



STRESSFORSKNINGSRAPPORTER

Stress Research Reports

Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord

Solvig Ekblad • Danuta Wasserman (red.)

Nr 304–2002

INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN – IPM
National Institute for Psychosocial Medicine

TIDIG UPPTÄCKT OCH PREVENTIV BEHANDLING AV ASYLSÖKANDE I RISKZONEN FÖR SJÄLVMORD

Redaktörer: Solvig Ekblad • Danuta Wasserman

Ansvarig utgivare: Töres Theorell

INSTITUTET FÖR PSYKOSOCIAL MEDICIN — IPM

som inrättades 1981, utvecklar, värderar och förmedlar kunskap om psykosociala aspekter på olika hälso- och sjukdomsprocesser. Föreståndare: professor *Töres Theorell*

FORSKNINGSOMRÅDEN

Social miljö och hälsa. Chef: *professor Töres Theorell*

Arbetsmiljö och hälsa. Chef: *professor Torbjörn Åkerstedt*

Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Chef: *professor Danuta Wasserman*

Barn och trauma. Chef: *docent Frank Lindblad*

Stressmottagningen. Chef: *docent Aleksander Perski*

Invandramiljö och hälsa. Chef: *docent Solvig Ekblad*

Stressforskningsrapporterna ges ut i ett samarbete mellan **IPM** och **Avdelningen för stressforskning** vid **Karolinska Institutet (KI)**, som också är WHO:s psykosociala samarbetscentrum och **Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP)** vid IPM/Stockholms läns landsting som också är WHO:s samarbetscentrum.

Innehållsförteckning

Förord	5
<i>Solvig Ekblad och Danuta Wasserman</i>	
IPMs verksamhet	7
NASPs verksamhet	8
Inledning	9
<i>Solvig Ekblad och Danuta Wasserman</i>	
Del 1. Omfattning och utbredning	13
Suicidalitet bland invandrare	13
<i>Ilkka Henrik Mäkinen</i>	
Sjukvårdspersonalens kunskaper om patienters eventuella trauma- erfarenheter	17
<i>Tedde Gyllenstedt</i>	
Tortyr och självmordsbeteende bland asylsökande	21
<i>Marcello Ferrada-Noli</i>	
Del 2. Lagar och rutiner för asylmottagande i Sverige	25
Behovet av samsyn i bemötandet mellan myndigheter	25
<i>Ewa Lidström, Magnus Rydén och Anders Westerberg</i>	
Asylsökande och suicid	28
<i>Allan Grönwald och Håkan Sandesjö</i>	
Del 3. Bemötande	31
Stress-sårbarhetsmodellen i utvecklingen av den suicidala processen. Risk- grupper	31
<i>Göran Roth och Solvig Ekblad</i>	
Asylsökande och psykisk hälsa: Bedömning av självmordsrisk	37
<i>Susanne Ringskog</i>	

Transkulturellt förhållningssätt i mötet	40
<i>Sofie Bäärnhielm och Solvig Ekblad</i>	
Psykiatriska och psykoterapeutiska aspekter på suicidalitet hos asylsökande	43
<i>Leena Maria Johansson</i>	
Samtalet mellan utredaren och den asylsökande	47
<i>Rudi Firnhaber</i>	
Del 4. Förslag på prioritering av åtgärder	53
Vilken ny kunskap behövs?	53
<i>Solvig Ekblad och Danuta Wasserman</i>	

Bilagor

1. Minnesanteckningar från möte den 15 februari, 2001
2. Adresslista till författarna
3. Svensk flyktingpolitik och definitioner på centrala begrepp
(internetkälla: Migrationsverket, www.migrationsverket.se)
4. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso-
och sjukvård för asylsökande m.fl. (2002-02-21)
5. Flyktinginvandringen fr.o.m. 1980-talet och svenskt medborgarskap under
1992–2001
6. Beviljade uppehållstillstånd 1980–2001
7. Socialstyrelsens allmänna råd om läkarintyg i asylärenden m.m.
SOSFS 1990:27

Förord

Rapporten är framtagen i ett enhetsövergripande samarbete inom Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) mellan enheterna Migration och hälsa och Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention av psykisk ohälsa (NASP). NASP tillhör organisatoriskt förutom IPM också Stockholms läns landstings samhällsmedicinska verksamhet.

