns ej
Stockholm		x
Uppsala	Regelbundna träffar med resp. ledning + konsultativt samarbete	
Sörmland		Samverkan mellan primärvård och psykiatrisk vård sker enligt samma förfaringssätt för asylsökande som för övriga boende inom landstinget
Ostergötland		
Jönköping	Förslag till riktlinjer	
Kronoberg		
Kalmar		x
Blekinge	Olika i olika delar	
Skåne		x
Halland	x	
Västragötaland		
Värmland	x	
Örebro (3 svar från olika enheter)	Gemensam kansliorganisation samverkan i södra länsdelen	
Västmanland		Vi arbetar f n med att ta fram en projektplan
Dalarna		x
Gävleborg		x
Västernorrland	Flyktinghälsovården och den psykiatriska kliniken Flyktingteam har ett samarbete där vi också försöker träffas. Vårdplaneringar vid ineliggande asylsökande	
Jämtland	Vid Bräcke HC har en särskild enhet inrättats, Flyktinghälsovården i Bräcke	
Västerbotten	Ja det finns ett organiserat samarbete på gängse sätt det vill säga via remisser och informella kontakter	
Norrbottn	I flera delar av landstinget	
Gotland		

Tabell 3:2. Vårdprogram eller i övrigt fastställda mål

Landsting	Finns	Finns ej
Stockholm	x	
Uppsala		x
Sörmland		Speciellt vårdprogram för psykiatri finns inte
Östergötland		
Jönköping	Fördelning mellan de tre klinikerna	x
Kronoberg		
Kalmar		x
Blekinge		x
Skåne		x
Halland		x
Västragötaland		Kommer 2004
Värmland	x	
Orebro (3 svar från olika enheter)		x
Västmanland		utarbetas f n
Dalarna		x
Gävleborg	samverkan mellan Beställarkontoret /ledningskontoret och verksamheterna.	
Västernorrland	Vårdprogram finns Landstingets samordnare finns inom Flyktinghälsovårdens verksamhet. Någon egentlig uppföljning finns inte förutom det som framkommer i enkäten och verksamhetsplanen	
Jämtland		x
Västerbotten		x
Norrbotten		Inga mål som är officiella och gemensamma för hela verksamheten

Tabell 3:3. utsedd samordnare

Landsting	Finns	Finns ej
Stockholm	x	
Uppsala		x
Sörmland		x
Östergötland		
Jönköping	ej ansvar för utformning av vård	x
Kronoberg		
Kalmar		x
Blekinge		x
Skåne		x
Halland	x	
Västragötaland		x
Värmland	x	
Orebro (3 svar från olika enheter)	x	
Västmanland	x	
Dalarna		x
Gävleborg	i samverkan mellan Beställarkontoret /ledningskontoret och verksamheterna.	
Västernorrland	Landstingets samordnare finns inom Flyktinghälsovårdens verksamhet	
Jämtland	x	
Västerbotten		ingen som centralt i landstinget ansvarar för utformningen av vård till asylsökande utöver berörd profession
Norrbottnen	en flyktingsamordnare som arbetar på del av tid ca 30-40%.	
Gotland		



## Bilaga 3

Tabell 3:4. Uppföljning av vården till asylsökande utöver de uppgifter som insamlas av landstingsförbundet.

Landsting	Finns	Finns ej
Stockholm		x
Uppsala		Vi försöker göra månadsvis uppföljning av kostnaderna för asylvård. Då den ålagda adm hanteringen via regelverk är hopplöst tungrodd, är det svårt att få någon exakt bild av "nuläget" ex är UD:s hantering av överklagningar alldeles för långsam
Sörmland		x
Ostergötland		
Jönköping	ersättning	x
Kronoberg		
Kalmar		x
Blekinge		x
Skåne		x
Halland		planeras
Västragötaland		x
Värmland	x	
Örebro (3 svar från olika enheter)		I samtal
Västmanland		x
Dalarna		x
Gävleborg		kostnader/-konsumtion, men ingen uppföljning av vårdens innehåll
Västernorrland		Någon egentlig uppföljning finns inte förutom det som framkommer i enkäten och verksamhetsplanen
Jämtland		x
Västerbotten		x
Norrbotten	Vi följer även eventuella uteblivna hälsokontroller	
Gotland		

