

# Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande

Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag



**ISBN:** 978-91-977017-0-9

**Grafisk form:** Soya **Foto:** Scanpix/Corbis

**Produktion:** Verksamhetsstöd Kommunikation

**Tryck:** EO Grafiska, Stockholm juli 2007

# Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande

Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag

Bengt Erik Ginsburg och Sofie Bäärnhelm  
Transkulturellt Centrum



# Innehåll

## Riktlinjer och rutiner

Riktlinjer för god psykiatrisk vård av asylsökande ..... 7

Rutiner för asylsökande patienter vid psykiatrisk mottagning ..... 9

## Kunskapsunderlag

Inledning..... 11

### **Bakgrund**

Ett globalt perspektiv..... 12

Ett europeiskt perspektiv..... 13

Sverige och flyktingmottagandet ..... 15

Begreppen asylsökande och flyktingar..... 17

Asylsökande och asylmottagandet..... 18

    Processordning för asylprövning ..... 19

### **Hälsa- och sjukvård**

Hälsa- och sjukvård för asylsökande ..... 20

Det svenska regelverket för asylsjukvården..... 22

Omedelbar vård och vård som inte kan anstå ..... 24

Etik ..... 27

Yrkesetiska codex..... 29

Konventioner om mänskliga rättigheter och hälsa..... 32

### **Psykiatri**

Psykosociala faktorer och asylsökandes psykiska hälsa..... 36

    Asylprocess, asylmottagande och den psykiska hälsan ..... 37

Asylsökande i psykiatrisk vård – en problembeskrivning..... 40

    Transkulturellt Centrums erfarenheter ..... 40

Flyktingen och behandlaren..... 42

Barnen och de vuxna asylsökande..... 47

Samverkan ..... 48

Språk och tolkning ..... 49

Handledning..... 51

Kvalitetssäkring ..... 53

Intyg och utlåtanden..... 55

Ordlista ..... 58

Referenser..... 60

Bilagor..... 66

# Förord



Behovet av en gemensam vägledning för att hantera problem i den kliniska vardagen kring asylsökande patienter inom psykiatrin har aktualiserats en längre tid från verksamhetschefer. Det har gällt tolkningar av regelsystem för asylsökande, var de ska vårdas, krav, förväntningar och gränsdragningar, tillkortakommanden och kunskapsbrister. En gemensam syn på vad som är det psykiatriska uppdraget och på innebörden av begrepp som ”omedelbara vårdbehov” och ”vård som inte kan anstå” saknas också.

Asylsökande patienter utgör en av flera personkretsar som på grund av sitt juridiska status och sin speciella livssituation kan göra vårdpersonalen osäker och frustrerad. Det kan gälla allt från hur en patients identitet styrks och hur en registrering går till när personnummer saknas, till bedömning och genomförande av vårdinsatser och inte minst hur man hanterar frågan om betalningsansvaret.

Därför beslutade verksamhetschefsgruppen under våren 2006 att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att utarbeta riktlinjer för psykiatrin med fokus på asylsökande. Under sommaren 2006 utsåg verksamhetscheferna representanter till en sådan arbetsgrupp. Transkulturellt Centrum fick i uppdrag att leda gruppen och beställaren erbjöds att delta.

I arbetsgruppen har följande personer ingått: *Per Borgå* FoU-sektionen, Psykiatri Nordöst, *Sofie Bäärnhelm* Transkulturellt Centrum, *Maria Del Mar Herrero* Psykiatri Nordväst, *Christian Foster* HSN-förvaltningen, *Bengt Erik Ginsburg* Transkulturellt Centrum, *Laszlo Pattyi* Norra Stockholms psykiatri, *Fabio Pittuco* Psykiatri Södra Stockholm, *Göran Roth* Psykiatri Sydväst, *Marco Scarpinati Rosso* Länsakuten/Transkulturellt Centrum och *Göran Tidbeck* Psykiatri Sydväst.

I arbetet har även följande personer deltagit med specialkunskaper: *Kai Bruno*, *Kersti Gabrielsson*, *Inger-Johanne Larsson*, *Sten Lundqvist*, *Bo Runeson*, *Marianne Spiik* och *Sven Wallnerström*.

De rutiner och riktlinjer som anges i detta dokument riktar sig till vårdpersonal inom vuxenpsykiatrin i Stockholms läns sjukvårdsområde. Syftet är att minska deras osäkerhet och stress, att öka förutsättningarna för öppenvårdsinsatser och bättre förutsägbarhet i vården av asylsökande.

Stockholm maj 2007

*Per-Olof Sjöblom*

Biträdande sjukvårdsdirektör, psykiatrisamordnare



# Riktlinjer för god psykiatrisk vård för vuxna asylsökande



Nedanstående riktlinjer avser den vuxenpsykiatriska vården inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Grundsynen är att så långt möjligt ge vård på lika villkor för asylsökande som för bofasta.

## Generella principer

- Alla patienter oavsett juridiskt status ska ha tillgång till omedelbar vård och vård som inte kan anstå. Vården ska bygga på en medicinsk bedömning av vårdbehovet. Vårdprogram gäller även asylsökande.
- Begreppet ”omedelbar vård och vård som inte kan anstå” innefattar sådan vård som inte kan skjutas upp utan men för patienten och sådan vård som inte kan skjutas upp utan att läkarettikens grundprinciper bryts.
- Asylsökande patienter som aktualiseras vid psykiatriska enheter ska få en professionell medicinsk bedömning och erforderlig behandling.
- En patient kan inte avvisas från mottagningen (motsvarande) med hänvisning till att han/hon är asylsökande.
- Asylsökande ska bemötas och behandlas med empati och kunskap om flyktingenskapets speciella villkor.
- Diagnostik sker med samma formella diagnostiska kriterier för asylsökande som för befolkningen i övrigt.
- Samsyn i vården och principer kring vårdkedjor gäller så långt som möjligt. Det innebär att remisser från primärvården och andra vårdgivare måste bedömas på samma grunder när det gäller asylsökande som för övriga patienter.
- När asylsökande barn vårdas inom barn- och ungdomspsykiatri och föräldrar behöver psykiatrisk vård ska de få tillgång till detta.
- Asylsökande patienter ska erbjudas kontinuitet i vården.
- Asylsökande patienter vårdas i första hand vid den klinik (motsvarande) inom vars upptagningsområde han/hon har sin adress enligt Migrationsverkets registrering (se sidan 41). Före eventuell kontakt med Migrationsverket ska patientens samtycke inhämtas.
- Valfrihet gäller för asylsökande patienter på samma sätt som för folkbokförda.

## Suicidrisk

- Suicidnära asylsökande patienter som kommer till hälso- och sjukvården ska genomgå kvalificerad värdering av suicidrisken och alltid erbjudas och rekommenderas en psykiatrisk kontakt så länge suicidrisken kvarstår.
- Suicidriskbedömningen görs som en grund för behandlingsplanering, inte primärt som ett moment i asylutredningen eller för att skriva ett intyg eller utlåtande.

## Traumatisering

- En initial kartläggning av trauma är viktig. Patienten bör dock ges möjlighet att välja tidpunkt och djup när det gäller beredskapen att tala om trauma.
- När det gäller misstanke om tortyrskador bör en särskilt omsorgsfull bedömning göras.
- PTSD och andra traumarelaterade diagnoser ställs utifrån kliniska kriterier (traumatisering), inte enbart utifrån en berättelse om en svår upplevelse (trauma).
- Trauma som gett kliniska manifestationer i form av PTSD, depression eller andra psykiatriska sjukdomstillstånd hos asylsökande indicerar behandling.

## Psykosvård

- Det behövs en uppmärksamhet på förekomst av psykosjukdom hos asylsökande och på eventuell förekomst av bakomliggande trauma.

## Juridik

- Regler för patientsäkerhet, sekretess och integritet gäller oavkortat för alla som avses i detta dokument på samma sätt som för individer med uppehållstillstånd eller med svenskt medborgarskap.
- Sekretesslagen medför att vårdpersonal inte får:
  - uppges om en person vårdas på sjukhuset dvs inte heller anmäla till polismyndigheten att en person som skall avvisas från landet uppehåller sig på en sjukvårdsinrättning för vård.
  - svara på allmänna frågor om en patients hälsotillstånd även om polismyndigheten är frågeställare.
  - meddela information om tidigare vårdtillfällen.
- På direkt fråga från polisman måste dock uppgift lämnas om att en fullt identifierbar efterfrågad person finns på vårdinrättningen. När polis ringer – begär att få motringa.
- Dessa regler kan enbart brytas vid misstanke om att en individ begått brott med minimipåföljd ett års fängelse. Innan sådan kontakt övervägs, konferera alltid med närmaste chef.
- Riktas sig brottet mot någon som inte fyllt arton år, och man misstänker barnmisshandel, frihetsberövande, sexuella övergrepp eller könsstympning finns inte kravet på att brotten kan ge ett visst lägsta straff för att det skall vara tillåtet för vårdpersonal att göra polisanmälan.
- Vårdas en asylsökande enligt LPT eller LRV och beslut meddelats om avvisning eller utvisning får beslutet verkställas om chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter detta. I detta fall är chefsöverläkaren skyldig att, till den myndighet som skall verkställa beslutet (polis, migrationsverk), uttala sig om huruvida det föreligger medicinska hinder för avvisning av patienten.



- Om en person i samband med en avvisning åberopar ett medicinskt hinder, t ex psykisk störning eller sjukdom, har Migrationsverket rätt att begära journal.

### Vårdpersonalens arbetsvillkor

- Vårdpersonal behöver stöd, handledning och kontinuerlig fortbildning för att möta, bedöma och behandla asylsökande.
- Vårdpersonal bör erbjudas utbildning om mänskliga rättigheter.

## Rutiner för asylsökande patienter vid psykiatrisk mottagning

- Remisser som avser asylsökande bedöms efter psykiatriskt vårdbehov på samma grunder som gäller för bofasta och patienten kallas för ett bedömningsamtal och en behandlingsplanering av omedelbar vård och vård som inte kan anstå (se sid 22)
- Remisser som inte har en frågeställning som avser ett psykiatriskt vårdbehov eller är mycket bristfälliga kan återsändas med begäran om komplettering.
- Remisser där det klart framgår att det inte föreligger behov av specialiserad psykiatrisk vård återsänds med motivering i remissvar och eventuella rekommendationer och en uppmaning till inremitterande att ta ny kontakt vid behov.
- När patienten kommer till mottagningen frågas efter LMA-kort. Om det saknas eller har gått ut är patienten inte asylsökande (se sid 20). Patientens identitet behöver styrkas så att förväxling kan undvikas.
- Patienten betalar en patientavgift (belopp: se psykiatrins handbok för kassastöd). Om patient med LMA-kort inte har pengar får han/hon ett inbetalningskort på patientavgiften.
- Kopia på LMA-kort och kvitto på patientavgift faxas till Patientavgiftsenheten tillsammans med ifylld blankett "Underlag för debitering av asylsökande..."
- Patienten registreras med reservnummer om fullständigt personnummer saknas.
- För att enheten ska få ersättning från Beställarna gör man ett kreditbesök "Debitering av storkund – asylvård" (se vidare [www.sll.se/uppdragsguiden](http://www.sll.se/uppdragsguiden)).



# Inledning



Den här skriften har fått titeln ”Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande”. Asylsökande är alltså i fokus, men frågorna rör fler än enbart asylsökande. Dokumentet består dels av en kunskaps- och faktadel, dels av riktlinjer och rutiner.

Syftet är att minska personalens osäkerhet och stress, att öka öppenvårdsinsatser samt att skapa samsyn och förutsägbarhet i vården av asylsökande.

De utmaningar som psykiatrin ställs inför när det gäller bedömning och behandling av asylsökande och flyktingar behöver sättas in i ett historiskt sammanhang samt i ett större europeiskt och globalt kontinuum. Därför inleds skriften med avsnitt som ger utblickar i världen och en historisk tillbakablick. Därefter berörs den särskilda organisation och de regelverk som gäller för mottagandet av asylsökande.

Dokumentet handlar sedan om hälso- och sjukvården i allmänhet och psykiatrin i synnerhet och belyser problem som aktualiserats i mötet mellan psykiatrin och de asylsökande. Ett avsnitt sätter mötet mellan den asylsökande och behandlaren i fokus.

I arbetet med asylsökande möts skilda världar: kulturellt, professionellt och legalt. Materialet riktar sig i första hand till vårdpersonal och ska belysa vad som är meningsfullt samt när och hur vårdpersonal ska dra gränser. Vården ska inte primärt vara en del av asylutredningen. Utmaningarna är större inom psykiatrin än inom den somatiska vården, men mycket är gemensamt för all hälso- och sjukvård.

Maj 2007

*Sofie Bäärnhielm*

Enhetschef, överläkare

Transkulturellt Centrum

*Bengt Erik Ginsburg*

överläkare

Transkulturellt Centrum



## Ett globalt perspektiv

Människor som flyr undan krig, katastrofer, förtryck och missförhållanden finns i hela världen. Internationell statistik visar att den andel av jordens befolkning som migrerar har legat relativt konstant på nivåer mellan 2,5 och 3,0 procent det senaste halvsekle ( *World Migration, IOM, Genève, 2003, p 97-111* ).

År 2000 var den globala migrationen 175 000 000 – 2,9 procent av världens befolkning på 5 882 000 000 (nästan 6 miljarder) – antalet internationella flyktingar (flyktingar som vistas utanför sitt hemland) i världen var det året 12 000 000 (6 procent av den globala migrationen) och antalet asylsökande i världen beräknades till 1 000 000 (0,5 procent av den globala migrationen). Globalt utgör alltså flyktingar en liten minoritet och asylsökande en försvinnande liten grupp.

Flyktingar under UNHCR:s beskydd ("of concern to UNHCR") har oftast flytt undan krig och väpnade konflikter. De lämnar sina hemtrakter i stora grupper och flyr vid samma tidpunkt från samma omständigheter. Eftersom de ingår i grupper får de i regel flyktingstatus genom gruppbeslut. Antalet flyktingar i världen har minskat med 30 procent de senaste 25 åren och var år 2005 drygt 8 miljoner. Av dessa fick 4,4 miljoner flyktingar hjälp genom UNHCR ("benefit from UNHCR assistance programmes").

Den största gruppen flyktingar är afghaner (1,9 milj 2005). Pakistan är det land där det största antalet flyktingar under UNHCR:s beskydd för närvarande finns (cirka 1 milj) följt av Iran (drygt 700 000) och Tyskland (cirka 700 000).

Under 2005 sökte totalt 668 000 personer asyl i 149 länder i världen. 374 000 sökte i något europeiskt land, 125 000 i Afrika och 75 000 i Asien ( *2005 Global Refugee Trends, UNHCR 9 juni 2006, www.unhcr.org/statistics* )

Sedan 1980-talet har asylsökande en dominerande roll när det gäller migrationen i Västeuropa. Tyskland har tagit emot de flesta totalt sett, men Sverige har tagit emot de flesta i förhållande till folkmängden ( *www.migrationsverket.se* ).

# Ett europeiskt perspektiv



Den fria rörligheten inom EU har inneburit växande krav på samordning och samsyn när det gäller rörligheten in i EU. Som en konsekvens av detta har migrations- och asylpolitiska frågor hamnat på den europeiska agendan med motiveringar om behov av regleringar och en fördelning av bördan av att ta ansvar.

Att söka asyl och få frågan om skyddsbehov prövad är en grundläggande mänsklig rättighet (artikel 14, FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna). Det har vuxit fram en allt större diskrepans mellan rätten att söka asyl och möjligheten att få asyl beviljat. Flyktingkonventionen och det internationella regelverket, grunderna för att söka asyl och den asylsökandes syn och förhoppningar om skydd och asyllandets tolkningar har kommit att bli allt mindre överensstämmande. Det skapar frustration inte bara hos de asylsökande utan också hos dem som möter asylsökande, t ex i vården. Mottagarländer betonar behovet att skydda sina gränser och begränsa sina ekonomiska åtaganden.

Sverige är det land i Europa som hittills haft den snävaste juridiska tillämpningen av flyktingbegreppet, men en hög andel uppehållstillstånd av humanitära skäl. Det tycks sammanhänga med ett önskemål om flexibilitet i den politiska styrningen av den reglerade invandringen (*Noll & Popovic 2006*). Destinationsländer som är välfärdsstater ger färre uppehållstillstånd på grund av flyktingskap (*Kate 2004*). En jämförande analys visar att tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande varierar inom EU och att Sverige tillhör de länder som är mest restriktiva. (*Norredam 2006*).

I en del länder, bl a Sverige, har den hårda regleringen av arbetskraftsinvandringen för icke-EU-medborgare medfört att den enda legala möjligheten i stort sett är att komma via asylsystemet. När även den vägen blivit restriktiv har den oreglerade invandringen ökat. Omfattningen av den oreglerade eller illegala migrationen i Europa är inte känd. Mycket talar dock för att det rör ett stort antal människor i synnerhet i Sydeuropa där de utgör en del av den "gråa" samhälls-ekonomi. Bland dessa finns asylsökande som fått avslag och åter andra som efter längre eller kortare tid söker asyl i ett annat europeiskt land (*Watters & Ingleby 2002*).