I Sverige finns mycket kunskap om såväl suicidologi och självmordprevention som migrationspsykologi och migrationssuicidologi. Men det gäller att se till att denna kunskap sprids och diskuteras bland alla dem som på olika sätt kommer i kontakt med asylsökande. Därför inbjöd vi ett antal specialister inom området till en dialog under två eftermiddagar den 15 februari och 4 september 2001 om denna problematik. Målsättningen för dialogen var att:

- Kartlägga problemets storlek och art vad gäller psykisk hälsa och riskfaktorer för självmord hos asylsökande och andra som söker uppehållstillstånd i Sverige.
- Inventera vilka resurser vi gemensamt och inom ramen för våra verksamheter kan ta fram vad gäller tidig upptäckt och behandling av suicidalitet, samt även fortsatt uppföljning och åtgärder för att främja den psykiska hälsan.
- Utveckla ett samarbete mellan IPM och NASP samt berörda myndigheter (främst Utlänningsnämnden och Migrationsverket) och förbereda en handlingsplan kring dessa frågeställningar.
- Föra ut relevanta kunskaper inom området till människor som kommer i kontakt med självmordsnära asylsökande – främst inom den offentliga sektorn, såsom mödra- och barnhälsovård, förskolor och skolor, ungdomsmottagningar, kommunernas flyktingmottagningar och till dem som bedriver kurser för Svenska för invandrare (sfi).
- Sprida dessa kunskaper till berörda myndigheter, organisationer, läkare, juridiska ombud, media och allmänhet.

Vi vill tacka alla som bidragit till och varit behjälpliga med framtagandet av detta dokument.

Minnesanteckningar från det första mötet bifogas (bilaga 1). Av olika skäl har inte alla lämnat bidrag till dokumentet. En adresslista till de författare som bidragit finns i bilaga 2. Alla inläggen är baserade på de medverkandes beprövade erfarenheter eller på vetenskapliga rön.

Lillemor Katz, informationsansvarig på Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) har varit behjälplig med layouten av rapporten. Inga-Lill Ramberg, informationsansvarig vid NASP har redigerat texten.

Dokumentet kommer att skickas till politiskt ansvariga och myndigheter; fackförbund; forskningsråd; forskningsinstitutioner; landstingsförbundet; Svenska kommunförbundet m.fl. Ytterligare exemplar kan rekvireras från IPM (fax 08-34 41 43) respektive NASP (fax: 08-30 64 39) eller via hemsidan www.psykosocialmedicin.se eller www.sll.se/suicid.

Solna i maj 2002

Solvig Ekblad

Docent, enhetschef
Migration och hälsa vid IPM
Adj universitetslektor vid
sektionen för psykiatri
Neurotec-institutionen,
Karolinska Institutet (KI)
www.psykosocialmedicin.se

Danuta Wasserman

Professor i psykiatri och suicidologi vid IPM och KI
Chef för Nationellt centrum för Suicidforskning och
Prevention av psykisk ohälsa (NASP)
www.sll.se/suicid
Prefekt vid Institutionen för Folkhälsovetenskap,
Karolinska Institutet (KI)
www.ki.se

IPMs verksamhet

IPM, som inrättades 1981, är en statlig forskningsmyndighet under socialdepartementet. IPM har en verksamhet inom forskningsområdet psykosocial medicin som omfattar målinriktad forskning kring sjukvård, förebyggande av ohälsa samt hälsoarbete. Teoribildning och metoder för vetenskaplig forskning samt praktiska tillämpningar utvecklas inom dessa områden. Forskningen är tvärvetenskaplig och innefattar både experimentella studier i laboratoriemiljö och studier under fältförhållanden samt epidemiologiska kartläggningar. Forskargrupperna använder såväl psykologiska som sociologiska mätmetoder, men huvudinriktningen är fysiologisk och medicinsk. I första hand studeras reaktioner från hjärt-kärlsystemet, hormonella reaktioner, reaktioner i hjärnans elektriska aktivitet och immunologiska reaktioner. Utöver forskning ingår också dokumentation, utbildning, rådgivning och information. Forskningen inom IPM sker i ett unikt samarbete med avdelningen för Stressforskning vid Karolinska Institutet som också är WHO:s psykosociala samarbetscentrum samt Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention av psykisk ohälsa (NASP, se sid 8).

