

Regelverk och praxis

- hälso- och sjukvård åt asylsökande

Bo Jordin

- Vid en uppföljning som gjordes av Socialstyrelsen av hälso- och sjukvård åt asylsökande i Stockholm 2000 kunde beläggas att bara 9 procent genomgick hälsoundersökning.
 - Landstinget kunde i detta fall inte redovisa några rutiner för att säkerställa att hälso-samtal verkligen erbjöds de asylsökande.
 - Man kunde heller inte visa några rutiner för hur vården till de asylsökande följdes upp.
- Bo Jordin är primärvårdsråd på Socialstyrelsen och specialist i allmänmedicin.
Bo.Jordin@sos.se

Hälso- och sjukvård för asylsökande erbjuder i vissa fall särskilda frågeställningar för landstingshuvudmännen. Bland dessa frågeställningar märks möjligheterna till

- att säkert identifiera den vård sökande,
- att skapa rutiner för att erbjuda hälsosamtal,
- att skapa rutiner för säker journalhantering,
- att få kostnadstäckning för den vård som erbjuds de asylsökande.

För att säkerställa rutiner som löser dessa utmaningar krävs en kompetent målstyrning för de hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds.

Varför mål?

Målstyrningsprocessen kan se olika ut i olika verksamheter. Förutsättningarna skiljer sig också mellan näringslivsverksamhet och offentlig verksamhet. Ibland förespråkas från näringslivet att de processer som skall säkerställas skulle kunna fungera minst lika bra och t.o.m. bättre utan att målen definieras. Verksamheten får utvecklas efter sina egna förutsättningar där den största vinsten finns.

I offentlig verksamhet kan detta resonemang vara svårt att tillämpa då andra förutsättningar gäller. De resurser som används utgörs av skattemedel där andra krav på redovisning av hur medel använts gäller.

Utfallet av verksamheten mäts t.ex. ofta inte i ekonomiskt resultat utan på andra sätt. Även om man skulle vilja följa verksamhetens ekonomiska utfall kan det ekonomiska resultatet ofta ha ett lågt informationsvärde om verksamhetens utfall t.ex. vilken betydelse verksamheten har för dem som utnyttjar tjänsterna. I de fall man försökt att följa utfallet för hälso- och sjukvård har det ofta skett i vårdsystem där de ekonomiska incitamenten kopplats till vårdproduktion som t.ex. antal operationer, antal besök eller antal inläggningar.

I vården kan prestationsersättning bli ogynnsam om vårdgivaren ges incitament att i varje läge alltid vidta åtgärder (t.ex. att man får betalt för att föreslå en höftledsoperation) men aldrig ersätts för att avstå från att vidta åtgärder (som ju i sådana system leder till att

man inte får betalt). Vårdgivarna riskerar att styras till aktiviteter som kanske inte främjar hälsan hos patienterna på bekostnad av andra aktiviteter (förebyggande arbete?) som hade kunnat främja hälsan hos patienterna. I alla vårdsystem bör man också från ett ledningsperspektiv kunna följa eventuella selektionsmekanismer i vårdprocesserna. Sådana mekanismer kan vara om de svårast sjuka får lägre tillgänglighet. Så kan bli fallet om vårdgivaren t.ex. bedömer att det tar för mycket resurser att kalla t.ex. missbrukare, eller individer som nyligen bytt bostadsort.

Vårdens yttersta mål är att främja hälsa. De mål som formuleras för vården bör alltså fokusera på eller underordnas detta övergripande mål. Donabedians (1) beskrivning av verksamhetsprocesser enligt figur 1 kan vara ett stöd i målformuleringsarbetet:

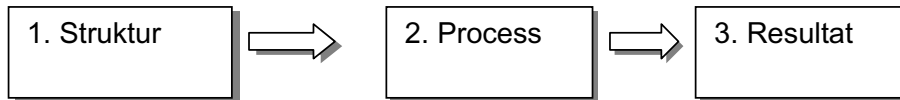


Fig. 1 Beskrivning av verksamhetsprocesser.

1. Struktur

Vården är organiserad på ett ändamålsenligt sätt, kan t.ex. vara att man inrättat särskilda enheter där hälsosamtalen erbjuds. Att man har system för uppföljning av kvalitet, att personalen har rätt kompetens.

2. Process

Vården erbjuder en god tillgänglighet (t.ex. korta väntetider, hög telefontillgänglighet, vårdenheter kan nås på rimligt avstånd).

3. Resultat

För de asylsökande kan övergripande mål ta sikte på att vården är utformad så att allvarliga sjukdomstillstånd upptäcks och åtgärdas men även att risk för sjukdomsutveckling hos individen - eller för andra individer som kommer i kontakt med patienten - upptäcks och åtgärdas.

Styrning

Problemen för hälso- och sjukvårdshuvudmännen med att styra vården för asylsökande sammanfaller många gånger med brister i målstyrningen för övrig hälso- och sjukvård. Vad som skiljer vården för asylsökande är att den regleras i ett särskilt avtal mellan staten och huvudmännen och kan därigenom särskiljas från övrig hälso- och sjukvård.