## Steg mot harmonisering av europeisk migrationspolitik

### **Maastricht 1993**

Den europeiska dialogen om flykting- och asylfrågor fördes i det inledande skedet på ett informellt plan genom en samsyn om "intergovernmental cooperation, agreements and consensus". Inga juridiskt bindande överenskommelser.

### **Schengen 1996**

Skärpta visumregler som skulle innebära ökade svårigheter för många att ta sig till Europa har lett till ett moment 22 med ett minskat utrymme för legal invandring och som en följd av detta en ökad "irregular migration" (illegal invandring).

### **Dublin 1997**

En asylansökan ska prövas i det land den asylsökande först anländer till.

### **Amsterdam 1999**

Amsterdamfördraget och överenskommelsen i Tammerfors syftade till att samordna och skärpa gränskontrollerna mellan EU och omvärlden och att inom EU till 2004 skapa en gemensam asyl- och migrationspolitik.

### **EU:s direktiv om miniminormer 2003**

Direktiven för miniminormer för mottagandevillkor för asylsökande innehåller bl a normer för hälso- och sjukvård. Asylsökande ska erbjudas en hälsoundersökning samt ha rätt till minst akutsjukvård. Direktivens konsekvenser för svenskt vidkommande redovisas i "EG-rätten och mottagandet av asylsökande, SOU 2003:89". Där föreslås en lag om hälso- och sjukvård för asylsökande. Ett lagförslag utvecklades också. Det mötte stark kritik och togs tillbaka. Kritiken var i huvudsak dels att förslaget lagstodgade om de restriktioner som i den nuvarande ordningen redan kritiserats, dels att så k "gömda" kom att lämnas utan garantier om nödvändiga vårdinsatser.

# Sverige och flyktingmottagandet



Sverige brukar beskrivas som ett historiskt sett homogent land som under de senaste åren blivit alltmer mångkulturellt. Forskare som *Charles Westin*, CEIFO, menar att detta beror på att landet sedan Gustav Wasas tid haft en stark centralstyrning (*Westin 1998*). Metaforen "folkhemmet" för det gemensamma samhället och "landsfadern" för den politiske ledaren visar att intentionerna i detta formulerats och uppfattats som goda. Sveriges och folkhemsbyggets förhållande till invandrare, utlänningar och främlingar har varit kritisk och är så än idag. *Alva* och *Gunnar Myrdal* skrev på 30-talet att invandringen måste begränsas eftersom det inte riktigt gick ihop med folkhemsbygget (*Myrdal 1934*).

Det finns en dubbelhet i svenska migrationspolitiska "diskurser" från 1930-talet (*Johansson 2006*). Migrationspolitiska och välfärdspolitiska diskurser flätas samman och hamnar inte sällan i motsatsförhållanden. En välfärdsstat behöver en "befolkning som har möjlighet att ta tillvara sina medborgerliga rättigheter och utföra sina medborgerliga skyldigheter" (*Johansson 2006, Castles & Miller 1998, Ambjörnsson 1988*).

Under 1980- och 1990-talen definierades migrationen till Sverige som en flyktingpolitisk fråga. Den restriktiva hållningen ledde bl a till det s k Luciabeslutet, den 13 december 1989. Det innebar en skärpning av kriterierna för flyktingskap eftersom det ansågs att alltför många som sökte asyl inte var "riktiga" flyktingar. Argumenten var även integrationspolitiska, dvs att invandrare var en belastning.

Under 1990-talet har det vuxit fram en återvändningspraktik. Den präglar bemötandet av nya asylsökande från deras första kontakter med svenska myndigheter. De informeras om att det är få av alla dem som söker asyl som får stanna. Dubbelheten har byggts in i asylmottagandet (*Brekke 2001*). Asylmottagandet blir motsägelsefullt: "Varför gav ni oss lägenhet, pengar och hopp om att få stanna när det nu inte blir så?" (*Löwén 2006*).

Den politiska kartan har blivit allt komplexare. Migrationspolitiskt har asylpolitiken hamnat i rampljuset när den reglerade invandringen diskuteras. Insatser för att främja integrationen ska inledas redan under asyلتid (*Nationell samsyn om hälsa och den första tiden i Sverige 2004*). Konsekvensen för de asylsökande är att målsättningen "antingen här eller där" blivit "varken här eller där". De hamnar i ett "ingenmansland", vilket var det man velat undvika (*Johansson 2006*).

## Några nyckelperioder i svensk flyktingpolitik

### **1940 – Krigs- och efterkrigsår**

Ansvaret för flyktingarna i Europa och behovet av arbetskraft för Europas återuppbyggnad efter kriget präglade Europas och Sveriges invandringspolitik under efterkrigsåren.

### **1950 - Från grupp till individ**

1951 års flyktingkonvention innebar att den individuella flyktingen internationellt sattes i centrum. Den byggde på FN-stadgan och FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter. Det var en förändring mot det tidigare förhållningssättet som inte såg flyktingfrågan som individuella öden utan som gruppfenomen. Det innebar i praktiken en dualism. Människor som flydde från länder "bakom järnridån" fick i regel uppehållstillstånd utan någon individuell prövning tills skillnad mot många andra.

### **1960 – Arbetskraftsinvandring**

Arbetskraftsinvandring dominerade och utgjordes av människor från Norden, framför allt Finland i öster och Norge i väster och från Medelhavsområdet, framför allt Grekland, Turkiet och Jugoslavien.

### **1970 – Från "Europa" till "tredje världen"**

1972 infördes restriktioner mot arbetskraftsinvandring, som därigenom i princip stoppades. Samtidigt "öppnades" asyldörren mot tredje världen. Det var ett första steg i det som skulle innebära att invandringspolitik förändrades från arbetsmarknads- till flyktingpolitik.

### **1980 – Från arbetsmarknadspolitik till flyktingpolitik**

Ansvaret för mottagandet av asylsökande och flyktingar förs över från AMS till Statens Invandrarverk. Den politiska ledningen flyttas från arbetsmarknadsdepartementet till kulturdepartementet, därefter till socialdepartementet och så småningom till UD.

### **1990 – Asylpolitiken hårdnar**

Antalet asylsökande ökade snabbt i hela västvärlden inte minst i Sverige. Asylsökande började bli alltmer ifrågasatta. Många som nu sökte asyl hade inte skäl som "passade" in. Behovet av politisk kontroll över flyktinginvandringen ökade och det politiska språket förändrades. Politiker betonade att vi måste ha en "reglerad invandring". I detta ligger en motsättning (eller fler?). Uppfattningarna om sambanden mellan migrationspolitik, flyktingpolitik och asylpolitik är delade och det präglar i sin tur synen på sambandet mellan den reglerade invandringen och asylpolitiken. Den reglerade invandringen syftar till att begränsa invandringen (dvs mottagarlandets ekonomiska åtagande) medan asyl- och flyktingpolitiken ser till den enskildes skyddsbehov.

### **2000 – En harmonisering med Europa**

Redan från början av 90-talet inleddes dialoger inom EU för en samstämmighet. Detta har kommit alltmer att präglade den svenska asyl- och flyktingpolitiken efter millennieskiftet.



# Begreppen asylsökande och flyktingar

”Asylsökande och flyktingar” är begrepp som används med varierande innebörder i skilda sammanhang, inom olika verksamheter och professioner.

**Asylsökande** är den som lämnat in en asylansökan och väntar på ett myndighetsbeslut. Den som har fått avslag på sin asylansökan och vistas i landet i avvaktan på att en avvisning ska verkställas eller inte kan avvisas av olika skäl är inte längre asylsökande. Inte heller den som ”gömmar sig” eller den som inte sökt asyl utan vistas här ”illegalt”.

**Flykting** är ett legalt status, dvs man är flykting om man känner ”välgrundad fruktan för att bli förföljd på grund av ras, religion, nationalitet, kön, sexuell läggning, medlemskap i social grupp eller politisk uppfattning och befinner sig utanför sitt land och inte kan eller inte vill, på grund av denna fruktan, skyddas i sitt land” (se Genevekonventionen från 1951). I den svenska Utlänningslagen (UtL) återfinns detta flyktingbegrepp i 3 kap 2 §. Personer som av myndigheter bedöms uppfylla dessa kriterier ska beviljas asyl och uppehållstillstånd och få ett legalt flyktingstatus.

Personer som söker asyl men inte uppfyller kriterierna för att anses som flykting kan ändå vara i en sådan situation att de har rätt till skydd. Den gruppen benämns **skyddsbehövande** i övrigt och definieras i UtL 3 kap 3 §. Det gäller dels den som hotas av dödsstraff, kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling, dels den som behöver skydd på grund av en väpnad konflikt eller miljökatastrof (SOU 2004:74, s 132).

Humanitära skäl som grund för ett uppehållstillstånd har funnits i utlänningslagstiftningen som en undantagsparagraf för att ge myndigheterna en möjlighet att låta också personer som saknar flykting- eller skyddskäl stanna. I den nya utlänningslagen heter detta ”synnerligen ömmande omständigheter”.

En betydligt vidare innebörd har begreppen flykting och flyktingbakgrund inom hälso- och sjukvården. Det bygger då på en patients mer eller mindre tydligt uttalade upplevelse av att vara flykting. Detta vidare begrepp omfattar personer som befinner sig i mycket olika situationer och med såväl olika behov av som olika förutsättningar för vård.

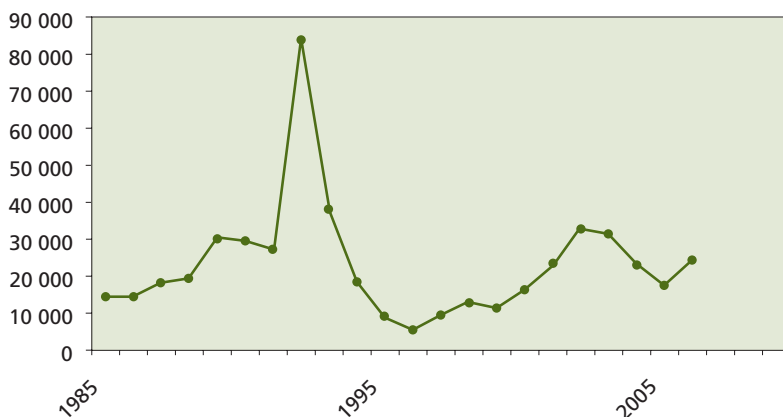
Begreppet ”gömda” avser personer som sökt asyl och fått avslag och vistas i landet trots att de inte har tillstånd. Det finns andra som vistas i landet utan tillstånd som inte sökt asyl och personer som sökt annat uppehållstillstånd än asyl, t ex anknytning, men som inte har rätt att vistas här i väntan på tillstånd. Dessa kallas irreguljära eller papperslösa.

# Asylsökande och asylmottagande

Från vilka länder människor som söker asyl i Sverige kommer och kommer störs av händelser i omvärlden, men påverkas också av asyl- och flyktingpolitiken. 1970-talet dominerades av asylsökande och flyktingar från Latinamerika, framför allt från Chile. Under 1980-talet kom många från Asien, framförallt Iran. 1990-talet dominerades helt av Europa och konflikterna på Balkan. 2000-talet har hittills varit mer globalt: Asien (Irak), Europa (Serbien-Montenegro) och Afrika (Somalia). Under 2005 och 2006 var ursprungsländerna för de största grupperna asylsökande Irak, Serbien-Montenegro, Somalia och Ryssland.

År 1983 var antalet asylsökande 3 000 en siffra som sedan ökade kontinuerligt under 1980-talet. 1991-1992 var ökningen särskilt markant i samband med konflikterna på Balkan. Det följdes av en period med kraftig minskning av antalet asylsökande. Den nedåtgående trenden har emellertid brutits och vi ser en ny uppgång från hösten 2006.

Asylsökande i Sverige



Under 2006 har 24 322 personer sökt asyl. Bland de grupper som dominerat under året finns grupper som legat högt under flera år: Irakier (8 951), serbier-montenegriner (2 001), somalier (1 066) och ryssar (755). Men bland de tio största finns också personer från Bolivia (747), Bulgarien (649), Eritrea (608), Afghanistan (594), Mongoliet (461) och Uzbekistan (446).

De fyra första månaderna 2007 har cirka 12 000 personer sökt asyl. Det är en fördubbling jämfört med samma period 2006. Den största gruppen är asylsökande från Irak.

## Processordning för asylprövning

Sverige fick en ny utlänningslag den 31 mars 2006 och samtidigt en ny processordning för asylprövning. Utlänningsnämnden lades ner och ersattes av migrationsdomstolar. Liksom tidigare lämnas ansökan om asyl till Migrationsverket som gör en första bedömning.

Migrationsverkets roll i den nya processordningen är förändrad. Den består i huvudsak av att ta emot uppgift om att det är en person som söker asyl. Om ansökan anses vara uppenbart ogrundad eller om personen tidigare sökt asyl i annat europeiskt land görs ingen ytterligare utredning utan det fattas ett beslut om ”direktavvisning”. I de flesta fall går utredningen vidare, personen är då asylsökande och omfattas av Lagen om Mottagande av Asylsökande (LMA). Migrationsverket utser då ett juridiskt ombud som bistår den asylsökande med att lämna in en skriftlig ansökan och föra dennes talan. Migrationsverkets roll är att pröva de skäl som den sökande och dess juridiska ombud lägger fram. Migrationsverket gör i princip ingen egen utredning.

Vid avslag på asylansökan kan detta överklagas. Det innebär i första hand att ärendet lämnas till en sk processhandläggare som gör en intern omprövning inom Migrationsverket.

Om beslutet om avslag står fast kan det överklagas och prövas då vid migrationsdomstol (länsrätten i Stockholm, Göteborg eller Malmö). Inför domstolen är den asylsökande och ombudet en part, Migrationsverket genom processhandläggare den andra parten. Det ger den asylsökande möjlighet till muntlig förhandling i en domstolsprocess. Ett beslut från migrationsdomstolen kan överklagas av bägge parter genom överprövning vid migrationsöverdomstolen vid kammarrätten i Stockholm. Det förutsätter ett prövningstillstånd som ges av migrationsöverdomstolen. Prövningstillstånd kan beviljas om ärendet har principiell betydelse och kan vara prejudicerande eller policyskapande.

Om ett avvisningsbeslut står fast ska Migrationsverket pröva om det föreligger verkställighetshinder innan en avvisning kan ske.

Det är svårt att bedöma hur den nya processordningen kommer att påverka efterfrågan på insatser från hälso- och sjukvården. Det är dock sannolikt att intyg och utlåtanden kommer att begäras i samma omfattning som tidigare. Dels kan intyg och utlåtanden bli aktuella i grundutredningen eftersom kravet är att alla omständigheter ska komma fram då. Dels kan de bli aktuella vid bedömningar av verkställighetshinder eftersom hälsorelaterade skäl med största sannolikhet kommer att åberopas.



# Hälso- och sjukvård för asylsökande

Under perioden fram till början av 1980-talet låg det politiska och administrativa ansvaret för asylsökande och flyktingar under arbetsmarknadsdepartementet och AMS. Antalet asylsökande var litet och de vistades på förläggningarna tillsammans med och behandlades på samma sätt som kvotflyktingar och andra som fått uppehållstillstånd och väntade på kommunplats. Alla fick samma service oavsett legalt status. Majoriteten av de jämförelsevis få asylsökande fick uppehållstillstånd och väntetiderna var betydligt kortare än idag.

Konsekvenserna av den hårdare regleringen av invandringen och att fokus mot slutet av 1970-talet riktades mer mot flyktingpolitiken ledde till behov av förändringar. Invandrarpolitiken övergick från att vara arbetsmarknadspolitik till att bli flyktingpolitik. Bilden av asylsökande var att de var unga, friska män som haft kraften att ta sig till Sverige och inte hade några större hälsoproblem. Asylsökande ansågs inte kräva några speciella sjukvårdsinsatser. Det sammanföll också med 80-talets hälso- och sjukvårdsideologi som betonade en "generalism" och betydelsen av en första linjens sjukvård (Declaration of Alma Ata, 1978) och där nyckelord var kontinuitet, tillgänglighet och helhetssyn (se t ex Primärvårdsutredningen 1978, HS-80, HS-90).

Det som uppfattades som ett osynliggörande och icke-problematiserande förhållningssätt väckte emellertid protester från flera håll, bland annat från ekonomiskt ansvariga hos sjukvårdshuvudmännen och från medicinskt håll och då i synnerhet från infektions- och smittskyddsläkare.

För att utreda frågan tillsattes 1983 en arbetsgrupp med representanter för Invandrarverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Gruppen fick i uppdrag att utarbeta Föreskrifter och allmänna råd för hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar som skulle ge vägledning kring innebörden av begreppen omedelbar vård och vård som inte kan anstå (ett "utvidgat" akutbegrepp) och även ge rekommendationer kring hälsokontroll. Dessa skulle senare kunna utgöra underlag för förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om den statliga ersättningen.

Staten (genom Statens invandrarverk = SIV) och sjukvårdshuvudmännen (landstingen) fick svårt att enas om nivån på den ekonomiska ersättningen för hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Invandrarverket valde därför i stället att upphandla hälso- och sjukvården. Uppdragen gick till såväl privata som offentliga entreprenörer. Bland de offentliga fanns t ex Östergötlands läns landsting (FMC) och Stockholms läns landsting, primärvården i Upplands Väsby ("Carlslund") och Göteborgs Läkarsällskap (GLS).