Av IPMs instruktion framgår att institutet har till uppgift att bedriva och främja forskning i psykosocial medicin. IPMs del av målet inom utgiftsområde 9 och politikområde Folkhälsa är enligt regleringsbrev att *Folkhälsan ska förbättras för de grupper som är mest eftersatta ur hälsosynpunkt.*

IPMs forskningsverksamhet är indelad i fem olika huvudområden, enligt nedan:

- **Stress i vuxenlivet**

Forskningsområdet syftar till att öka kunskapen om hur stress – såväl inom som utanför arbetslivet – påverkar människors hälsa och funktionella förmåga.

- **Suicidforskning och psykisk ohälsa**

Forskningsområdet syftar till att öka kunskapen om orsaker till självmord och hur självmord kan förhindras.

- **Psykosomatisk hälsa**

Forskningsområdet syftar till att öka kunskapen om människors hälsa och om psykosomatiska sjukdomar.

- **Barn och ungdomars hälsa**

Forskningsområdet syftar till att öka kunskapen om hur barns och ungdomars psykosociala hälsa påverkas av olika slags traumatiska upplevelser.

- **Migration och hälsa**

Forskningsområdet ligger huvudsakligen under det särskilda myndighetsövergripande forskningsprogrammet som syftar till att öka kunskapen om den psykosociala hälsan hos flyktingar och andra invandrare som befinner sig i utsatta situationer till följd av händelser i hemlandet eller på grund av migrationen.

Verksamheten vid Nationellt centrum för Suicidforskning och Prevention av psykisk ohälsa (NASP)

NASP är statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och prevention av psykisk ohälsa. Det nationella ansvaret tillkom genom ett riksdagsbeslut 1993. Sedan 1997 är centret ett WHO Collaborating Centre.

De övergripande målen för verksamheten är att medverka till

- att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök,
- att därutöver så långt möjligt undanröja omständigheter som kan leda till att barn och unga tar sitt liv,
- att tidigt upptäcka och försöka bryta stigande trender av självmord och självmordsförsök i utsatta grupper,
- att öka den allmänna kunskapsnivån om självmord, så att mänsklig gemenskap och samhällseliga åtgärder blir ett stöd för människor med självmordstankar och för människor med upplevelser av närståendes självmord och självmordsförsök.

NASP arbetar med insamling och förmedling av kunskap samt initierar och bedriver forsknings- och utvecklingsprojekt avseende insatser för att främja och förebygga psykisk ohälsa och ytterst självmord. Centret är samordnare för ett nationellt nätverk för självmordsprevention bestående av sex regionala nätverk och leder nätverket för stockholmsregionen. I sin egenskap av ett WHO Collaborating Centre bistår centret WHO-kontoret i Genève och i Köpenhamn med expertkunskap avseende suicidologisk forskning samt implementering och utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Centret bistår WHO i samordningen av världsomspännande självmordsförebyggande forsknings- och utbildningsaktiviteter.

NASPs verksamhet kan delas in i fyra huvudområden

- forskning och utveckling
- analys och uppföljning av epidemiologiska data
- information
- undervisning

Hemsida: www.sll.se/suicid

E-post: suicid.forskning@ipm.ki.se

Inledning

Solvig Ekblad och Danuta Wasserman

Tolv procent utlandsfödda

Sedan andra världskriget har sjukvården i Sverige mött vågor av asylsökande från konfliktområden i världen. Sverige har på kort tid blivit en nation med människor med många olika etniska, kulturella och religiösa bakgrunder, där nu 12 procent av befolkningen är utlandsfödda. De asylsökande har kommit hit av olika skäl. Förutsättningarna är helt olika för asylsökande personer som vistas i Sverige jämfört med den övriga befolkningen. Former, villkor och organisation för sjukvård för asylsökande har förändrats. De har under de senaste åren mött ett mottagarland med ett sjukvårdssystem som varit i en snabb förändringsprocess. I bilaga 3 återfinns information från Migrationsverkets hemsida om aktuella fakta kring svensk flyktingpolitik och definitioner på centrala begrepp.