En ofta använd modell för målstyrning i hälso- och sjukvården kan vara enligt den nedan (fig 2) redovisade:

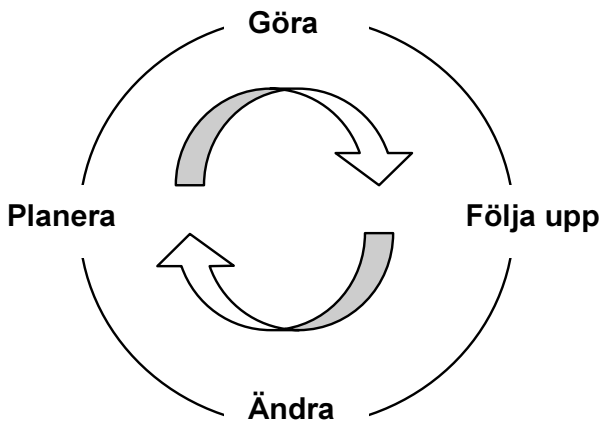


Fig. 2. Exempel på en använd modell för målstyrning i hälso- och sjukvården

Man kan gå in i valfri del i hjulet och fortsätta. Följande exempel ges:

- 1) Hälso- och sjukvården i ett landsting planerar att samtliga asylsökande skall erbjudas hälsosamtal.
- 2) För att kunna genomföra detta ges ett uppdrag till viss enhet att kalla de asylsökande. På denna enhet utarbetas rutiner för att genomföra hälsosamtal.
- 3) Enheten följer upp sina insatser och rapporterar till förvaltningsledningen. Möjligen upptäcks då att inte alla asylsökande kallats. Vid analys av orsaken framkommer att enheten inte haft informationer om vilka asylsökande som funnits i området och därför inte kunnat kalla.
- 4) Förvaltningsledningen drar då slutsatsen att informationen till enheten bör förbättras.

I nästa varv på hjulet blir kanske en aktivitet att samla in data om vilka asylsökande som befinner sig i området osv.

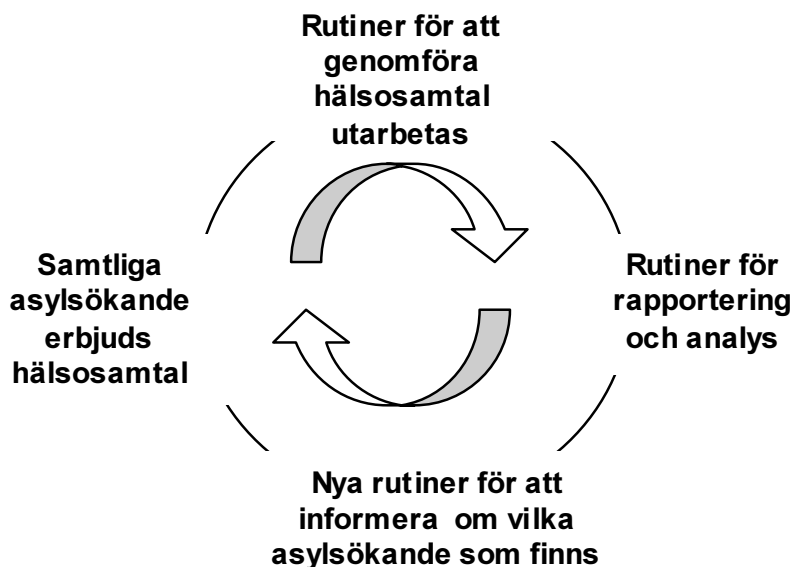


Fig. 3. Exempel på att samla in data.

Produktivitet

Många huvudmän betonar betydelsen av produktivitet i verksamheten. Ofta tänker man sig då en ökad produktion med samma eller rent av mindre resurser.

$$\frac{\text{Produkt}}{\text{Resurs}} = \text{Produktivitet}$$

Denna modell förutsätter dock att produkterna (konsultationer, vårdepisoder etc.) är jämförbara. Som en följd av strukturo-

vändningar gjordes under 90-talet ett stort antal produktivitetsstudier i svensk hälso- och sjukvård. Vanligen förbisågs i dessa studier betydelsen av att hälso- och sjukvårdsprodukten; konsultationen, vårdtillfället eller vad som nu avsågs var definierat med avseende på kvalitet. Betydelsen av kvalitetssäkring som ett led i produktivitetsjämförelser kan dock inte nog betonas. Utan kvalitetssäkring får produktivitetsjämförelser ett lågt om ens något informationsvärde.

I omhändertagandet av asylsökande kan ett led i kvalitetsdefinitionen av hälso- och sjukvårdstjänster/"produkter" vara att definiera patientsammansättning med avseende på vårdtyngd, vårdbehov, demografi etc. Men även utfallet av vårdinsatserna bör beskrivas. I vilken utsträckning fångar man t.ex. oupptäckta diabetiker och till vilken grad behandlas dessa?

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, fortbildning 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 huvudvärk. 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 betydelselöst 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 11,5 månad. Om ansökan inte beviljas kommer individen att avvisas. Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara medvetna om att ge information om att 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 är det rimligt att den särskilda ersättningen kommer entreprenören till godo. För att tillförsäkra resurser till vård av asylsökande är det därför angeläget att entreprenadavtal som reglerar detta åtagande också är kopplade direkt till den aktuella ersättningen.

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 avvísning 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 enligt *Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet i hälso- och sjukvården 2 kap 11 §*.

Intyg

Intyg kan många gånger ta stora resurser i anspråk i omhändertagandet av asylsökande. Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldiga att utfärda intyg på begäran av patienter enligt *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 avgifter för dessa intyg. Vissa men inte alla landsting tillämpar idag en taxa som varierar mellan ca 400 kronor till 2.000 kronor. 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 betalt efter eget gottfinnande.

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 iakta 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 avvísingsbeslut. Hälso- och sjukvården får då ofta begäran om intyg på patientens sjukdom. I denna situation skall intyget i första hand besvara frågan om den som avvísingsbeslutet 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 är i princip underordnat frågan om *medicinska skäl förhindrar själva resan*.

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. 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.

Sammanfattning

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 ger 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 huvudmannen?

Genomförs hälsosamtal i önskad utsträckning?

Uppnås avsedda medicinska effekter med vården?

Referens

1. Donabedian, A.M.D. (1980) Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1) Health Administration Press: Spiral edition (June) ISBN: 0914904485