Med tiden kom det formell kritik från bland andra Socialstyrelsen, bl a med hänvisning till frågan om tillsynsansvaret. Det medförde att ansvaret återfördes till sjukvårdshuvudmännen. Stockholms läns landsting har som nämnts funnits med länge genom flyktinghälsovården vid Carlslund (primärvården i Upplands Väsby). Under 90-talet prövades en modell med några utvalda "hänvisningsvårdcentraler". Några vårdcentraler i Stockholms län fick detta uppdrag och utbildning. Men det visade sig vara svårt att få detta att fungera. Någon egentlig utvärdering av detta försök har inte gjorts. I stället skapades genom en upphandling i landstingets regi särskilda mottagningsenheter för asylsökande. Den organisationen gäller ännu idag.

# Det svenska regelverket för asylsjukvård

I det här avsnittet kommer regleringen av hälso- och sjukvård för asylsökande att belysas. Landstingens och kommunernas åtagande och befogenheter regleras av kommunallagen (1991:900). Kommunallagen avser medlemmar, dvs personer som är folkbokförda (2 kap 1-3 §§). Det innebär att landstingens befogenheter när det gäller personer som inte är folkbokförda måste regleras på annat sätt. Det är ett antal olika regelverk och förordningar som tillkommit för att reglera tillgång till vård och betalningsansvar för olika kategorier av icke folkbokförda personer som vistas inom kommunen. Asylsökande är en sådan kategori.

Staten har genom Migrationsverket det övergripande ansvaret för mottagandet av asylsökande. Staten ska också svara för kostnaderna för mottagandet. Det regleras framför allt i Lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande mm (LMA).

Enligt beslut i Sveriges Riksdag (prop. 1993/94:94) ska ansvaret för hälso- och sjukvård för asylsökande ligga hos landstingen. Asylsökande hänvisas till offentlig hälso- och sjukvård och betalar vårdavgift enligt Förordningen (1994:62) om vårdavgifter mm för vissa utlänningar.

Ersättningen framgår av Förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagning mm. För personer som fyllt arton år lämnas ersättning för omedelbar vård och vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlösningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort, vård och åtgärder enligt smittskyddslagen samt omedelbar tandvård och tandvård som inte kan anstå. För personer som inte fyllt 18 år lämnas ersättning för hälso- och sjukvård samt tandvård. Staten (genom UD och dess migrationspolitiska enhet) har tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (före detta landstingsförbundet) förhandlat fram en överenskommelse om åtagandet och ersättningen. Socialstyrelsen har givit ut allmänna råd om hälso- och sjukvård för asylsökande mm (1995:4).

Det är således ett komplext regelverk och riktlinjer som sammanfattningsvis består av:

1. Utlänningslag (2005:716) och Utlänningsförordning (2006:97) som reglerar villkor för utlänningar att resa in i samt vistas och arbeta i Sverige.
2. Lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande mm (LMA) som definierar vilka personer som omfattas och anger principer i t ex ansvarsfördelning.
3. Förordning (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagning mm som reglerar kostnader.
4. 4 § Hälso- och sjukvårdslagen som anger landstingens minimiskyldighet.

5. Smittskyddslagen (2004:168) som gäller smittskyddsåtgärder.
6. Allmänna råd från socialstyrelsen (1995:4) Hälsa- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.
7. Överenskommelse mellan staten och landstingen av den 26 maj 2006.
8. Avtal mellan landstingets beställare och producenter (entreprenörer).

## 4§ Hälsa- och sjukvårdslagen

Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL) ålägger landstingen ett ansvar att ge alla som vistas inom landstinget vård. Detta åläggande är begränsat för personer som inte är bosatta inom landstinget och vederbörande kan själv bli ansvarig för kostnaderna. 4 § HSL anger vad som är miniminivån för detta åläggande:

*”Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälsa- och sjukvård, skall landstinget erbjuda sådan vård.”*

Det är den faktiska vistelseorten som är avgörande för landstingets vårdansvar i akuta fall. Detta ansvar som avser akut vård gäller såväl för svenska som utländska medborgare, dvs asylsökande såväl som gömda.

## Överenskommelse mellan staten och SKL

Landstingen har genom en överenskommelse mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten från den 24 maj 2006 åtagit sig att svara för hälsa- och sjukvård för asylsökande m fl. Det innebär bl a att landstingen ska erbjuda vuxna asylsökande sjuk- och tandvård som inte kan anstå och asylsökande barn, inklusive ”gömda barn” samma hälsa- och sjukvård samt tandvård som erbjuds bosatta barn. Överenskommelsen omfattar däremot inte ”gömda vuxna”. Den omfattar inte heller personer som vistas här och söker uppehållstillstånd på anknytningskäl eftersom utlänningslagen säger att dessa ska ha sina tillstånd klara innan de reser hit (se bilaga 1).

## Asylsökande, ”gömda” och dokumentlösa invandrare

I regelverket talas om ”asylsökande” och ibland ”asylsökande m fl.” Det kan röra sig om många olika kategorier när det gäller juridiskt status. Den juridiska statusen påverkar inte den medicinska bedömningen, men leder indirekt till detta genom att det blir olika med betalningsansvar, vilka patientavgifter som ska betalas och hur vårdgivaren ska få ersättning. Grovt indelat kan patienter antingen vara folkbokförda eller ej. De som inte är folkbokförda består av ett antal olika patientkategorier som till exempel asylsökande, odokumenterade invandrare, tillståndssökande, utlandssvenskar m fl. Dessa kan i sin tur delas upp i de som inte har eget betalningsansvar och de som har det. I arbetet med att synliggöra dessa patientkategorier är det värdefullt att försöka urskilja åtminstone några huvudgrupper (se tabell i bilaga 2).

# Omedelbar vård och vård som inte kan anstå

Regelverken innehåller begrepp som "omedelbara vårdbehov" och "vård som inte kan anstå". Bakgrunden är restriktioner när det gäller landstingens åtagande för personer som inte är medlemmar, men att humaniteten kräver att nödvändig, omedelbar vård inte kan förvägras någon. Landstingen har skyldighet att ge nödvändig akut vård till alla som vistas i länet oavsett juridiskt status. För asylsökande är skyldigheten vidgad genom tillägget "vård som inte kan anstå".

I prop. 1981/82:97 står det: "Någon närmare precisering av gränserna för vad som skall anses som "omedelbar vård" kan inte ges här. Detta får prövas från fall till fall. Läkaren eller annan som svarar för vården bör få avgöra om en vårdsökande behöver omedelbar vård eller om vården kan anstå till dess den vårdsökande kommer dit där han annars har att söka vård." *Sahlin* skriver i kommentarer till hälso- och sjukvårdslagens § 4 om omedelbara vårdbehov: "Eftersom den vårdskyldighet som det här är frågan om är betingad av ett akut vårdbehov bör skyldigheten inte gälla längre än vad som från saklig synpunkt är motiverat. Något hinder för att huvudmannen bereder vård i större omfattning finns inte. Många gånger är det kanske med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet både önskvärt och lämpligt att så sker." (*Sahlin 2000*).

Socialstyrelsen har i allmänna råd, som första gången utkom 1985 och reviderats 1988 och senast 1995 skrivit: "En definition av begreppet omedelbar vård och vård som inte kan anstå som täcker alla situationer som kan uppkomma kan inte ges. Det är endast den vårdansvarige läkaren som utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet bedömer om en sådan situation föreligger." (*SoS Allmänna Råd 1995:4*)

*"Avgörande vid bedömningen är om en fördröjning av vårdinsatserna kan leda till allvarliga följder för patienten... Även den omständigheten att en behandling som genomförs senare ger avsevärt sämre prognos eller ökade risker för komplikationer måste väga tungt i bedömningen om vård bör ges. Negativa följder för patienten genom att ett dröjsmål medför svår värk, svår ångest eller depression måste vägas in i bedömningen om vården kan anstå.*

*När det gäller tortyrskador bör bedömningen göras särskilt omsorgsfullt... En asylsökande kan inte som andra patienter hänvisas till hemlandsting eller hemland för vård då denne av ansvarig läkare inte längre bedöms vara i behov av omedelbar vård. Statlig ersättning kan lämnas för vård som ges efter det akuta skedet.*

*Många former av lättare psykiska problem bör behandlas av primärvården och inte av psykiatrisk specialist. Långt ifrån alla behöver behandling,*



men alla behöver adekvat bemötande som grundas på inlevelse och kunskap om flyktingens speciella problematik. (SoS Allmänna Råd 1995:4 s 23-24).

Det kan vara lämpligt att skilja på krisstöd och kristerapi (se även Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:2 Psykiskt och socialt omhändertagande vid stora olyckor och katastrofer). Krisstöd kan ges inom primärvård. Kristerapi är en behandlingsform som bedrivs av psykiater, psykolog eller kurator med utbildning i psykoterapi och sätts in först då det krisstöd som ges inom primärvården inte är tillräckligt.

I den traumatiska krisreaktionen är en överväldigande ångest det centrala. Utöver detta kan man hos tortyroffer möta en stark oro över att kroppen inte fungerar normalt. De svåraste följderna av tortyr är inte de somatiska utan det hot mot identiteten som den våldsamma och förnedrande behandlingen utgör.” (Idem s 26-27).

## Hur ska ”vård som inte kan anstå” tolkas inom psykiatrin?

Begreppet ”vård som inte kan anstå” bör innefatta sådan vård som inte kan skjutas upp utan men för patienten, men också sådan vård som inte kan skjutas upp utan att läkaretikens grundprinciper och dess manifestationer i internationella konventioner bryts. Begreppet bör också ses i relation till de senaste decenniernas utveckling inom psykiatrin. Vinsterna av tidig intervention uppmärksammas alltmer inom psykiatrisk vård. Hela utbyggnaden av den psykiatriska öppenvården har som ett uttalat mål att förebygga inläggningar i slutna vård, med åtföljande iatrogena effekter. Denna utveckling har i huvudsak varit framgångsrik och det vore orimligt att inte också för asylsökande se det som ett mål. Asylsökande har vårdats i mycket stor utsträckning inom psykiatrisk slutna vård (Sveriges Kommuner och Landsting). En alltför restriktiv tolkning av rätten till vård har lett till en begränsning av öppenvårdsinsatser. Det har då resulterat i ett stort behov av slutenvård. Dessa mönster behöver brytas. Behandlingsinsatser måste komma in i ett tidigt skede. Det kan både förhindra en allvarlig sjukdomsutveckling och minska vårdkostnader.

Vid tortyrskador och traumarelaterade symtom är det viktigt att göra en noggrann bedömning och utredning. Det finns en benägenhet hos behandlare att värja sig mot att lyssna på patienternas traumatiska upplevelser (*Borgå & Al-Saffar 2007*). Inom psykiatrisk öppenvård förblir diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ofta underdiagnosticerad även i befolkningsgrupper, som uppenbarligen upplevt både krig och förföljelse (*Ekblad & Roth, Al-Saffar m fl 2002*).

Ofta anses inte situationen optimal för att ta upp och bearbeta allvarliga traumatiska händelser. Om man är medveten om att detta i större utsträckning är ett utslag av behandlarens och inte patientens tvekan kan man bedöma situationen

rationellt. Språksvårigheter och det faktum att patienten inte har uppehållstillstånd, får då inte i sig tas till intäkt för att inte inleda en behandling inriktad på trauma. Ett positivt långtidsutfall (högre självskattad hälsa och lägre PTSD- och depressiva symptom) är relaterat till om patienten upplever att trauma tagits upp i behandlingen (*Al-Saffar m fl 2004*).

Med tanke på det för traumatiserade flyktinggrupper annars mycket dåliga långtidsutfallet, som ofta förvärras med tiden måste det anses att behandling av trauma som gett kliniska manifestationer i form av PTSD eller depression ska indicera "behandling som inte kan anstå". Särskilt kombinationen PTSD och depression är i detta sammanhang allvarlig (*Roth 2006*). Även asylsökande har nytta av behandling av PTSD (*Basoglu m fl 2004*).

Den 28 mars 2007 framförde *Paul Hunt*, FN:s "Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health" kritik mot Sverige inför FN:s Human Rights Council i Geneve. Han skriver bl a: "En fundamental mänsklig rättighet, rätten till högsta uppnåeliga hälsa skall åtnjutas av var och en utan diskriminering. Det är särskilt viktigt för sårbara individer och grupper. Asylsökande och papperslösa personer är bland de mest sårbara i Sverige. De utgör just den slags utsatta grupp som internationella mänskliga rättighetslagar tillkommit för att skydda (paragraf 73). Sveriges regering uppmuntras därför att ompröva sin inställning och erbjuda asylsökande och papperslösa personer samma hälso- och sjukvård, på samma grund, som bofasta svenskar (paragraf 75)." *Paul Hunt* skriver också:

*Regeringen och andra som styr över utbildningar...uppmannas introducera "in practice human rights education – into health professionals curricula" och att "health professionals who have already qualified are offered adequate opportunities to undergo human rights training (paragraph 66)." (Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of 15 march 2006 entitled "Human Rights Council". Mission Sweden).*



Regelverk i form av lagar och förordningar är skrivna med en ambition om att vara precisa för att bringa ordning. Men regelverk kan också vara mindre styrande och ge ramar, som t ex hälso- och sjukvårdslagen. Inom vården reglerar legitimationen i olika vårdyrken formellt behörigheter och ansvar. Regelverk är ”partikularistiska”, dvs skrivna för ett avgränsat verksamhetsområde och ett avgränsat sammanhang. Sverige, har liksom andra nationer rätten att stifta sina egna lagar och regler. Det är jurister som skriver lagar och politiker som fattar besluten. Etik är till skillnad från lagar och regler ”universalistiskt” och står för ett förhållnings-sätt och en insikt om humanitet och empati.

Det finns alltså en grundläggande olikhet mellan den etiska värdegrund som präglar t ex FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna och det nationella regelverk som handlar om medborgerliga rättigheter. I den bästa av världar råder ingen konflikt mellan legalitet (det som är lagligt) och moralitet (etik). I en diktatur är motsättningen en självklar konsekvens. Att det finns en konflikt mellan legalitet och moralitet också i vårt land är uppmärksammat i synnerhet när det gäller asylsökande. Konflikten belyses också av första artikeln andra stycket i FN-konventionen mot rasdiskriminering: ”Denna konvention är inte tillämplig på åtskillnader, undantag, inskränkningar...som en konventionsstat gör mellan medborgare och icke-medborgare” (se sid 33).

## Etik, moral och samvete

I sin bok ”En läkares samvete” tar barnläkaren *Lars H Gustafsson* upp den viktiga personliga dimensionen av etik. Etik är en personlig fråga, ett förhållningssätt och ett ansvarstagande. Det är kopplat till samvetet, en inre etisk kompass (*Gustafsson 2006*). Ett personligt etiskt förhållningssätt växer fram som en mognadsprocess i en människas moralutveckling. Utvecklingen går från jag (egoism) till vi (etnocentrism) till alla (altruism).

Det är skillnader mellan human rights (mänskliga rättigheter), social rights och civil rights (medborgerliga rättigheter). Kommunallagen, socialtjänstlagen och hälso- sjukvårdslagen reglerar kommunens och landstingets skyldigheter och ansvar och har som utgångspunkt ”medlemmarnas intressen”.

Vårdetik handlar om ett respektfullt *bemötande* av patienten på lika villkor. Men etik är mer än en fråga om bemötande. Det är också att göra professionella *bedömningar* av medicinska behov och omvårdnadsbehov, där patienters olika behov och intressen synliggörs och beaktas. Sist men inte minst handlar etik om hur gränser sätts för vilken *behandling* eller behandlingsstrategi man väljer respektive inte väljer.

Det är ett stort spann från bindande lagar och regler till internationella deklamationer och yrkesetiska kodexar. Den universella etikens grundbult är människors lika värde och de grundläggande mänskliga rättigheterna (human rights).

## Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms län landsting

Landstingsfullmäktige fastställde i juni 2002 ett policydokument: "Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting inom ramen för en hälso- och sjukvårdsetisk plattform". Denna innebär bland annat att vården "ska ske på lika villkor för hela befolkningen i länet. – Vård på lika villkor innebär att en persons behov av vård ska styra oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet." (*SLL, Värdegrund för hälso- och sjukvården s 20*). "Hälso- och sjukvård skall fördelas rättvist. När resurserna är begränsade ska den som har störst behov av hälso- och sjukvård och omvårdnad ha företräde" (*Ibid s 23*).

# Yrkesetiska codex

På Vetenskapsrådets hemsida, [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se), finns över 100 yrkesetiska riktlinjer för praktiskt taget alla verksamheter som rör mänskligt liv (se bilaga 3).

## Internationella läkarcodex

Under efterkrigstiden har ett flertal internationella dokument tagits fram som handlar om läkarens absoluta lojalitet till den för vilken han har ett medicinskt ansvar. Men läkaren är också en samhällsmedborgare och har som sådan ett vidare ansvar för att bidra till att minska lidande. Många av dessa principer är komplicerade att tillämpa för kategorier som inte har en fast vistelseort eller tillhörighet. Nedan ges exempel på några sådana läkareiska deklARATIONER som har särskild relevans i det här sammanhanget. Särskilt utsatta för etiska dilemman är läkare och andra terapeuter när det handlar om vårdbehov hos asylsökande och i än högre grad personer som vistas i landet utan legalt status. Det är t ex personer som har fått avslag och ett avvisningsbeslut men väljer att stanna kvar i landet, s.k. "gömda" personer och personer som rest in i landet utan att söka asyl eller uppehållstillstånd ("irregular migrants").