Hälso- och sjukvård för asylsökande

Landstingen har sedan 1997 ansvar för sjukvården för asylsökande i landet i enlighet med regeringens proposition 1993/94:94 om mottagande av asylsökande m.m. genom särskilt avtal mellan staten (Utrikesdepartementet) och Landstingförbundet. Avtalet förlängdes i mars 2000 och en ny överenskommelse kom till stånd 21 februari 2002 (bilaga 4). Suicidriskbedömning av asylsökande är ett ständigt och komplext problem. Under ett hälsosamtal, som borde bli rutin, skulle man tidigt kunna upptäcka och preventivt behandla asylsökande i riskzonen för självmord. I Socialstyrelsens rapport från ett regeringsuppdrag (2000-04-27 III:15) med syfte att följa upp överenskommelsen med avseende på innehåll och omfattning av den vård som ges till asylsökande m.fl. konstateras bl.a. att det förekommer brister i rutinerna att erbjuda alla asylsökande hälsosamtal. "Omfattningen av genomförda hälsosamtal varierar över landet. I Norrbotten, där samtliga asylsökande omhändertas på en och samma anläggning, blir samtliga hälsoundersökta minst en gång. I Stockholm, där flertalet valt att bo i eget boende, bedömer man att 50–60 procent av de asylsökande erbjuds hälsosamtal. I den register- och journalstudie som redovisas kunde för ett urval på 100 individer bekräftas att 9 av dessa genomgått hälsoundersökning. Ett problem är att lokalisera de asylsökande som valt att bo i eget boende. Så gott som alla huvudmän har brister i rutinerna för att erbjuda hälsosamtal." (Socialstyrelsen 2000-04-27 III:15, sid 3–4).

Själv mord i Sverige

Själv mord är en mångfasetterad händelse som är svår att förutse i det enskilda fallet (Wasserman 2001). I vårt samhälle ger själv mord eller själv mordsnära beteenden ett stort lidande både för personen och dennes familj, det innebär stora ekonomiska kostnader såväl för individen som för samhället och är ett betydande folkhälsoproblem.

Själv mord är den vanligaste enskilda dödsorsaken i Sverige för män i åldern 15–44 år och dödsorsak nummer två efter tumörer för kvinnor i samma åldersgrupp. Enligt den senast tillgängliga statistiken för år 1999 tog 1 518 personer sina liv. Av dessa var 1 050 män och 468 kvinnor. I dessa siffror ingår s.k. osäkra suicid där det är okänt om det handlar om en olyckshändelse eller suicid (299 osäkra suicid + 1 219 säkra själv mord = 1 518). Fler än tio gånger så många försöker ta sitt liv, oftast med överdos av läkemedel.

Cirka vart tionde själv mord sker på grund av påfrestande levnadsförhållanden och existentiella svårigheter utan att någon underliggande psykisk störning föreligger. Många som begår själv mord under inflytande av en depressionssjukdom är obehandlade eller har inte fått adekvat behandling inom akutvård, primärvård och/eller slutenvård. Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård räknas psykisk störning med själv mordsförsök till de allvarliga tillstånd som gör det möjligt att bereda tvångsvård.

De suiciddata som nämns i detta dokument gäller ej explicit asylsökande i Sverige. I dokumentet kommer data att presenteras för flyktingar och övriga invandrare eftersom det många gånger saknas data om asylsökande.

Enligt Ekblad, Janson och Svensson (1996) förknippas följande faktorer med ökad själv mordsrisk hos flyktingar: "tidigare själv mordsförsök eller själv mord inom familjen; isolering, undandragande; tidigare förluster och trauman; upptagenhet i tankarna om döden; tecken på planering för att begå själv mord (personen tar onödiga risker, ger bort saker, skadar sig med destruktiva föremål, etc); personlighetsförändringar, t.ex. i beteenden, attityder, livsstil" (sid 171). Dessa riskfaktorer är inte specifika just för asylsökande, flyktingar eller invandrare, men återfinnes hos de flesta själv mordsnära personer (Wasserman 2001).