Tabell 3:5. Person med särskilt ansvar för uppföljning av vård åt asylsökande

Landsting	Finns	Finns ej
Stockholm		x
Uppsala	Ja för ekonomi, men värden görs ingen ssk uppföljning av, utan den styrs helt av det vi är ålagda av staten att göra	
Sörmland		x
Ostergötland		
Jönköping		x
Kronoberg		
Kalmar		x
Blekinge		x
Skåne		x
Halland	x	
Västragötaland		x
Värmland	x	
Orebro (3 svar från olika enheter)		x
Västmanland		
Dalarna		x
Gävleborg	x	
Västernorrland		
Jämtland		x
Västerbotten		x
Norrbottn	x	
Gotland		

Tabell 3:6. Läkarvakanser finns det inom landstingets psykiatriska verksamhet

Landsting	Socialstyrelsen	
	Antal psykiatriker sysselsatta inom hälso- och sjukvården, nov 2001.	
	Antal	Antal per 1000 invånare
Stockholm	454	0,25
Uppsala	60	0,20
Sörmland	33	0,13
Östergötland	34	0,08
Jönköping	27	0,08
Kronoberg	26	0,15
Kalmar	23	0,10
Blekinge	7	0,12
Skåne	13	0,09
Halland	211	0,19
Västragötaland	28	0,10
Värmland	226	0,15
Orebro (3 svar från olika enheter)	25	0,09
Västmanland	32	0,12
Dalarna	27	0,10
Gävleborg	35	0,13
Västernorrland	27	0,10
Jämtland	21	0,09
Västerbotten	10	0,08
Norrbottn	30	0,12
Gotland	17	0,07
<b>Summa rapporterade vakanser</b>		
<b>Summa psykiatriker</b>	<b>1 366</b>	<b>0,15</b>

Tabell 3:7. Utbildningsinsatser

Landsting	Finns	Finns ej
Stockholm	Transkulturellt centrum med uppgift att ge fortbildning	
Uppsala	A. ETP (enheten för transkulturell psykiatri) har ordnat utbildningar 1 - 2 gånger / år i form av seminarier och föreläsningar till personalen. Exempel: ETP ordnade ett seminarium för ett knappt år sedan med rubriken Sjukvård åt asylsökande" med både egna och externa föreläsare, bland de sista, generaldirektören för Utlänningsnämnden Göran Håkansson och utlänningsnämndsråd Allan Grönvald samt öl Bengt-Erik Ginsburg, barnläkare, tidigare föredragande läkare i flyktingfrågor vid Socialstyrelsen	.
Sörmland	Föreläsningar av personal från Flyktingmedicinskt centrum. Representanter från Migrationsverket har deltagit vid olika personalmöten. Föreläsningar på temat "Kultur och migration, rekonstruktion av individ och familjestruktur".	
Östergötland		
Jönköping	4 ggr 3 timmar	
Kronoberg		
Kalmar		x
Blekinge		Inget strukturerat Studiebesök vid traumacentrum i Köpenhamn, studiebesök i Kosovo
Skåne		x
Halland	Det förekommer utbildningsinsatser lokalt inom verksamheten. Den nybildade flyktinggruppen har i uppdrag att även lägga upp förslag på mer strategisk plan för kontinuerlig utbildning	
Västragötaland		
Värmland	6 halvdagskurser och 3 föreläsningar	
Örebro	utbildning i "Det svåra samtalet över kulturgränserna" . Samordning i utbildningsinsatser sker för närvarande mellan primärvårdens sju asylsjukvårdsmottagningar.	
Västmanland		ingen speciell utbildningsinsats för omhändertagande av asylsökande.
Dalarna	Hedemora PTSD utb AT läkarna PTSD	
Gävleborg	1-2 april 2003 hade Landstinget Gävleborg utvecklingsdagar om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Psykklinikerna efterlyser mer utbildning. Framförallt med tanke på start av ett förvar i Gävle	
Västernorrland		Vi försöker att delta i de utbildningar och konferenser som erbjuds. Tycker nog att utbudet är lite dåligt. Tyvärr är det ofta halvdagar och avstånden är långa. Vi emotses gärna förslag på lämpliga utbildningar. Vi har utbildat personal och har målsättning att fortsätta med detta bl.a. utbildning i samtalsmetodik. Kulturkompetens mm.
Jämtland	en rad aktiviteter	
Västerbotten		inga
Norrbotten		Sen den nya organisationen trädde i kraft då primärvården fick ansvaret för asylsjukvården i landstinget under 2001 så har det inte skett några särskilda utbildningsinsatser.
Gotland		