### **World Medical Association. Declaration of Tokyo (1975).**

*"The doctor shall not countenance, condone or participate in the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading procedures, whatever the offence of which the victim of such procedure is suspected, accused or guilty, and whatever the victim's belief or motives, and in all situations, including armed conflict and civil strife."*

- Läkaren ska inte erbjuda några tjänster, instrument eller kunskap för att underlätta utövandet av tortyr eller andra former av grym, omänsklig eller kränkande behandling.
- Läkaren ska inte närvara vid utövandet av tortyr eller andra former av grym, omänsklig eller kränkande behandling.
- En läkare måste ha ett fullständigt kliniskt oberoende i beslut om vård för en person för vilken han eller hon har ett medicinskt ansvar.

### **World Psychiatric Association. Declaration of Hawaii.**

#### **Antogs 1977 (reviderad 1983).**

*"Ever since the dawn of culture, ethics has been an essential art of the healing art. It is the view of WPA that due conflicting loyalties and expectations of both physicians and patients in contemporary society and the delicate nature of therapist-patient relationship, high ethical standards are especially important for those involved in the science and practice of psychiatry as a medical speciality."*

Utdrag av några punkter ur denna deklARATION som har relevans i detta sammanhang:

2. Varje psykiater ska erbjuda patienten den bästa tillgängliga behandling som han har kunskap om.
3. Psykiatern ska sträva efter en terapeutisk relation som grundas på ömsidiga överenskommelser.
5. Ingen åtgärd får genomföras eller behandling ges mot eller oberoende av patientens egen vilja, såvida inte patienten pga psykisk sjukdom inte kan se till sitt eget bästa.

### **World Medical Association. Declaration of Lisbon.**

#### **Antogs 1981 (reviderad 1995).**

*"The following Declaration represents some of the principal rights which the medical profession seeks to provide to patients. Whenever legislation or government action denies these rights of the patient, physicians should seek by appropriate means to assure or to restore them."*

Lissabon-deklARATIONEN representerar några av de principiella patienträttigheterna som den medicinska professionen bejakar och befrämjar internationellt. Några av dessa principer återges här i svensk tolkning av läkarförbundet.

- *Varje patient har rätt att bli behandlad av en läkare som han vet är fri att göra egna kliniska och etiska bedömningar utan inblandning utifrån. (I.b)*
- *Patienten har rätt till kontinuitet i vården...Så länge fortsatt medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt. (I.f)*
- *Patienten har rätt att fritt välja och byta läkare. (II.a)*
- *En vuxen tillräknelig person har rätt att...vägra samtycke till alla diagnostiska och terapeutiska behandlingar. Patienten har rätt till nödvändig information för att fatta sitt beslut. Patienten skall klart förstå ... vilka följder ett nekande kan få. (III.b)*

### **WMA declaration concerning support for medical doctors refusing to participate in or to condone the use of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment – Hamburg nov 1997.**

Hamburg-deklARATIONEN tar upp det ansvar som ligger på professionella organisationer att uppmuntra och stödja läkare i deras yrkesutövning så att de kan leva upp till höga etiska principer och stå emot krav eller påtryckningar om att delta i inhumana procedurer.

DeklARATIONEN inleds med att fastslå att på basen av ett antal internationella deklARATIONER:

*”medical doctors throughout the world are prohibited from countenancing, condoning or participating in the practice of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading procedures for any reason.”*

---

*The World Medical Association (WMA) hereby reiterates and reaffirms the responsibility of the organised medical profession:*

- to encourage doctors to honour their commitment as physicians to serve humanity and to resist any pressure to act contrary to the ethical principles governing their dedication to this task;*
- to support physicians experiencing difficulties as a result of their resistance to any such pressure*

---

*WMA finds it necessary:*

- to protest internationally against any involvement of, or any pressure to involve, medical doctors in acts of torture or other forms of cruel, inhuman or degrading treatment or punishment;*
- to support and protect, and to call upon its National member associations to support and protect, physicians who are resisting involvement in such inhuman procedures or who are working to treat and rehabilitate victims thereof, as well as to secure the right to uphold the highest ethical principles including medical confidentiality;*

----

### **ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ([www.swenurse.se](http://www.swenurse.se))**

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Behovet av vård är universellt. I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, däribland rätten till liv, till värdighet och till att behandlas med respekt. Omvårdnad ges utan hänsyn till ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller socialt status.

---

Sjuksköterskan delar med samhället ansvaret för att initiera och stödja åtgärder som tillgodoser människors hälsa och sociala behov i synnerhet vad gäller svaga befolkningsgrupper.

# Konventioner och deklARATIONER om mänskliga rättigheter och hälsa

Det finns ett flertal internationella konventioner, deklARATIONER, överenskommelser och etiska dokument som har stor betydelse inte enbart för läkare utan för all personal inom hälso- och sjukvården. Här följer ett urval av dokument som belyser frågor som uppstår i vården i synnerhet i mötet med traumatiserade och utsatta flyktingar.

*”Legeetik må ved siden av de overordnede moralske forpliktelse også innebære konkrete kunnskaper om de deklarasjoner og koncensjoner som de Forenta Nasjoner, statenes regjeringer og internasjonale legeorganisasjoner har vedtatt og som legene er bundet av. Disse kunnskaper må bli internalisert og resultere i selvolgelige holdinger for en hver som vil utove legeyrket, til en hver tid og under alle omstendigheter” (Eitinger 1993).*

## **FN-stadgan från 1945**

FN, Förenta nationerna, används första gången 1942 under andra världskriget av Frankrike, Kina, Sovjetunionen, Storbritannien och USA i deras gemensamma överläggningar mot axelmakterna (Tyskland, Japan och Italien). Arbetet med stadgan pågick parallellt med krigsinsatser och syftade till att förhindra framtida krig. Stadgan som antogs vid en internationell konferens i San Fransisco föregicks också av ett intensivt lobbyarbete av ett 40-tal frivilligorganisationer. Den inleddes med följande:

*”Vi, de förenade nationernas folk, besluta:*

- *att rädda kommande släktled undan krigets gissel...*
- *att betyga vår tro på de grundläggande mänskliga rättigheterna, på den enskilda människans värdighet och värde, på lika rättigheter för män och kvinnor...”*

## **FN:s allmänna förklaring (declaration) om de mänskliga rättigheterna från 1948**

1948 i Paris antogs FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna som en gemensam angelägenhet för alla folk och nationer. Den antogs efter mer än 1 400 omröstningar. Respekten för mänskliga rättigheter och människors inneboende värde är grundvalen för rättvisa och fred i världen. Rätten att söka fristad (asyl) stadgas som en grundläggande mänsklig rättighet (artikel 14) liksom rätten till en levnadsstandard som är tillräcklig för hälsa och välbefinnande, hälsovård och nödvändiga sociala förmåner (artikel 25).



## **Europarådets konvention angående skydd för mänskliga rättigheter och fundamentala friheter 1950 samt 11 protokoll 1952-1994**

Förutom arbetet med globala, internationella överenskommelser har det utarbetats regionala konventioner. Den sk Europakonventionen bygger på FN:s deklaration men ger den ett starkare status genom att den upphöjs till en bindande konvention. Europadomstolen inrättas som en överstatlig instans för att pröva efterlevnaden.

### **Flyktingkonventionen 1951 (New York protokollet 1967)**

I artikel 1 definieras begreppet "flykting". Den som på grund av händelser som inträffat före den 1 januari 1951 (vidgat till händelser efter den 1 januari 1951 i New York protokollet) känner välgrundad fruktan för att bli förföljd på grund av ras, religion, nationalitet, medlemskap i social grupp eller politisk uppfattning och befinner sig utanför sitt land och inte kan eller inte vill, på grund av denna fruktan, skyddas i sitt land.

### **FN-konventionen mot alla former av rasdiskriminering, CERD (1966)**

Konventionen fördömer rasdiskriminering varmed avses "varje skillnad, undantag, inskränkning eller företräde på grund av ras, hudfärg, härkomst eller nationellt eller etniskt ursprung som har till syfte eller verkan att omintetgöra eller inskränka erkännande, åtnjutande eller utövande på lika villkor av mänskliga rättigheter och grundläggande friheter på politiska, ekonomiska, sociala, kulturella eller andra områden av det offentliga livet" (Artikel 1 pkt 1).

Det görs dock ett förbehåll i Artikel 1 pkt 2: "Denna konvention är inte tillämplig på åtskillnader, undantag, inskränkningar eller företräden som en konventionsstat gör mellan medborgare och icke-medborgare." Det innebär att konventionen inte är tillämplig på inskränkningar som avser personer som inte är folkbokförda, t ex asylsökande.

### **International Bill of Human Rights 1976**

FN-konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter från 1966 lyfter FN:s allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna ytterligare genom att den blir lagligt bindande. Tillsammans utgör dessa tre International Bill of Human Rights från 1976.

### **FN konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (1984)**

I artikel 1 definieras tortyr. a) varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon, b) handlingen skall

vara förenad med specifika syften, information, bekännande, straff, diskriminering, c) det skall ske på anstiftan, samtycke eller medgivande av företrädare för ”det allmänna”.

- I artikel 3 sägs att ingen person får utlämnas till ett stat där det finns grundad anledning att tro att han riskerar tortyr. (”non-refoulement”)
- Artikel 10 talar om undervisning och information om förbudet mot tortyr till bl a medicinsk personal.
- Artikel 14 talar bl a om att medel skall säkerställas för ett så fullständigt återvinnande av hälsa som möjligt.

### **FN:s Barnkonvention 1989**

Det tog tio år från idé till beslut men ingen annan konvention om mänskliga rättigheter har fått ett sådant internationellt gensvar. Konventionen är ratificerad av 191 länder. Somalia som inte haft en fungerande regering har inte skrivit på. USA saknas också på listan.

Barnkonventionen väver samman två grupper av mänskliga rättigheter nämligen dels de individuella socioekonomiska rättigheterna, dels de medborgerliga och politiska. Konventionen är ett folkrättsligt bindande dokument till skillnad mot deklarationer som mer är uttryck för en gemensam god vilja (t ex FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter).

- Några av artiklarna i barnkonventionen är allmänna och återfinns i FN:s allmänna deklaration om mänskliga rättigheter. Artikel 2 mot diskriminering, artikel 23 om rättigheter för funktionshindrade, artikel 30 om minoriteters rätt, artikel 37 om skydd mot tortyr och våld och artikel 39 om åtgärder för rehabilitering efter våld, tortyr m m.
- Några artiklar är allmänna men kräver särskilt hänsynstagande: Artikel 6 om rätt att överleva och utvecklas, artikel 7 om rätt till identitet, artikel 12 om rätten att uttrycka sin åsikt i frågor som rör barnet och att beredas möjlighet att höras, artikel 22 om rätt till skydd och humanitärt bistånd för barn som söker flyktingstatus, artikel 24 om rätt till hälso- och sjukvård och bästa uppnåeliga hälsa, artikel 34 om skydd mot sexuella övergrepp och artikel 36 mot människohandel.
- En tredjedel av artiklarna har ett specifikt barnperspektiv: Artikel 1 om vem som är barn, artikel 3 om att barnets bästa skall komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, artikel 9 om barnets rätt till kontakt med sina föräldrar, artikel 18 om föräldransvaret, artikel 19 om skydd mot vanvård m m, artiklarna 28 och 29 om rätt till utbildning och utveckling, artikel 32 mot barnarbete och artikel 38 om att personer under 15 år inte skall delta i fientligheter eller rekryteras till väpnade styrkor.

**Istanbul protokollet (FN, 1999)**

Istanbulprotokollet är en manual för ”The effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment” utarbetad med ett deltagande från över 30 organisationer i olika länder. Det belyser globala etiska och legala aspekter och ger vägledning kring hur en somatisk och psykologisk/psykiatrisk utredning genomförs och hur fysiska och psykiska kliniska fynd och symtom dokumenteras.

# Psykosociala faktorer och asylsökandes psykiska hälsa

Flyktingar utgör det kanske mest extrema exemplet på mänsklig förmåga att överleva trots stora förluster och kränkningar av mänsklig identitet och värdighet. Flyktingar är ”ordinära människor som upplevt extraordinära situationer.”

Asylsökande kommer ofta från krigshärjade och socialt kaotiska områden. Många asylsökande har i hemlandet, eller under flykten, bevittnat och/eller varit utsatta för organiserat våld, tortyr, sexuella övergrepp eller andra former av övergrepp av mänskliga rättigheter. Tortyr är en extrem form av kränkning där ett centralt syfte är att underminera personens identitet och integritet. Att ha varit utsatt för mänsklig ondska kan påverka personens tilltro till andra människor och mänskligheten (*Silove 1999*).

Asylsökande är en speciellt utsatt grupp då de vanligen har tvingats bryta från sitt stödjande sociala nätverk och har hamnat i en situation av isolering och beroende av myndigheter. Delar av familj och släkt finns ofta kvar i hemlandet och det kan finnas oro och osäkerhet kring deras situation och oro för om de utsätts för repressalier pga det man gjort.

Betydelsen av mottagandet i det nya landet för flyktingars psykosociala hälsa har belysts i flera studier (*Silove och Ekblad 2002*). Aktuella livshändelser interagerar med tidigare traumatiska erfarenheter och påverkar den aktuella hälsosituationen (*Søndergaard 2002*). I en grupp evakuerade Kosovo Albanska flyktingar uppvisade 37 procent initialt symtom på PTSD (*Roth 2005*). Efter 18 månader hade andelen ökat till 80 procent. Symtom på depression ökade på samma vis.

Förlust av sociala nätverk och separation från familjen har betydelse framför allt för utveckling av depression men även av PTSD.

*Atxotegui*, chef för en multikulturell psykiatrisk pionjärverksamhet i Spanien beskriver den psykosociala migrationsprocessen med en modell bestående av sju sorger-förluster (”seven grieves-losses”): familj och vänner, språk, kultur, hemland, status, kontakt med egen etnisk grupp och fysisk risk. Svårigheter att uttrycka sorgen kan ge psykologiska problem. (*Atxotegui 2001*).

Den israeliska forskaren *Aaron Antonovsky* myntade begreppet KASAM, känsla av sammanhang (*Antonovsky 1991*). Hög KASAM ger större möjligheter att klara av livets dilemmer.

Traumatiska händelser kan leda till utveckling av ett Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och till en depression men också till andra allvarliga psykiatriska tillstånd som depression, fobier, personlighetsstörningar och paniktillstånd (*Foa m fl 2000, Silove 1999*). Människor som varit utsatta för trauma har en sårbarhet vid nya situationer av belastning. Allvarliga trauman och hot påverkar individens

möjlighet att kunna knyta an till andra människor och innebär en ökad risk för att utveckla kroppsliga sjukdomar (*Foa m fl 2000*).

Förekomsten av PTSD varierar hos flyktinggrupper. Kliniska studier har visat på förekomster mellan 4-86 procent för PTSD och på 5-31 procent för depression hos flyktinggrupper (*Hollifield m fl 2002*). I Sverige har aktuell forskning visat på en förekomst mellan 18-33 procent av PTSD hos flyktinggrupper (*Søndergaard och Ekblad 1998*). Hos en grupp bosniska flyktingar som kom till Sverige 1993 förekom PTSD symptom hos 33 procent (*Thuselius och Håkansson 1999*) och hos en grupp irakiska flyktingar 37,2 procent (*Søndergaard 2002*). *Al Saffar* har i en avhandling visat på en förekomst av PTSD på 53-69 procent hos en invandrar-grupp på en psykiatrisk mottagning i ett mångkulturellt område med många flyktingar (*Al-Saffar 2003, Al-Saffar m fl 2003*). Kvinnor och människor med tidigare psykisk ohälsa är riskgrupper för utveckling av PTSD (*Silove 1999*).

I en rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom (*SOU 2005:2*) visas ett bristande psykiskt hälsotillstånd för många av föräldrarna till barnen med uppgivenhetssymtom. Enligt bedömning av BUP personal hade en stor del av föräldrarna (särskilt mödrarna men även många fäder) haft psykiska störningar både före och efter ankomsten till Sverige. Det psykiska tillståndet bedömdes ha kraftigt försämrats för föräldrarna i form av djupa depressioner, ångest och i många fall suicidförsök.

## Asylprocess, asylmottagande och den psykiska hälsan

Livssituationen för asylsökande innebär många psykiska påfrestningar. Många nyanlända kan uppfatta situationen som att "resan" är över. När behandlare möter asylsökande i detta skede handlar problematiken ofta om upplevelser de har med sig från hemlandet eller flykten. Men snart kommer en insikt om att det bara är ett fåtal som får uppehållstillstånd. (*Tunström 2005*)

### Väntan

Tiden från det man lämnar in sin asylansökan och till dess man får ett slutgiltigt besked har ökat. Det är svårt att få fram statistik från hur väntetiderna var under 1980- och 1990-talen. Dåvarande generaldirektören för Statens invandrarverk, *Tord Palmlund*, skriver 1987 om tiden i väntan på förläggning. "Vistelsen skulle ha varit kort men kan nu vara fyra till tio månader." (*Ny i Sverige. En tidning från invandrarverket nr 5 sid 1, 1987*). I en utredning från 1988 ("Kortare väntan") menar utredaren att beslut i klara ärenden ska fattas direkt och i oklara ärenden inom sex veckor. Det är naturligtvis helt andra siffror än de som är aktuella idag. Bilden nedan visar hur handläggningstiderna varit under åren 1999 till 2005. (*Källa Migrationsverkets årsredovisningar 2001-2005*).