Strukturella och kulturella problem

För den asylsökande finns det däremot i högre utsträckning än för andra grupper i samhället strukturella problem som är ansträngande för deras hälsa och välbefinnande såsom brist på arbetsmöjligheter, ekonomiska problem och otillräckligt psykosocialt stöd. Enligt Socialstyrelsens Allmänna råd om hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar (1995:4) har vuxna asylsökande endast rätt till akutvård och vård som inte kan anstå. För vårdpersonal kan det vara svårt att diagnostisera depression och andra psykiska störningar som inte ter sig som akuta eller på grund

av att patienten i första hand presenterar kroppsliga symtom trots att denne både har kroppsliga och psykiska besvär. Synen på dem som visar tecken på psykisk ohälsa och självmordstankar är delvis kulturellt betingad. Detta gäller också graden av acceptans av psykisk ohälsa och självdestruktivitet. Det är därför viktigt att i den psykiatriska bedömningen och diagnostiken även ta hänsyn till kulturella aspekter.

Behov av kompetensutveckling

Det finns behov av kompetensutveckling bland vårdpersonal både vad gäller tidig upptäckt och hantering av verbala och icke verbala signaler om självmord bland asylsökande och vad gäller att förmedla en större medvetenhet om de attityder man har eller att förändra negativa attityder till självdestruktiviteten. Självdestruktiviteten väcker hos oss alla mycket starka känslor som vi alla bör lära oss att hantera (Wasserman 2001).

Konkret handlar det om vårdpersonalens svåra uppgift att identifiera riskpersoner som verkligen behöver vård, och att förebygga en psykiatisering av i grunden normala mänskliga reaktioner som asylsökande kan visa i olika skeden av asylprocessen. En gemensam strävan hos alla berörda aktörer måste vara att förhindra att den asylsökande drivs in i en situation där självmordet blir en oönskad utväg. Fokus måste alltid sättas på individens möjligheter att gå vidare efter traumatiska livshändelser och kriser, oavsett om uppehållstillstånd ges eller inte.

Då antalet asylsökande har ökat i vårt land (från 23 571 asylsökande 2001 till beräknat 30 000 under 2002, bilaga 5 och 6), är det av stort intresse att belysa suicidproblematiken i denna grupp. Detta i syfte att få tillgång till ett underlag som kan användas för implementering av preventiva åtgärder under asylprocessen. En viktig sådan åtgärd är bedömning av självmordsrisken i asylhandläggningen. Hälso-samtal bör erbjudas varje nyanländ, där som en naturlig del ingår frågor om självmordstankar samt kartläggning av risk- och skyddsfaktorer. Långt ifrån alla som har självmordstankar begår självmord. Självmod beror dels på den psykiatriska sjukligheten, dels på individens livssituation och är därför möjlig att i många fall förhindra. Därför bör de asylsökande som idag har begränsad rätt till vård, och vilka bedöms ha ett vårdbehov, erbjudas behandling och vård, ej bara akutvård.

Detta dokument består av fyra delar. Den *första* delen tar upp omfattning och utbredning av suicidaliteten bland asylsökande. Den *andra* delen handlar om lagar och rutiner för asylmottagandet i Sverige. Den *tredje* delen beskriver bemötande. Den *fjärde* delen innehåller förslag på prioritering av åtgärder.

Referenser

- Ekblad, S., Janson, S., Svensson, P-G. (1996) *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.
- Socialstyrelsen (1995) Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar. Stockholm. *Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4*.
- Socialstyrelsen (2000) Innehåll i och omfattning av den vård landstingen åtagit sig att ge till asylsökande m.fl. *Rapport av regeringsuppdrag 2000-04-27 III:15*.
- Wasserman, D. (red) (2001) *Suicide – An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.

Del 1. Omfattning och utbredning

Suicidalitet bland invandrare

Ilkka Henrik Mäkinen

Invandring till Sverige – en kort historik

Människans förmåga och benägenhet att byta lokalitet vid oöverstigliga problem på den gamla boplatsen eller överlägset lockande egenskaper hos den tilltänkta är oss bekanta sedan urminnes tider. I en värld med järnvägar, stora passagerarbåtar och numera även reguljära flygförbindelser har denna företeelse blivit en del av vår vardag¹, samtidigt som ett regelverk för flytt rörelsernas reglering har växt fram².