## Handläggningstider i asylärenden



Väntan på ett första beslut från Migrationsverket har under perioden 1999 – 2005 legat på ett genomsnitt av 250 dagar. Majoriteten har då fått ett avslag och de flesta har då överklagat till Utlänningsnämnden. Väntetiden har där varit i snitt 200 dagar och efter sammanlagt 450 dagar har då i allmänhet ett andra negativt beslut kommit. Hos dem som söker psykiatrisk vård har avslagsbeslutet ofta satt igång eller återaktualiserat en stark ångest. Frågan om uppehållstillstånd eller inte kommer att dominera medan andra psykiska problem trängs olösta tillbaka.

Efter detta har många lämnat in nya ansökningar, vilket har kunnat göras ett obegränsat antal gånger. På så sätt har många kommit att vistas mycket länge i landet och väntat på nya besked i hopp om att det så småningom skulle bli positivt. Frågan om uppehållstillstånd dominerar och det finns inte utrymme för vare sig framtidsplanering eller bearbetning av det förflutna. Det är ett väntans tillstånd där tiden inte kan användas konstruktivt.

### Osäkerhet om framtiden

I början på 1980-talet var den andel som beviljades uppehållstillstånd stor och det fanns en optimism och ett framtidshopp under asyltiden. Det är något som successivt förändrats och idag får de flesta avslag. År 2005 fick 87 procent av dem som sökte asyl avslag hos Migrationsverket. Majoriteten av dem som fick avslag överklagade till Utlänningsnämnden. Av dem fick närmare 90 procent avslag. Många gick vidare med sk ny ansökan. Uppgifter varierar om hur stor andel som i slutändan fick uppehållstillstånd. Kanske är det 25 procent. Den långsiktiga trenden under en 30-års period har varit att allt färre fått asyl. Vad som ligger bakom

detta kan inte enkelt besvaras. En del av förklaringen är att de människor som söker asyl idag har helt annan bakgrund än för 20 år sedan, en annan är att den politisk styrningen har ökat.

Den ökande andelen avslag har inneburit ökade påfrestningar på såväl asylsökande som på personal som möter asylsökande. En förutsägbarhet, tillförsikt och optimism har vänts i oförutsägbarhet, misstro och pessimism och möjligheten att skapa stödjande informella nätverk har utarmats. En konsekvens av det är en ökad efterfrågan på professionellt stöd. Trenden de senaste månaderna (från hösten 2006) är enligt Migrationsverkets bedömning att en högre andel just nu får uppehållstillstånd (40-50 procent). Det kan ha många förklaringar: den nya utlänningslagen, den nya processordningen, förändrad praxis eller pga att många asylsökande är irakier och de beviljas i hög grad uppehållstillstånd.

### **Boendesituationen**

Tidigare var de asylsökande hänvisade till att bo på förläggning. Det hade och har för- och nackdelar. Nackdelen är och var en ofrihet och en institutionaliseringseffekt, fördelarna att förläggningen kan erbjuda viss service med t ex barnverksamheter, närhet till handläggare inom Migrationsverket och lätt tillgänglig förläggningssjukvård. Nackdelarna ledde till att man i mitten på 90-talet beslutade om alternativet "Eget boende", dvs den asylsökande fick själv välja att ordna boende genom släkt, vänner eller på annat sätt. I och med detta försvann allt förläggningsboende på vissa håll, t ex i Stockholm. Många asylsökande hamnade i ett dilemma i valet mellan eget boende för att kunna vara i Stockholm och ett förläggningsboende där man måste lämna Stockholm. Valet blev många gånger att hellre stanna i Stockholm och ta detta psykosociala lidande än att flytta till andra län med möjlighet till bättre boende.

# Asylsökande i psykiatrisk vård - en problembeskrivning

I en rapport till regeringen 2000 redovisar Socialstyrelsen (*Lassenius, 2000*) en journalstudie om psykiatrisk vård för asylsökande från verksamhetsåren 1997-2000. Studien omfattade psykiatrisk heldygnsvård i Uppsala vid Akademiska sjukhuset och vid avdelningar på S:t Görans sjukhus, Stockholm. Av de undersökta patienterna vårdades en tredjedel under åtminstone en del av vårdtiden enligt LPT. Samtliga fall gällde omedelbar vård och vård som inte kunde anstå. I nästan alla fall hade vården skett på grund av uttalade depressiva symtom med inslag av ångest och desperation. I många fall förelåg psykotiska symtom och många patienter hade PTSD.

2003 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Från Stockholms läns landsting undersöktes slumpvis 20 patienter vårdade vid S:t Görans sjukhus (*Jordin och Wistedt 2003*). Också i denna rapport bedömdes att samtliga patientärenden handlade om ett omedelbart vårdbehov eller vård som inte kunde anstå.

Rapporterna drar slutsatsen att en väl utbyggd öppenvård minskar behovet av slutenvård. Vidare konstateras att det finns ett behov av förbättrad samverkan mellan psykiatri och primärvård samt att tydliggöra ansvaret för samordning mellan olika aktörer i landstingsområdet. Det framkommer också att det finns en brist på landstingsövergripande mål och vårdprogram och pekar på ett behov av att satsa mer på fortbildning av personal.

## Transkulturellt Centrums erfarenheter

Transkulturellt Centrums erfarenheter bygger på konsultationer, rådgivningar och utbildningstillfällen. Här sammanfattas några av de problem som vårdpersonal uppger:

- Hälsomottagningarna för asylsökande har svårigheter med att remittera asylsökande patienter till öppenvårdspsykiatrin. Remisserna kan komma i retur utan bedömning.
- Vissa öppenvårdspsykiatriska mottagningar tar inte emot asylsökande patienter utan hänvisar till Länsakuten (avser inte bara föräldrar till barn med uppgivenhetssymtom).
- Det finns en okunskap på många håll om regelverket om asylsökandes rätt att få tillgång till psykiatrisk vård men utbildning om asylopsykiatrisk vård ses inte som ett prioriterat utbildningsområde.
- Psykiatriska vårdenheter blir mycket ojämnt belastade eftersom asylsökande ofta bor/befinner sig/vistas hos släktingar i de mångkulturella förortsområdena.
- Det finns oklarhet om var asylsökande bör vårdas.
- Svårigheter med bedömning och diagnostisering av psykisk ohälsa och



psykisk sjukdom och i synnerhet suicidriskbedömningar hos asylsökande patienter.

- Svårigheter med bedömning av tortyr, trauma, PTSD, kriser i anslutning till asyltiden och avslag, kvinnomisshandel, neuropsykiatriska utredningar, och psykologtestningar.
- Bristande transkulturella kunskaper kring bemötande och omvårdnad.
- Svårigheter med intygsskrivande.
- Konflikter och polarisering som uppstår inom personalgruppen.
- Vårdpersonal som arbetar med asylsökande anser att de inte får tillräckligt stöd och kan känna sig marginaliserade.
- Vårdpersonal kan uppleva att de är brickor i svensk asylpolitik.
- Det saknas ett systematiskt FoU-arbete för att utveckla den asylpsykiatriska vården.
- Problem med tolkning.

## Var ska asylsökande vårdas?

Asylsökande är registrerade på en adress hos Migrationsverket. Praxis idag i vården är att asylsökande i första hand vårdas på den vårdenhet som han/hon tillhör enligt den adress som han/hon finns registrerade på hos Migrationsverket. Men uppgiften om den adressen är inte per automatik tillgänglig för landstinget. Det finns inte ett enkelt system i analogi med folkbokföringen för bofasta för att få fram en adressuppgift för asylsökande. Den asylsökande är i regel själv bärare av informationen. Den kan vara inaktuell som reell vistelseadress.

Asylsökande flyttar ofta inom länet eftersom de inte har tillgång till ett mer varaktigt boende. Vården är hänvisad till att använda den adress patienten uppger. Vid tveksamhet är praxis på många håll att Migrationsverket kontaktas. Men det kan innebära ett brott mot sekretesslagen eftersom det innebär att migrationsverket genom detta får information om att den asylsökande har kontakt med psykiatri. Det kan också hända att personen är gömd och då får inte migrationsverket kontaktas. (Se också ovan under ”Riktlinjer, juridik”).

- Asylsökande patienter vårdas i första hand vid den klinik (motsvarande) inom vars upptagningsområde han/hon har sin adress enligt Migrationsverkets registrering. Före eventuell kontakt med Migrationsverket ska patientens samtycke inhämtas.
- De principer för valfrihet som gäller bofasta gäller även för asylsökande:
  1. Patienten har rätt att på eget initiativ byta psykiatrisk klinik.
  2. Mottagande klinik kan endast undantagsvis avböja patientens val och då enbart av starka medicinska skäl.
  3. Bytet avser kliniken i dess helhet, d v s både öppen- och slutenvård men byte av klinik kan inte ske under en pågående slutenvårdsepisod.
  4. Bytet avser både frivillig vård och vård enligt LPT och LRV om det vårdbehovet uppstår efter att patienten gjort sitt val.

# Flyktingen och behandlaren

Inom psykiatrin kan behandlaren hamna i en situation av osäkerhet om vilken roll han/hon har gentemot den asylsökande. Betydelsen av sjukvårdspersonalens lojalitet med patienten och självständighet gentemot migrationsmyndigheter betonas av WHO (2003). WHO lyfter fram vikten av utbildning av sjukvårdspersonal i mänskliga rättighetsfrågor och betydelsen av lagstiftning så att alla personer får grundläggande förebyggande vård och behandling och att dessa satsningar särskiljs från upprätthållande av migrationslagar och flyktingpolitik.

*“From a human rights perspective, governments should be fostering the independence of the health profession. Its allegiance should first and foremost be to uphold health as a human right. Educating health workers on human rights in relation to irregular immigrants could be a useful way forward to address some of the problems in the health sector. Efforts should also be made to ensure that public policy and law promote the access of all persons to basic preventative and curative health care, and clearly disassociate such access from enforcement of immigration law.”*

*(Health & Human Rights Publication Series, Issue No4, 2003 WHO)*

Asylsökande som kommer till psykiatrin från krigsdrabbade områden, med traumatiska upplevelser kan känna och möta missförstånd och bristande tillit. Patienterna har ofta en bristfällig kunskap om den svenska sjukvården i allmänhet och den psykiatriska vården i synnerhet. Några av dem kommer från områden av världen där det knappt finns någon psykiatrisk vård eller från områden där psykiatrisk vård ses som mycket stigmatiserande. Det händer att asylsökande har erfarenheter av korruption inom vården och av vårdpersonal som deltar i övergrepp och andra former av missförhållanden. Det bidrar också till att de är misstänksamma mot behandlaren. Tillitskrisen är därför en viktig reaktion i behandlingsarbete med traumatiserade flyktingar (*van Tienhoven 2001*).

Det kan vara svårt för behandlaren att förstå en berättelse när patienten har en annorlunda bakgrund och relaterar till en annan erfarenhetsvärld än behandlaren. Särskilt svårt kan det vara att ta emot och försöka förstå berättelser om våld, kaos och övergrepp. En traumatiserad asylsökande patients berättelse kan vara så smärtsam att den överstiger behandlarens förmåga till klinisk inlevelse (“clinical imagination”). *Kirmayer* lyfter fram risken att flyktingar från krigsdrabbade områden missförstås i den psykiatriska vården (*Kirmayer 2003*).

Den traumatiserade flyktingens förlust av tillit och trygghet leder till misstänksamhet och en ökad vaksamhet. Förlusten av makt och autonomi leder till en maktlöshet och beroende. Många flyktingar har kränkts och förödmjukats och

kan bli överkänsliga för kränkningar, bli cyniska, pessimistiska och skydda sig genom isolering. Uppbrottet och det nya, främmande och kaotiska sammanhanget berövar flyktingen hans/hennes referensramar och det bidrar till en upplevelse av otydlighet och förvirring.

Ofta krävs en period av att skapa tillit till behandlaren innan patienten är beredd att berätta om sina besvär särskilt om patienten tidigare varit utsatt för övergrepp och kränkningar.

Hur psykisk sjukdom och ohälsa kommuniceras påverkas av kulturella faktorer (Kirmayer 1989, Bäärnhielm 2003). Patienter kan göra olika kulturellt färgade tolkningar av universella (pato)fysiologiska fenomen.

I en pågående studie vid Psykiatri Sydväst har man funnit att andelen av de asylsökande patienterna som saknar diagnos ("psyk-obs") är orimligt hög. Man kan också se att bara ett fåtal får uppföljning inom specialistpsykiatri (Roth 2007).

I introduktionen till manualen för det diagnostiska systemet DSM-IV (APA, 2002) konstateras att symtom och förlopp av många psykiska sjukdomar påverkas av kulturella och etniska faktorer. Som ett hjälpmedel till att värdera kulturella faktorerers betydelse vid psykiatrisk diagnostik innehåller DSM-IVs appendix ett utkast till en sk kulturformulering (sid 897-898).

En patients berättelse kan tolkas och förstås utifrån olika referensramar och utifrån olika syften. Etnologen Eva Norström diskuterar i en avhandling om asylprocessen diskrepansen mellan lagstiftning och direktiv å ena sidan och praxis och utfall å andra sidan. För skapande av en berättelse pekar Norström på lyssnarens betydelse och poängterar att "*Hur man lyssnar på och tolkar en annan människas berättelse påverkas av vad målet med detta lyssnande är*" (sid 190). Norström beskriver hur människors berättelser ofta följer enkla stereotypa mallar. I en grupp som delar erfarenheter av exempelvis förföljelse skapas en kollektiv referensram. Patienter med liknande bakgrund kan ge sjukdomsberättelser som till innehåll och form liknar varandra. Norström pekar på att det kulturbundna i berättandet kan av lyssnaren tolkas som klichéartat (Norström 2004).

Kulturella olikheter kan också finnas mellan patienten och behandlaren om hur man berättar om sig själv, ser på sig själv och minns. Denna potentiella trovärdighetskris blir mångdubbelt värre i formella förhör inför migrationsmyndigheter där ansökan om asyl ska prövas rättsligt (Kirmayer 2003).

Asylutredarens förhållningssätt kan präglas av en viss misstänksamhet och ett ifrågasättande. Berättelsen ska värderas utifrån ett legalt perspektiv (Utlänningslagen) och ett behov av framtida skydd skall bedömas. Asylprövningen inom Migrationsverket har genomgått förändringar. Utredarna har inte på samma sätt som tidigare förhör med den sökande. Om den berättelse som den sökande och dess ombud lägger fram bedöms som sannolik är grundprincipen att inte ifrågasätta.

Behandlarens lyssnande präglas av en stor generositet där det motsägelsefulla och minnesluckor inte bara är tillåtna utan till och med kan ses som bekräftelser på en traumatisering. Berättandet värderas utifrån ett terapeutiskt perspektiv. Återupprättandet av det berättande jaget är ett mål. Processen är konstruktiv och berättelsen kan sägas vara målet. Det kan vara viktigt som behandlare att vara medveten om detta. Om man som behandlare blir alltför involverad i asylprocessen kan rollen bli otydlig.

### **Suicidrisk**

Asylsökande är en sårbar grupp, risk för suicid ökar vid PTSD, depression och ett svagt socialt stöd (*Ekblad och Roth 2002*). Det finns ingen rikstäckande epidemiologisk kartläggning av förekomst av självmord och självmordsförsök bland asylsökande (*Ferrada-Noli 2002*). I en aktuell avhandling om psykisk hälsa hos invandare i Sverige visar Westman (*Westman 2006*) att födelseland, socioekonomisk status och kön har samband med självmord och psykiatrisk inläggning. Westman drar slutsatsen att en nyckelfaktor för att förhindra självmord är tidig upptäckt och behandling av psykisk sjukdom.

En noggrann psykiatrisk bedömning är en förutsättning för att kunna göra en suicidriskbedömning av asylsökande patienter. Självmord är en mångfacetterad händelse som är svår att förutse i det enskilda fallet (*Wasserman 2001*). Syftet med bedömning av suicidrisk hos asylsökande är att identifiera de akuta behandlingsbehoven och förebygga utveckling av den eventuella självmordsprocessen (*Ferrada-Noli 2002*).

### **Vårdprogram för vård av suicidnära patienter**

Stockholms läns landstings regionala vårdprogram (MPA 2002) ger en gemensam grund för arbetet med suicidnära personer i Stockholm. I vårdprogrammet konstateras att alla suicidnära patienter som kommer till sjuk- och hälsovård ska, oavsett vårdnivå, genomgå en kvalificerad värdering av suicidrisken. Bedömningen bör göras strukturerat, systematiskt och grunda sig på ingående samtal med patienten, närstående och journalhandlingar. Vikten av att upprepa dessa bedömningar till dess patienten bedöms vara ute ur farozonen poängteras.

Betydelsen av att alltid erbjuda och rekommendera en psykiatrisk kontakt för suicidnära patienter lyfts fram i vårdprogrammet. Varje suicidnära patient ska utredas med avseende på psykiatriska diagnoser av betydelse för suicid (depression, missbruk/beroende, psykos, personlighetsstörning). En tids direkt observation av en suicidal patient ökar precisionen i diagnostiken. Samtliga patienter som gjort ett suicidförsök rekommenderas bli bedömda av en psykiatrisk specialistläkare. Aktuell eller svårbedömd suicidrisk bör medföra inläggning och psykiatrisk vård.

I vårdprogrammet beskrivs att flera situationer, en del helt vanliga, kan sänka människans försvar och göra henne mer mottaglig för depression och suicidtankar. Den akuta bedömningen av suicidrisk är en form av krisintervention där patientens mest aktuella behov behöver uppmärksammas och bemötas. Suicidriskbedömningen syftar till att värdera den aktuella suicidbenägenheten mot bakgrundsfaktorer som psykopatologi, suicidal process och aktuell problemsituation. Suicid kan även förekomma hos en person i djup kris utan djupare psykopatologi. Närstående ska alltid kontaktas i samband med den akuta bedömningen, förutsatt att patienten inte motsätter sig. Bedömningen bör resultera i en individuell behandlingsplan. Denna bör innefatta rutiner för utvärdering av behandlingseffekt och föreskrifter för när och under vilka omständigheter behandlingen ska omprövas eller avslutas.

### **Asylsökande och suicidriskbedömning**

Bedömning av suicidrisk och behandlingsplanering bör följa samma principer när det gäller asylsökande som för alla andra suicidnära patienter. Utöver detta behöver den asylsökandes utsatta situation uppmärksammas. Den asylsökande befinner sig i en socialt osäker situation och saknar ofta stöd av anhöriga och nätverk. Asylprocessens väntetid och de olika momenten i asylprocessen är speciella belastningsfaktorer. Vid suicidriskbedömning är det viktigt att värdera såväl belastande faktorer som skyddsfaktorer, som trots allt kan finnas runt den asylsökande.

Bedömning av psykopatologi hos asylsökande bör omfatta en noggrann värdering av tidigare trauma, traumarelaterade symtom och kulturella faktorerens betydelse för uttryck av ohälsa. Behandlingsplanen behöver utformas utifrån en realistisk värdering av den asylsökandes situation. Suicidriskbedömningen görs som en grund för behandlingsplanering och inte primärt som ett moment i asylutredningen eller för att skriva ett intyg eller utlåtande.

### **Psykossjukdom hos asylsökande**

Det krävs en uppmärksamhet på förekomsten av psykossjukdom hos asylsökande. Deras livssituation innebär att de utsätts för eller har utsatts för en rad riskfaktorer. Migration är i sig en viktig riskfaktor för schizofreni (*Canntor-Graae m fl 2003; Cantor-Graae och Selten 2005*). Det finns olika hypoteser kring mekanismerna för detta. Ett långvarigt "socialt misslyckande ("social defeat") kan öka risken för schizofreni.

I en studie från Malmö visar *Zolkowska* med flera på betydelsen av sociala misslyckanden och stress för insjuknande i psykos hos invandrapatienter (*Zolkowska 2003*). Migration kan vara mycket stressbelastande men att man samtidigt måste vara uppmärksam på patienters bemästringsstrategier och styrkor (*Bhurga 2004*).

### **Regionalt vårdprogram för patienter med psykos, speciellt schizofreni**

I Stockholms läns landstings (2003) regionala vårdprogram för patienter med psykos konstateras att en lång period av obehandlad psykos får anses som prognostiskt negativt för såväl förlopp som grad av tillfriskande för den enskilde patienten. Vidare poängteras vikten av att det initiala omhändertagandet vid förstängångsinsjuknande i psykos anpassas till den enskilde patientens behov.

Asylsökande patienter med ett nyinsjuknade i en psykossjukdom eller med en långvarig psykossjukdom behöver ett kontinuerligt stöd och behandling enligt riktlinjerna i Stockholms läns regionala vårdprogram. I arbetet med asylsökande patienter behövs en uppmärksamhet på differentialdiagnostiska överväganden. Data tyder på svårigheter vid transkulturell diagnostik av psykossjukdom. I det diagnostiska systemet DSM-IV (2003) pekas på att kliniker behöver ta hänsyn till patientens kulturella sammanhang vid diagnostik av schizofreni och övriga psykotiska sjukdomar. I mötet med asylsökande behöver man också tänka på att såväl patienten som dennes anhöriga ofta har bristfälliga kunskaper om hur sjukvården fungerar. Ytterligare en faktor att vara uppmärksam på är att övriga samhälleliga stödinsatser till hjälp för den sjuke ofta är obefintliga eller mycket begränsade. Patientens nätverk blir en mycket viktig resurs att samarbeta med, även om nätverket är litet och skört.

# Barnen och de vuxna asylsökande



Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) inom Stockholms läns landsting gav år 2005 ut en skrift "Barnpsykiatrisk arbete med asylsökande" (Tunström 2005). I denna ges ett viktigt kunskapsunderlag som i väsentliga delar gäller såväl barnen som de vuxna asylsökande.

Skriften inleds med policy och riktlinjer antagna av BUP-divisionen beträffande arbete med asylsökande barn, ungdomar och familjer. Policyn utgår från barnkonventionen som betonar alla barns lika rätt (se även sid 34). Det innebär att asylsökande barn ska ha samma rätt till bedömning och behandling som alla andra barn i Sverige. Skyldighet för vårdpersonalen att göra anmälan till socialtjänsten (SOL kap 14 § 1) gäller på samma sätt för asylsökande familjer som för alla andra familjer (Tunström 2005 s 3).

Ett bekymmer inom barnpsykiatri som tas upp är föräldrarnas psykiska problem och att det ofta är mycket svårt för vuxna asylsökande att få psykiatrisk behandling (Tunström 2005 s 10). Det är eller blir ett barnpsykiatriskt problem.

Vuxenpsykiatri skall ha en beredskap för att behandla föräldrar i de fall det är nödvändigt för barnens vård inom barn och ungdomspsykiatri. Särskild ersättning utgår för detta (se bilaga 1, sid 68). Sedan våren 2005 finns en vårdkedja för barn med uppgivenhetssymtom. BUP har ett samordningsansvar och vuxenpsykiatri, via länsakuten på S:t Görän, en viktig roll för asylsökande föräldrar med egna psykiatriska problem (Wiberg 2006).

Det är viktigt att också synliggöra att vuxna asylsökande patienter kan vara föräldrar, att det finns barn. Samverkansformer som främjar ett familjeperspektiv behöver utvecklas. Barnens rätt till vård och stöd behöver uppmärksammas och tillgodoses. Det kan gälla kontakter med barnhälsovård, primärvård, somatisk vård eller barn- och ungdomspsykiatri.



# Samverkan

Migrationsverket har ansvar för det mesta som rör den enskilde asylsökande. Migrationsverket har två roller, den ena gäller asylprövningen (se sidan 17 och 52), den andra avser mottagandet och innebär ett socialt och ekonomiskt ansvar. Här ingår ett ansvar att ordna boende, ge ekonomiskt bistånd, erbjuda visst stöd för personer som väljer att ta emot boende genom Migrationsverket (förläggningsboende). Också när det gäller ersättning för handikapphjälpmedel och rullstolar är det Migrationsverkets ansvar.

I samband med reformen som innebär rätt för asylsökande att välja sitt eget boende talades om att kommunerna skulle få ett större ansvar. Den som har behov av socialt stöd, t ex hjälp i hemmet, kan inte få den hjälpen om han/hon tackar nej till Migrationsverkets erbjudande att flytta till förläggning. Det är då kommunen som har det yttersta ansvaret men det utgår ingen särskild statlig ersättning för sådana insatser.

Socialtjänsten har inte något särskilt lagstadgat ansvar för asylsökande vuxna personer. Däremot har Socialtjänsten det yttersta ansvaret för alla som vistas i kommunen.

För att få stöd av socialtjänsten genom LSS (Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade), finns bosättningskrav, dvs folkbokföringskrav. Därmed omfattas ej asylsökande.

När det gäller barn som omhändertas pga LVU är det Migrationsverket som står för ersättning för behandling t ex institutionsvård. Behöver hela familjen vara på en behandlingsinstitution är även det Migrationsverkets ansvar. På detta finns ett relativt nytt rättsfall. Sedan den 1 juli 2006 har kommunerna tagit över det sociala ansvaret för ensamkommande minderåriga. Migrationsverket sluter avtal med ett antal kommuner för mottagandet av ensamkommande minderåriga. Dessa kommuner kommer att ha ett yttersta ansvar för dessa barn. En förordning reglerar statlig ersättning för detta.

Samtidigt har kommunen enligt 2 Kap 2 § SoL det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd de behöver. Om en person som är asylsökande ansöker om bidrag eller stöd måste socialtjänsten utreda och socialnämnden göra en bedömning. Man måste pröva frågan. Det kan finnas situationer där bistånd genom socialtjänsten i vissa fall kan vara möjligt. Här finns oklarheter och i de fall som kommun och stat har olika åsikter går frågan vidare till rättslig prövning. En sådan fråga som prövats är ansvar för kostnader kring begravning för en person som sökte asyl och som dog under väntetiden i Sverige. Beslutet blev att det var Migrationsverkets ansvar.



# Språk och tolkning



Förvaltningslagen ålägger myndigheter att använda tolk vid behov, vilket innebär att myndigheten avgör om tolk ska användas men individens behov och önskemål ska styra avgörandet (SOU 2005:37 kap.5). Förvaltningslagen (1986:223) § 8 lyder:

*”När en myndighet har att göra med någon, som inte behärskar svenska eller som är allvarligt hörsel- eller talskadad, bör myndigheten vid behov anlita tolk.”*

Länge ansågs det svårt, ja näst intill omöjligt att bedriva terapeutiskt arbete genom tolk. Men under 1980-talet ökade behovet att nå patienter över språkgränser för att möta den alltmer mångkulturella patientgruppen. En pionjär på området tolkning inom hälso- och sjukvården var psykiatern *Gunnar Söderbaum (Söderbaum 1985)*.

Tillgången på tolkar, tolkarnas utbildning och erfarenheter varierar mycket mellan olika språk och det råder stor brist på auktoriserade eller kvalificerade tolkar på många, i synnerhet mindre språk. 2004 fanns cirka 5 000 yrkesverksamma tolkar i hela landet, varav drygt 800 var auktoriserade (SOU 2005:37). Av dessa hade 88 speciell kompetens i sjukvårdstolkning och de gällde huvudsakligen finska (21), bosniska (24) och spanska (34). Det är viktigt att vara uppmärksam på problem som uppstår pga att tolkar med mycket ojämna kvalifikationer används. Det skapar svårigheter såväl för den som upphandlar tolktjänster som för tolkanvändaren. Det behövs självfallet utbildning av vårdpersonal i att arbeta med tolk.

Det är också angeläget med metodutveckling och diskussioner om strategier i behandlingsarbete med tolk. Utifrån bakgrund och utbildning, personlig stil och praktiska tolkerfarenheter kan tolken utveckla olika roller på en skala från ”language-switching operators” till mer komplext aktiva ”co-constructors of the interaction”. Behandlaren behöver vara medveten om sina förväntningar på vad kvalificerad tolkning innebär (*Williams 2005*). Det finns goda erfarenheter av att behandlare talat med tolken i förväg om hur de som behandlare ser på tolkuppdraget, så att ”tolken inte skall behöva gissa” (*Broms och Lundberg 1994*).

Behandlare kan uppleva svårigheter med tolk. De tycker att de är besvärade av en tredje person i rummet och det skapas ett filter mellan behandlare och patient. Behandlaren förlorar en del av kontrollen över vad som sägs och hörs. I samtal genom tolk förändras språkformen. Det blir mer monologistiskt, lineärt, sakligt medan det är svårare att förhålla sig cirkulärt och reflekterande. Behandlaren ansvarar för nivån, begripligheten. Tolkar kan genom lång erfarenhet av sjukvårdstolkning bli så sakkunniga att de omtolkar ett professionellt komplicerat språk till ett mer vardagsnära språk. Å andra sidan kan tolken också ”förbättra”

patientens språk genom val av språknivå vid tolkningen

I tolkade samtal ska behandlare sträva efter att tala kort och göra pauser som medger tolkning, tala i jag-form och rikta sig till patienten med blick och tilltal. Om patienten tenderar att enbart tala med tolken kan man be tolken att inte ständigt ha blickkontakt med patienten och också stundom be tolken flytta sig något bakåt.

Tolksamtal som gäller asylsökande och flyktingar skiljer sig från samtal genom tolk i längre psykoterapier. Det är en sårbar och ofta kaotisk situation där det kan finnas misstro och där patienten kan känna en misstänksamhet mot tolken som kanske är landsman. Under tiden som asylsökande möter personen tolkar i många olika sammanhang: juridiskt ombud, asylutredare vid migrationsverket, migrationsdomstolen osv. Ibland kan det vara samma tolk i olika sammanhang om det är en "liten" språkgrupp. Då kan tolken bli som ett "sanningsvittne". Likheter med förhörserfarenheter kan skapa svårigheter.

Alternativ till tolk är link-workers eller bilingual co-workers. Det är personer som har samma modersmål som patienten och som har erfarenheter av svensk hälso- och sjukvård och tillräckliga svenska språkkunskaper. Det kan fungera för större språkgrupper (*Raval 2005*).

# Handledning



Arbetet med asylsökande och flyktingar kan påverka vårdpersonalen känslomässigt och det kan negativt inverka på kvaliteten i behandlingsarbetet. Den traumatiserade patientens berättelse och reaktioner kan leda till motreaktioner hos terapeuten i form av skuldkänslor, aggressivitet, rädsla, sorg och/eller en inre klivenhet mellan att bli ett uppgivet offer eller drömma om att bli den som befriar patienten och därmed sig själv från lidandet.

Därför argumenterar många med erfarenheter från sådant arbete om behovet av handledning. Handledning ska ses som en av flera åtgärder i ett paket av "care for care-givers". Där ingår "team-building", ledarskap, urval av personal och en klar behandlingsfilosofi.

Inom kliniskt psykiatriskt arbete är handledning ofta en självklarhet. Men varför behövs särskild, kompletterande handledning i arbetet ned flyktingar och asylsökande? Det kan det vara värt att reflektera något kring. Det är väsentligen tre nivåer eller perspektiv som blir eller kan bli aktuella:

- patienterna har andra kulturella erfarenheter eftersom de är nya Sverige och det kan därför finnas en transkulturell problematik,
- många är traumatiserade och det är en tematik som är svår att möta om man som behandlare inte har handledning (*Lansen 2004, Tienhoven*),
- asylsökande befinner sig i en situation där förutsättningarna för behandlaren är eller upplevs vara mycket speciella och kringskurna och man kan uppleva maktlöshet.

*Johan Lansen*, holländsk psykiater och psykoanalytiker, specialist inom området extrem psykotraumatisering och handledning har utöver allmänna argument för handledning inom psykiatri lyft fram två huvudfaktorer som talar för handledning (*Lansen J 2000*).

1. Behovet att förvärva mer kunskap och erfarenhet. Det gäller i detta sammanhang dels följd effekter av psykiskt traumatiserande händelser, dels följd effekter av asylprocessen. Brister i kunskaper eller erfarenheter kan exempelvis leda till att man "inte förstår fallen", inte kan uppmärksamma traumatisering eller kulturella faktorer eller använder olämpliga terapeutiska metoder.
2. Risken att personalen blir "utbränd" eller utvecklar symtom på sekundär traumatisering. Traumatisisk stress förs in i vårdrelationen och skadar vårdpersonalen genom en process av medkänsla, utmattning och identifikation. Personal kan fastna i positioner av polarisering:
  - a. en fixering i en position av för stor medkänsla och för liten inre distans, vilket medför att man trasslar in sig i terapier och förvirring, brist på framsteg, känslor av hjälplöshet och ilska hos terapeuten,

- b. en fixering i en position av alltför stor distans, förlust av medkänsla, ofta efter en period av för starkt engagemang följt av besvikelse och känslor av hjälplöshet och skuld.

Lansen påpekar att det naturligtvis finns många andra problem i behandlingsarbetet som också blir teman under handledning: att faktiskt hantera en patients aggression, etiska problem i samband med behandling av "förövare", konflikt med tolkar, "klassisk" psykiatri, samverkan med andra vid behov av behandlingsinsatser som saknas vid enheten etc. Men kategorierna "uppfattning av fallet" och "motöverföring – traumatisk stress" innefattar det viktigaste av det som kommer i fokus.

# Kvalitetssäkring



Erfarenheter från forskning och projekt visar på betydelsen av en genomtänkt policy för att kvalitetssäkra psykiatrisk vård för asylsökande (*Watters & Ingleby 2002, Demestrau & Sjöstedt 2004*). Några återkommande rekommendationer är följande:

- Klara riktlinjer om hälso- och sjukvård för asylsökande skall finnas och spridas till all personal i verksamheten genom fortlöpande information och utbildningar. Utbildningarna har också syftet att öka personernas känsla av sammanhang ("KASAM").
- Det gäller att komma till rätta med svagheter som otydliga uppdrag, diffus vårdplanering, svårigheter att överblicka patientens behov och att skapa gemensamma förhållningssätt och att undvika hot som orimliga förhoppningar, långa vårdtider, psykiatisering och att förtydliga behandlingsuppdraget.
- Psykiatrin kan inte göra "allt" och det är viktigt att samverka med andra som kan hjälpa patienten med behov som ligger utanför psykiatrin.
- En tjänst för omvärldsanalys som kan reagera snabbt på förändringar som gäller de asylsökande och som kan ge lämpliga råd till hälsovården är väsentlig.