Under den moderna epoken var Sverige i princip ett utvandringsland ända fram till 1930-talet, med mycket omfattande emigration till först och främst Nordamerika³. Flykting- och arbetskraftsinvandringen från det krigshärjade Europa växte sakta fram på 1940- och 1950-talen för att sedan öka på 1960- och 1970-talen. Från 1972 begränsades dock arbetskraftsinvandringen mycket kraftigt. Från och med 1980-talet blev flyktinginvandringen (se bilaga 5) från länder som Polen, f.d. Jugoslavien, Chile, Eritrea, Somalia, Etiopien, Irak, Iran, Libanon, f.d. Sovjetunionen m.fl. den dominerande formen, även om de flesta som beviljats uppehållstillstånd i Sverige inte uppfyller de normer som anges i 1951 års internationella flyktingkonvention. År 2000 beviljades ca 45 000 uppehållstillstånd av Migrationsverket. Majoriteten av dessa var anhöriga till personer som redan bodde i Sverige.

Det finns olika uppfattningar om vem som borde räknas som "invandrare" (se bilaga 3). I praktiken faller oftast personer som själva invandrat till Sverige samt, eventuellt, deras barn (även om bara en av föräldrarna är invandrare) inom denna kategori. Vuxna barn till personer som erhållit svensk medborgarskap går knappast att spåra i någon statistik, varför de i Sverige boende "invandrarbarnens" kategori får en slagsida mot dem, vars föräldrar behållit sitt gamla medborgarskap.

År 2000 bodde 478 000 personer med utländskt medborgarskap i Sverige. Av dessa var finländare (99 000) den största gruppen, följda av irakier (33 000), norrmän (32 000) och danskar (25 000). Generellt kan man säga att en tredjedel av invandrarna är nordbor, en tredjedel andra européer och en tredjedel kommer

¹ Den 1.1.1998 stod 22.3 miljoner personer i världen på FN:s flyktingorganisations (UNHCR) lista över flyktingar. Till dessa kommer än fler som emigrerar p.g.a. ekonomiska och arbetsmarknadsskäl.

² Särskilda arbets- och uppehållstillstånd krävs i Sverige sedan 1917–18.

³ Emigrationen omfattade sammanlagt 1.5 miljoner människor. Om dess eventuella verkningar på de senare årtiondenas självmordstal, se Lindén 1993.

från länder utanför Europa. Majoriteten av de personer som en gång invandrat har emellertid naturaliserats, dvs. sökt och beviljats svenskt medborgarskap (se bilaga 5). Räknat på detta sätt blir invandrarnas totala antal i Sverige mer än en miljon personer. De största grupperna utgörs av finländare (ca 240 000) och personer från f.d. Jugoslavien (ca 130 000).

Invandrare och suicidala beteenden

Under slutet av 1800-talet växte studiet av samhällets egenskaper och individens position i det fram som faktorer i suicidalt beteende. De tidiga studierna om invandrarna i detta sammanhang gjordes icke oväntat i USA (Cavan 1928). Huvudfrågorna i denna typ av studier har varit huruvida invandrarnas självmord är fler eller färre i det nya landet och huruvida deras relativa antal med tiden tenderar att närma sig värdbefolkningens (dvs. konvergera). Vissa studier har även uppmärksammat de metoder som olika grupper använder vid suicid (t.ex. har kvinnors självmord genom självbränning börjat förekomma i Storbritanniens asiatiska invandrargrupper (Soni Raleigh och Balarajan 1992).

I Sverige finns studier om invandrarnas självmordsdödlighet sedan 1970-talet, även om avhandlingar i ämnet har kommit till först på 1990-talet (Ferrada-Noli 1996, Johansson 1997). Man har studerat invandrare som en hypotetiskt enhetlig grupp, men vanligen (t.ex. Stefansson och Wicks 1993) funnit att denna "grupp" ingalunda är homogen utan består av en stor mängd delgrupper i nationellt-kulturellt hänseende. Härtill kommer att t.ex. köns- eller åldersbetingade beteenden vid suicidala situationer samt inte minst värderingarna av eget eller andras suicidala beteende (Eskin 1995) också är olika hos olika kulturella grupper.