## Praktiska konsekvenser och ansvarsfördelning inom SLL

### Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN/HSN-förvaltningen)

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningsansvar är övergripande och handlar om att beställa, avtala och följa upp avtal så att den som betalar för vård får tillgång till vård och att given vård blir betald. För gruppen asylsökande m fl är detta komplicerat. Enligt gällande ordning är det migrationsverket som betalar den statliga ersättningen och därmed ytterst avgör om det blir en ersättning i det enskilda fallet. Det innebär att vården inte alltid ersätts. Ersättning följer schabloner och det innebär att den inte nödvändigtvis täcker kostnaderna. HSN-förvaltningen ansvarar för att styra upp detta och ersätter vårdgivaren för vård av asylsökande som redovisas även om det visar sig att landstinget inte får kostnaden täckt. Vårdgivaren får också ersättning för vård som ges till gömda barn. Vård av t ex gömda vuxna ersätts inte.

### Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

SLSOs ledning ansvarar för att det finns rutiner för övergripande samordning, hantering av ersättningsfrågor, policydokument samt att det ges information och

utbildning till verksamhetschefer. SLSO skapar övergripande förutsättningar för att patienter har tillgång till den vård de är berättigade till, oavsett legalt status.

**Verksamhetschefer – enhetschefer** ansvarar för lokala rutiner för redovisning och rapportering, lokal tillämpning, information och utbildning till vårdpersonal. Ett gott ledarskap innebär att praktiska förutsättningar skapas så att patienter får tillgång till vård efter behov och oavsett legalt status. Verksamhetschefen ansvarar för att personal som arbetar med asylsökande får stöd: en klar behandlingsfilosofi, team-skapande, integrering i enheten för att motverka marginalisering och tillgång till handledning.

**För den enskilde vårdgivaren** gäller att göra rationella, medicinska bedömningar utifrån situationen i det enskilda fallet och att sätta patientens behov i första rummet. Det är inte rimligt att vårdgivaren i varje enskilt ärende ska kunna i förväg utreda vilken personkrets patienten tillhör eller utreda ersättningsfrågan eller betalningsansvar. Den patient som har ett LMA-kort bör betraktas som asylsökande och få behandling enligt det. Den som inte har LMA-kort bör bedömas utifrån det akuta vårdbehovet. Betalningsansvaret är en fråga som kommer i andra hand.

# Intyg och utlåtanden

De allmänna råd om intyg i asylärenden som tidigare funnits har upphört att gälla och ersatts av föreskrifter om utfärdande av intyg SOSFS 2005:29 och där står bland annat att:

- Verksamhetschefen skall fastställa rutiner och fördela ansvaret för de intyg som utfärdas ... (kap 2 2§)
- Verksamhetschefen skall svara för att det finns rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonal som utfärdar intyg har tillräcklig kompetens för uppgiften med hänsyn till ändamålet (kap 5, 1§).

I kap 9 står att den som inte har tillräcklig kompetens och erfarenhet eller som inte kan iaktta krav på opartiskhet, skall avböja att utfärda ett intyg. Ett intyg ska innehålla uppgifter om (SOSFS 2005:29, 10 kap):

1. ändamålet med intyget, om det skall åberopas vid domstol eller annat offentligt eller enskilt rättsförhållande, skall detta särskilt anges i intyget (6§),
2. intygspersonens identitet och hur identiteten styrkts eller om det inte är möjligt ska intygspersonens identitet beskrivas på ett sådant sätt att han eller hon inte kan förväxlas med någon annan person (6§),
3. uppgifter om vad som ligger till grund för intygsuppgifterna (§§ 7 o 8).

## Intyg och utlåtanden i asylärenden

*Kai Bruno*, barnpsykiater med erfarenheter som förtroendeläkare, har sammanfattat några frågor som migrationsmyndigheter brukar vilja ha svar på i intyg och utlåtanden i följande punkter:

1. Vilken diagnos kan ställas?
2. Vilken behandling bedöms nödvändig?
3. Finns det en risk för att tillståndet blir livshotande om inte adekvat vård kan erhållas?
4. Uppgift huruvida adekvat vård kan ges i hemlandet eller inte?
5. För barn: Finns risk för bestående men i barnets psykosociala utveckling vid ett återvändande till hemlandet eller som följd av verkställigheten?
6. Har det funnits psykiska problem före inresan till Sverige?  
Har behandling/vård för detta erhållits?
7. Finns hinder av medicinsk art för genomförandet av verkställigheten?

”Åberopandet av humanitära skäl (”synnerligen ömmande omständigheter”) kan bli aktuella i sista ledet (av asylutredningen), när andra skäl för uppehållstillstånd inte har bedömts föreligga. Då gäller 2 kap. 4 § första stycket i utlänningslagen.

Det kan vara frågan om personer som på grund av sjukdom eller andra personliga förhållanden inte bör nekas uppehållstillstånd. Vägledande är beslut från regeringen att tillstånd kan ges till den som har livshotande sjukdom som han/hon inte kan få vård för i hemlandet eller till den som har ett mycket svårt handikapp. Enbart ekonomiska problem med att få vård i hemlandet har inte ansetts tillräckligt för att få tillstånd. Inte heller att vården i Sverige håller en högre kvalitetsnivå är tillräckligt. När det gäller barn finns också en betoning av risken att ett återvändande till hemlandet kan leda till en betydande risk för barnets hälsa och utveckling.

Vården i Sverige som avses i punkterna 2 och 3 ovan, måste alltså vara livsnödvändig, eller för barn (punkt 5) vara nödvändig för att inte barnet ska riskera att allvarligt skadas i sin utveckling.

När det gäller intyg i samband med verkställighet av beslut handlar det i princip om huruvida personen kan eller inte kan klara en transport från Sverige till hemlandet.” (*Bruno personligt meddelande 2007*).

*Uppgifter i ett intyg som erfarenhetsmässigt kan komma att få betydelse i asylärendet:*

1. Somatiska och psykiska symtom som är eller kan vara följder av tortyr, våld eller annan kränkande behandling,
2. uppgifter om behandlingsbehov och prognos med behandling respektive utan behandling eller ofullständig behandling,
3. om och på vilka grunder en verkställighet av ett avvisningsbeslut kan utgöra en allvarlig hälsorisk.

*Trovärdigheten i ett intyg kan minska om:*

1. Intyget baserar sig enbart på uppgifter från den asylsökande eller dess ombud, uppgifter som kan vara ifrågasatta av den som är mottagare av intyget,
2. intyget utmynnar i ett ställningstagande i frågan om asyl eller uppehållstillstånd som inte är medicinskt, sakligt motiverat,
3. intyget baseras på en enstaka kontakt t ex ett akutbesök i samband med ett negativt beslut och det inte framgår att det finns en vårdplanering eller krisplan som korresponderar med ett eventuellt allvar som kommer till uttryck i intyget.

### **Etiska problem vid intygsskrivandet**

I den nya processordningen ska migrationsverket pröva om det föreligger verkställighetshinder i avvisningsärenden. I samband med det kan intyg eller utlåtanden komma att begäras som gäller huruvida det finns medicinska hinder för en



avvisning. Sådana bedömningar kan i princip resultera i ett ”ja” eller ”nej”. Det är inte förenligt med läkaretiken att ta på sig rollen att avgöra verkställighetshinder. Det kan undvikas genom att man i intyg eller utlåtanden omsorgsfullt belyser det aktuella hälsotillståndet och de risker som finns förknippade med en eventuell avvisning.

Om vårdkontakten enbart gäller ett intyg till stöd för ett uppehållstillstånd blir mötet ofta kontraproduktivt. En förbättring i hälsotillståndet motverkar möjligheterna att skriva ett ”starkt” intyg.

### **Att värdera hälsorisker**

Migrationsmyndigheter kan begära uppgifter som innebär bedömningar av risker. Det är emellertid svårt att bedöma hälsorisker och vad som blir konsekvenser av beslut i asylprocesser eller vid avvisningar.

1. Det går inte att utesluta risker eller garantera riskfrihet, det finns ingen ”noll-risk”,
2. självdestruktiva handlingar betingas inte enbart av medicinska omständigheter eller förekomst av psykisk sjuklighet utan kan vara en desperat handling hos en frisk person som det är omöjligt att uttala sig om i ett intyg,
3. hälsorisker kan inte baseras enbart på diagnoser i synnerhet inte när det gäller psykisk hälsa,
4. hälsorisker på kort och lång sikt finns inte enbart vid avslag utan också vid beslut som innebär ett uppehållstillstånd. Ett utlåtande måste därmed bygga på en svår avvägning mellan olika riskscenarier.



# Ordlista

*Asylsökande m fl* = Person som har ansökt om uppehållstillstånd av asylskäl och som omfattas av Lagen om Mottagande av Asylsökande (LMA). Observera att man omfattas av LMA fram till dess avvisning sker under förutsättning att man samarbetar med utlänningsmyndigheterna. Det är alltså fullt möjligt att tillhöra personkretsen asylsökande trots att definitivt negativt beslut fattats.

*Anhöriginvandring* = Nära anhöriga till person som beviljats uppehållstillstånd och som från sitt hemland söker uppehållstillstånd i Sverige på anknytnings-skäl. Synonymt med anknytningsinvandring. En särskild grupp är de som beviljats tillstånd att vistas i Sverige medan ansökan prövas, se tillståndssökande.

*Anknytningsinvandring* = Se anhöriginvandring.

*Bevisperson* = Tillfälligt uppehållstillstånd för person som vittnar i brottsmål, of-tast mål som rör människohandel, synonymt med T9.

*Flykting* = Definieras av FN:s flyktingkonvention som person som känner väl-grundad fruktan för förföljelse i sitt hemland på grund av ras, nationalitet, tillhö-righet till samhällsgrupp, religiös eller politisk övertygelse. Ibland kallas detta för konventionsflykting.

*Gömda* = Personer som varit asylsökande, som fått avslag och vistas i landet utan tillstånd och håller sig undan migrationsverk och polismyndighet, ibland menas en vidare grupp där alla som saknar tillstånd att vistas (saknar giltig visering) i Sverige inberäknas (se även illegala invandrare).

*Humanitära skäl* = Ett begrepp i tidigare utlänningslag och som var den vanli-gaste orsaken till att uppehållstillstånd beviljades, se även skyddsbehövande, syn-nerligen ömmande skäl och flykting.

*Illegal invandrare* = En mångtydig grupp som har mycket varierande bakgrund. Det kan vara utgångna turistvisum, avsaknad av turistvisum, illegal arbetskrafts- invandring mm.

*LMA* = Lagen om mottagande av asylsökande.

*LMA-kort* = Tillfälligt identitetskort som asylsökande får från Migrationsverket. LMA-kortet berättigar till insatser enligt LMA, bl a hälso- och sjukvård.

*PUT* = Permanent uppehållstillstånd.

*Skyddsbehövande* = Skyddsbehövande är den som har lämnat sitt hemland och har starka skäl att vara rädd för till exempel dödsstraff eller tortyr / behöver skydd på grund av krig eller miljökatastrof i sitt hemland / är rädd att bli förföljd på grund av sitt kön eller sin homosexualitet. Personer som har synnerligen ömmande skäl kan också få stanna i Sverige. Det gäller till exempel den som lider av någon livshotande sjukdom som han / hon inte kan få behandling för i hemlandet.

*Synnerligen ömmande skäl* = Har i den nya utlänningslagen ersatt humanitära skäl. Oklart i dagsläget vad det innebär dock pekar begreppet synnerligen till en mycket strikt bedömning som endast öppnar för ett fåtal fall.

*T3* = Tillfälligt uppehållstillstånd för att genomgå vård/behandling i Sverige.

*T9* = Tillfälligt uppehållstillstånd för person som vittnar i brottsmål, oftast mål som rör människohandel, synonymt med bevisperson.

*Tillståndssökande* = Person som medgetts rätt att vistas i landet när ansökan om uppehållstillstånd prövas (viss anknytningsinvandring, kärleksinvandring mm).

*Turist* = Utländsk person med turistvisum, alternativt utlandssvensk.

*TUT* = Tillfälligt uppehållstillstånd.



## Referenser

- Adler H (2006) Psykiatrins juridik. Juris regelverktyg. Stockholm 2006, 64-86.
- Al Saffar S (2003). *Trauma, ethnicity and posttraumatic stress disorder in outpatient psychiatry*. Dissertation. Psychiatry section, Department of Neurotec, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Al-Saffar S, Borgå P, Edman G, Hallström T (2003) *The aetiology of post-traumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry*. Soc Psychiatr Epidemiology 38:456-462.
- Al-Saffar S, Borgå P, Hallström T (2002). *Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry*. Soc Psychiatr Epidemiology 37:580-585.
- Antonovsky A (1991). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur.
- Ambjörnsson R (1988). *Den skötsamme arbetaren*. Carlssons. Malmö.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, (4th ed.) Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Başoğlu M, Ekblad S, Bäärnhielm S, & Livanou M (2004). *Cognitive-behavioural treatment of tortured asylum seekers: A case study*. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 357-369.
- Borgå P, Al-Saffar S (2007). *Trauma gere posttraumatiskt stressyndrom – en realitet som myndigheter inte vill se*. Svensk Psykiatri 1;28-32.
- Brekke JP (2001). *Velkommen og farvel*. Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Bhurga D (2004). *Migration and mental health*. Acta Psychiatr Scand, 2004;109: 243-258.
- Broms S, Lundberg D (1994) *Psykologiskt arbete med asylsökande flyktingar*. Projektrapport. Flyktingmottagningen. Jörns Vårdcentral.
- Burnett A, Peel M (2001). *Health needs of asylum seekers and refugees*. BMJ 322 p 544-547.

Brunvatne R (1997). *Flyktningers psykiske helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. I: Sveass N, Hauff E: Flukt og fremtid. Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Ad Notam Gyldendal, Oslo sid 101 - 118.

Bäärnhjelm S (2003). *Clinical encounters with different illness realities. Qualitative studies of illness meaning and restructuring of illness meaning among two cultural groups of female patients in a multicultural area of Stockholm*. Dissertation. Division of Psychiatry, Neurotec Department, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Cantor-Graae E, Bøcker Pedersen C., McNeil T F, Bo Mortensen P (2003). *Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study*. British Journal of Psychiatry, 182, 117-122.

Cantor-Graae E & Selten J-P (2005). Am J Psychiatry; 162-24.

Castles S, Miller MJ (1988). *The age of migration*. Macmillan. London.

Demestrau Å, Sjöstedt E (2004) *Projekt Asyl*. Projektrapport. Psykiatri Östra. Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg.

Eitinger L (1993). *Leger og deres identitet*. I: Jakobsson SW m fl: Efter tortyren. CTD:s årsbok 1993, Liber, sid 46 - 53.

Ekblad S, & Wasserman D (2002). *Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord*. Stressforskningsrapport. Institutet för Psychosocial Medicin (IPM).

Farooq S, Fear C (2003). *Working through interpreters*. Advances in Psychiatric Treatment 9, 104-9.

Ferrada-Noli M. (2002). *Tortyr och självmordsbeteende bland asylsökande*, sid 21-24. I Ekblad S, & Wasserman D. Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. Stressforskningsrapport. Institutet för Psychosocial Medicin (IPM).

Foa E.B, Keane,T.M, & Friedman M.J (2000). *Guidelines for Treatment of PTSD*. Journal of Traumatic Stress, 13(4), 539-588.

Ginsburg BE (2003). *Asylsökande och flyktingar bör ha samma rätt till sjukvård som bofasta*. Läkartidningen vol 100, nr 1-2, s 96-97.

Grabos M, Hagström M (2006). *Psykoterapi med tolk. Möjligheter-svårigheter*. Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi. Examensuppsats HT 2006.

Gustafsson L (2006). *En läkares samvete*. Stockholm. Norstedts.

Hollifield M, Warner T.D, Lian N, Krakow B, Jenkins J.H, Kesler J, Stevenson J, & Westermayer J (2002). *Measuring Trauma and Health Status in Refugees. A critical Review*. JAMA, 288, 611-621.

Kohlberg L (1981). *Essays on moral development, volume 1. Philosophy of moral development*. New York: Harper and Row. P 409-12.

Johansson C (2006). *Välkomna till Sverige? – Svenska migrationspolitiska diskurser under 1900-talets andra hälft*. Tema etnicitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier. Linköping.

Kate MA (2004). *The provision of protection to asylum seekers in destination countries*. In: UNHCR New issues in refugee research. Working paper No. 114.

Kirmayer L.J (1989). *Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress*. Social Science and Medicine, 39(3), 327-338.

Kirmayer L.J (2003). *Failures of imagination: the refugee's narrative in psychiatry*. Anthropology & Medicine. 2003;10(2):167-85.

Laban CJ et al. (2004). *Impact of long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands*. Journal of Nervous and Mental Disease. 192, p 843-85.

Lansen J (2000). *Varför handledning?* Kantt nr 1, Socialstyrelsen.

Lansen J, Haans T (2004). *Clinical Supervision for Trauma Therapists*. In: Wilson JP, Drozdek B. *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and Torture Victims*. Brunner-Routledge, New York, Hove.

Löwén Å (2006). *Asylexistensens villkor. Resurseer och meningsskapande hos asylsökande barn i Sverige*. Akademisk avhandling. Teologiska institutionen, Uppsala Universitet.

McLeod M (2003). *Asylum – a strange sort of sanctuary*. The Economist. March 2003.

Mirsafdari E (2003). *Svensk asylpolitik. En studie av väntetiderna och dess konsekvenser*. Magisteruppsats i statsvetenskap. Linköpings universitet. 2003/09.

MPA, Medicinskt Program Arbete (2002). Stockholms läns landsting, [www.hsn.sll.se/MPA/](http://www.hsn.sll.se/MPA/)

Myrdal A, Myrdal G (1934). *Kris I befolkningsfrågan*, Stockholm, Bonniers.

Noll G, Popovic A (2006). *Flyktingstatus och alternativa skyddskategorier – en statistisk jämförelse och analys*. I: Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. SOU 2006:6 sid 387-451.

Norredam M, Mygind A, Krasnik A (2006). *Tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU*. Läkartidningen 17, vol 103 sid 1317-1319.

Norström E (2004). *I väntan på asyl*. Etnologiska institutionen. Lunds Universitet. Borea, Umeå, 2004.

Ny i Sverige. En tidning från invandrarverket nr 5 sid 1, 1987.

Rachels J (1999). *The Elements of Moral Philosophy*. 3rd ed. McGraw Hill International Editions.

Raval H (2005). *Being heard and understood in the context of seeking asylum and refuge: communicatin with the help of bilingual co-workers*. Clinical Child Psychology and Psychiatry 10 (2), 197-216.

Regionalt Vårdprogram. *Patienter med psykos, speciellt schizofreni*, Medicinskt Program Arbete. Stockholms läns landsting; 2003.

Roth G, & Ekblad S (2002). *Stress-sårbarhetsmodellen I utveckling av den suicidala processen*. Riskgrupper, sid 31-34. I Ekblad, S., & Wasserman, D. Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. Stressforskningsrapport. Institutet för Psychosocial Medicin (IPM).

Roth G (2006). *A prospective study of mental health among mass-evacuated Kosovo Albanians*. Avhandling vid Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet.

Roth G (2007). *Personligt meddelande*.

Sahlin J. Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer. Norstedts 2000.

Selten J-P, Cantor-Graee E (2005). *Social defeat: risk factor for schizophrenia?* British Journal of Psychiatry, 187, 101-102.

Silove D (1999). *The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma. Toward an Integrated Conceptual Framework.* Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 200-207.

Silove D & Ekblad S (Eds) (2002). *How well do refugees adapt after resettlement in Western countries.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 401-402.

Silove D. *The global challenge of asylum.* (2004) In: Wilson JP, Drozdek B. Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees and Torture Victims. Brunner-Routledge. New York, Hove.

SOU 2004:74. Utlänningslagen i ett domstolsperspektiv.

SOU 2005:2. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning.

SOU 2005:37. Tolkutbildning – nya former för nya krav.

SOU 2006:6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.

Söderbaum G, Söder-Lauenstein US (1985). *Ett neutralt språkrör. Om tolkens betydelse i mötet med svensk sjukvård.* Inv o Min nr 4-5 s 32-33.

Søndergaard H.P, & Ekblad S (1998). *Traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar: När ohälsan tiger still – eller talar bruten svenska.* Läkartidningen, 95, 145-1422.

Søndergaard H.P (2002). *Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees.* Dissertation. Stockholm: Department of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health, Karolinska Institutet.

Thuselius H & Håkansson (1999). *A: Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees.* Journal of Traumatic Stress, 12, 167-174.

Tunström A (2003). *Intyg och utlåtanden i asylärenden – en hjälpreda för barnpsykiatrin.* Flyktingenheten, BUP. Stockholms läns landsting.



Tunström A (2005). *Barnpsykiatriskt arbete med asylsökande*. En plattform för BUP i Stockholms län. Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri. Nr 1. Stockholms läns landsting 2005.

Tunström A (1997). *Att berätta sin historia. Levnadsberättelsen och den psykologiska återhämtningen hos traumatiserade*. I Hessle M (red): Barn, flykt och trauma. Omsorgsnämndens rapportserie 97-03. Stockholms läns landsting.

van Tienhoven AH, van Waning A, Veen G. (.....) *Culture, Trauma, Transference and Counter-Transference: A working model for the complex interaction between refugee client and therapist*. Pharos, The Netherlands.

Wasserman D (red). *Suicide – An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.

Watters C (2001). *Emerging paradigms in mental health care of refugees*. Social Science and Medicine 52 p 1709-1718, 2001.

Watters C, Ingleby D (2002). *Good practice in mental health and social care for refugees and asylum seekers*. The European Commission, University of Kent, University of Utrecht.

Westin C (1998). *Temporal and Spacial Aspects of Multiculturalism*. Occasional papers No. 1 1998. CEIFO, Stockholm University.

Westman J. (2006). *Aspects of Mental and Physical Health in Immigrants in Sweden: an Epidemiological Study*. Doktorsavhandling Institutionen för neurobiologi och samhälle, Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet.

WHO (2003). *International Migration, & Human Rights*. Health & Human Rights Publication Series, Issue No4.

Wiberg L (2006). *Från uppgivenhet till skolstart*. Stockholms läns landstings vårdkedja för barn med uppgivenhetssymtom. Rapport 1. Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri nummer 3. Stockholms läns landsting 2006.

Williams L (2005). *Interpreting Services for Refugees: Hearing voices?* International Journal of Migration, Health and Social Care 1 (1) 37-49.

World Migration, IOM, Genève, 2003.

Zolkowska K., Cantor-Graae E, McNeil T.F (2003). The Journal of Nervous and Mental Disease, 191(12); 820-826.

# Bilagor

## Bilaga 1 Utdrag ur överenskommelse mellan SKL och UD:

-----

### **"1. Personkrets**

Denna överenskommelse omfattar sådana utlännningar som avses i 1 § första stycket 1 och 2 lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m fl samt utlännningar som har rätt till bistånd enligt 8 § andra och tredje styckena samma lag och gäller under den tid som utlänningen har rätt till bistånd enligt denna lag. De utlännningar som avses är därmed:

- a) utlännningar som har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige enligt 4 kap. 1 eller 2 § utlänningslagen (2005:716) (asylsökande),
- b) utlännningar som har beviljats uppehållstillstånd med tillfälligt skydd eller uppehållstillstånd efter tillfälligt skydd med stöd av bestämmelserna i 21 kap. 2, 3, 4 eller 6 § utlänningslagen och som inte är folkbokförda här i landet,
- c) utlännningar som vistas på förläggning även efter det att utlännarna beviljats uppehållstillstånd om de inte anvisats eller kunnat utnyttja en anvisad plats i en kommun, samt
- d) utlännningar som inte vistas på förläggning och har rätt till bistånd under en månad från den dag de har beviljats uppehållstillstånd.

Överenskommelsen omfattar även utländska barn och ungdomar som inte fyllt 18 år, som vistas i landet utan att vara bosatta här och som tidigare har omfattats av bestämmelserna i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m fl.

### *Anmärkning:*

Överenskommelsen omfattar inte och staten lämnar inte ersättning för hälso- och sjukvård som ges till:

- a) utlännningar som fyllt 18 år som håller sig undan så att beslut om avvisning eller utvisning inte kan verkställas och som enligt 12 § lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m fl inte har rätt till bistånd,
- b) utlännningar som har ansökt om uppehållstillstånd i Sverige och som av särskilda skäl medgetts rätt att vistas här medan ansökan prövas (1 § första stycket 3 lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.). Dock får Migrationsverket ersätta kostnaderna för hälsoundersökning som görs av smittskyddsskäl för utlännningar som avses i 1 § första stycket 3 denna lag.

Överenskommelsen omfattar inte heller utlännningar som har beviljats uppehållstillstånd och omfattas av det kommunala flyktingmottagandet. Staten lämnar dock under vissa förutsättningar ersättning för varaktig vård som ges till dessa utlännningar.

## 2. Landstingens åtagande

Landstingen åtar sig att lämna följande vård till de personer som omfattas av denna överenskommelse:

- *Personer som fyllt 18 år:* Omedelbar sjukvård enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och omedelbar tandvård enligt 6 § tandvårdslagen (1985:125) samt sjukvård och tandvård som inte kan anstå, preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, förlossningsvård, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen (1998:1472). I de fall föräldrabehandling är nödvändigt för barnets vård, inom barn- och ungdomspsykiatri, bör landstinget erbjuda detta.
- *Personer som inte fyllt 18 år:* Hälso- och sjukvård samt tandvård på samma villkor som barn och ungdomar bosatta inom landstinget.
- *Samtliga:* Hälsoundersökning/hälsosamtal.

## 3. Statens ersättning till landstingen

Staten lämnar ersättning till landstingen för deras åtagande med

- en schablonersättning som lämnas med visst belopp per kvartal och person,
- i förekommande fall särskild ersättning för viss kostnadskrävande vård,
- en schablonersättning för en genomförd hälsoundersökning per person inklusive hälsosamtal och kostnad för tolk i samband med hälsoundersökningen.

### *Schablonersättning*

Statens schablonersättning utgår med visst belopp per kvartal och person i åldersintervallen 0-18 år, 19-60 år samt 61 år och äldre. Den totala ersättningen per kvartal beräknas som schablonbeloppet multiplicerat med det antal personer i respektive ålderskategori som har sitt boende inom landstinget och som är registrerade hos Migrationsverket den sista dagen i varje kvartal. I schablonbeloppen för barn 0-18 år inkluderas all den ersättning som staten ger för hälso- och sjukvård samt tandvård för utländska barn och ungdomar som inte fyllt 18 år, som vistas i landet utan att vara bosatta här och som tidigare har omfattats av bestämmelserna i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m fl.

*Följande schablonbelopp per person och kvartal gäller fr om den 1 juli 2006*

<i>Åldersgrupp</i>	<i>Belopp per person och kvartal</i>	<i>Belopp 2005</i>
0 – 18 år:	3 250 kr	2 545 kr
19 – 60 år:	3 850 kr	2 515 kr
61 år och äldre:	4 900 kr	3 855 kr

De angivna schablonbeloppen ska justeras per den 1 januari varje år med förändringen av konsumentprisindex under tiden den 1 oktober – den 1 oktober närmast

föregående år. I schablonersättningen inkluderas även ersättning för landstingens kostnader för tolk, hjälpmedel och sjuktransport eller sjukresa samt viss administration i samband med ersättningsberättigad vård. Ersättningen betalas ut av Migrationsverket i den månad som följer på varje kvartalsskifte.

Landstingen har utöver den statliga ersättningen rätt att debitera de asylsökande patientavgifter och avgift för sjukresa enligt förordningen (1994:362) om vårdavgifter mm för vissa utlänningar.

### *Särskild ersättning*

För vård åt den personkrets överenskommelsen omfattar lämnar staten särskild ersättning, om kostnaden för en vårdkontakt uppgår till mer än 100 000 kronor beräknad enligt riksavtalet för hälso- och sjukvård. Den särskilda ersättningen ska motsvara den kostnad som överstiger 100 000 kronor och beräknas enligt riksavtalets bestämmelser. I de fall föräldrabehandling är nödvändigt för barnets vård, inom barn- och ungdomspsykiatri, skall även kostnaderna för föräldrarna kunna ingå i en vårdkontakt. Särskild ersättning utbetalas efter ansökan ställd till Migrationsverket efter avslutad vårdkontakt. Om vårdkontakten är långvarig kan utbetalning ske kvartalsvis i efterskott.

### *Hälsoundersökningar/hälsosamtal*

Parterna är överens om att landstinget skall erbjuda nyanlända personer som omfattas av denna överenskommelse hälsosamtal/hälsoundersökning snarast efter att de har etablerat boende i landstinget och registrerats av Migrationsverket. I samband med att ansökan om uppehållstillstånd behandlas skall verket informera de sökande om landstingens åtaganden att lämna viss hälso- och sjukvård liksom viss tandvård mm. enligt denna överenskommelse. Migrationsverket ersätter landstinget för en genomförd hälsoundersökning med 1 845 kronor inklusive tolkkostnad i samband härmed. Beloppet skall årligen justeras med förändringen av konsumentprisindex på samma sätt som schablonersättningen. Ersättningen utbetalas kvartalsvis i efterskott efter ansökan.

### *Ansökningstid*

En ansökan om särskild ersättning ska ha kommit in till Migrationsverket senast inom sex månader från utgången av det kalenderår ansökan avser. Ansökan om ersättning för hälsoundersökning/hälsosamtal skall ha kommit in till Migrationsverket senast vid utgången av det kvartal som är närmast efter hälsosamtalet.

### *Övriga åtaganden*

Staten åtar sig att genom Migrationsverket och inom ramen för gällande lagstiftning ge landstingen sådana uppgifter att landstingen kan uppfylla sina åtaganden enligt denna överenskommelse.”

-----

Personkrets	Nyckeldokument	Tillgång till	Ersättning	Avgift	Identifikation
Asylsökande > 18 år	Överenskommelse hälso- & sjukvård för asylsökande m fl	Omedelbar vård + vård som ej kan anstå. Dessutom graviditets-relaterad vård	Faktureras HSN	Enligt förordning SFS1994:362	LMA
Asylsökande > 18 år som beviljats PUT men ej folkbokförts	Se ovan	Fullständig hälso- och sjukvård	Faktureras HSN	Gällande patientavgifter	LMA
Asylsökande < 18 år	Se ovan	Fullständig hälso- och sjukvård	Faktureras HSN	Enligt förordning SFS1994:362	LMA
Gömda barn < 18 år	Se ovan	Fullständig hälso- och sjukvård	Faktureras HSN	Enligt förordning SFS1994:362	Ingen Tidigare haft LMA
Förvarstagna	Se ovan	Se asylsökande	Faktureras HSN dock om folkbokförd – ingen extra ersättning	Enligt förordning SFS1994:362	LMA alt medföljande vårdare
Bevispersoner	HSL	När ansökan föreligger se asylsökande, När T9 föreligger fullständig hälso- och sjukvård	Faktureras HSN	Gällande patientavgifter	Intyg eller annan handling utfärdad av förundersökningsledare. Därefter T9.
Asylsökande < 18 år utan PUT boende hos vårdnadshavare som har PUT	HSL	Fullständig hälso- och sjukvård	Ingen extra ersättning (ordinarie anslag/ ersättning)	Gällande patientavgifter	Ej LMA
Gömda vuxna > 18 år	HSL 4§	Omedelbar vård	Patienten har eget betalningsansvar	Självkostnadspris	Ej LMA eftersom de ej sökt asyl
Vuxna som vistas här utan giltig visering och som ej sökt asyl tidigare	HSL 4§	Omedelbar vård	Patienten har eget betalningsansvar	Självkostnadspris	Ej LMA eftersom de ej sökt asyl
Barn som vistas här utan giltig visering och som ej sökt asyl tidigare	FN:s Barnkonvention	Fullständig hälso- och sjukvård	Patienten har eget betalningsansvar	Självkostnadspris	Ej LMA eftersom de ej sökt asyl
Vuxna som givits rätt att vistas i landet medan ansökan om uppehållstillstånd prövas, s k "tillståndssökande"	HSL 4 §	Omedelbar vård	Patienten har eget betalningsansvar.	Självkostnadspris	Ej LMA eftersom de ej sökt asyl
Barn som givits rätt att vistas i landet medan ansökan om uppehållstillstånd prövas, s k "tillståndssökande"	FN:s Barnkonvention	Fullständig hälso- och sjukvård	Patienten har eget betalningsansvar.	Självkostnadspris	Ej LMA eftersom de ej sökt asyl



# Yrkesetiska codex

## Bilaga 3

1. OECD Guidelines on Managing Conflict of Interest in the Public Sector
2. Handbook on Ethical Issues in Anthropology
3. Etisk kod Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
4. International Code of Ethics for Midwives ( I svensk version från Svenska Barnmorskeförbundet)
5. Etiska riktlinjer från Sveriges Farmaceutförbund
6. Ethical Principles for Art Therapists
7. Code of Conduct for Life Science Professionals
8. Etiska riktlinjer för psykoterapeuter (Psykoterapicentrum)
9. Etiska regler för terapeutisk verksamhet (Sveriges Auktoriserade Gestalt-terapeuter)
10. Ethical Principles for Psychologists and Code of Conduct (APA)
11. Ethical Guidelines of the European Association for Psychotherapy
12. Yrkesetiska principer för psykologer i Norden
13. Etiska regler från Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
14. Svensk version av sjuksköterskornas internationella etiska riktlinjer
15. Nightingale Pledge
16. Code of Ethics for Emergency Nurses (Emergency Nurses Association)
17. Yrkesetiska riktlinjer för socionomer (SSR)
18. Etiska riktlinjer i socialt arbete (SKTF)
19. Etiska riktlinjer från Sveriges Tandläkarförbund



**ISBN: 978-91-977017-0-9**

Stockholms läns sjukvårdsområde  
Box 17914, 118 95 Stockholm  
Besöksadress: Folkungagatan 44  
Telefon: 08-555 740 00, Fax: 08-555 740 95  
[www.slo.sll.se](http://www.slo.sll.se)