Man kan uppskatta invandrarnas självmord till kanske 225 (15 %) av det samlade antalet på 1 518 självmord i Sverige år 1999. Härav står invandrare av finländskt ursprung för ca hälften p.g.a. sitt stora antal och beständigt höga (mer än två gånger den svenska nivån) suicidalitet⁴. Även invandrare från Norge, Danmark, Baltikum och Ryssland uppvisar höga relativa suicidtal (Johansson 1997), men dessa grupper är något mindre. Självmord bland invandrare från f.d. Jugoslavien har varit nära svensk nivå (ca 13–16 fall per 100 000 och år), medan invandrare från t.ex. Sydeuropa, Mellanöstern och Sydamerika i allmänhet uppvisar lägre tal⁵. Beträffande självmordsförsök måste sägas, att merparten av de 10 försök som uppskattas ske per varje fullbordat självmord aldrig kommer till vårdorganisationens känne-

⁴ De finlandsföddas självmordstal 1990–96 var i genomsnitt 42.3 fall per 100 000 årligen, att jämföras med det allmänna svenska talet på 18.3 (Edström 2000). Se även Mäkinen och Wasserman 2001.

⁵ T.ex. har de invandrade grekernas genomsnittliga självmordstal under perioden 1969–1996 varit endast 4.6 fall per 100 000 och år, att jämföras med det svenska 22.3 (Edström 2000). Dock var t.ex. chilenera överrepresenterade beträffande självmordsförsök i en studie (Mäkinen och Wasserman 2002) av Huddinge sjukhus' upptagningsområde 1989–94. Se även Ferrada-Noli 1996.

dom. Därtill kommer att just detta mörkertal torde variera stort i enlighet med a) självmordsbeteendets acceptabilitet och b) de mest använda självmordsmetoderna i respektive folkgrupp⁶.

Varför tar invandrare livet av sig?

En invandrargrups benägenhet till självmord beror således i första hand på dess bakgrund. Utöver detta finns det en allmän tendens för invandrarna att suicidera något mer än vad deras fränder i hemlandet gör⁷. Denna kan tas som bevis på migrationens stress i sig (se vidare inlägget av Roth och Ekblad), men man måste också uppmärksamma det faktum att invandrarna sällan utgör ett statistiskt genomsnitt av hemlandets population utan är på ett eller annat sätt "selektade" till utvandring. Till exempel tillhör en stor majoritet av den finska invandrargruppen arbetarklassen, medan det i andra invandrargrupper kanske är de resursstarka som har haft möjlighet att utvandra. Sådana frågor och deras betydelse för den "väntade" självmordsfrekvensen får lösas grupp för grupp. En högre geografisk mobilitet verkar medföra högre suicidrisk även i en kulturellt homogen befolkning, kanske på grund av avbrutna sociala kontakter. Så kan det också vara för svenskfödda som flyttar från glesbygd till storstad där den enskilde saknar ett socialt nätverk.

Till slut

Sammanfattningsvis kan sägas, att självmord till sitt väsen har ett mycket starkt kulturellt inslag. För detta talar att det finns mycket stora kulturella variationer i självmordens relativa antal, deras förekomst i olika befolkningsgrupper, ja t.o.m. i tidpunkten och platsen för samt sättet att utföra handlingen (Mäkinen 1997).

Den som invandrar till ett annat land kan bära på vissa latenta grundegenskaper för suicidala beteenden (se även inlägget av Roth och Ekblad). Dessa kan förstärkas eller modifieras beroende på erfarenheter i mottagarlandet samt på tillgången till positiva eller negativa modeller, men också på den kulturella grupptillhörigheten som i vissa fall kan förstärkas vid utvandring och som i vissa fall även kan skydda mot suicidalitet.

⁶ Variationen i detta hänseende är mycket stor bland världens folk: medan t.ex. i Sverige förgiftningar (företrädesvis med läkemedel) utgör den oftast använda metodgruppen (ca 35% av fallen), så utgör hängningarna en stor majoritet av självmorden i Baltikum och Ryssland och skjutvapen spelar viktig roll i USA. Det finns forskning (Whitlock 1971, Burvill m.fl. 1982, för Sverige Edström 2000) som visar på att värdlandets självmordsmetoder sprids bland invandrare som en del av deras allmänna ackulturation.

⁷ För Sveriges invandrare bekräftas detta t.ex. av Ferrada-Noli (1996) eller Johansson (1997).

En viktig faktor i sammanhanget är också den strategi som en invandrargrupp använder, eller blir hänvisad till, i sin ackulturationsprocess⁸ i det nya landet. Berry (1992) t.ex. skiljer mellan integration, separation, assimilation och marginalisering som olika ackulturationstyper. Dessa "stilar" bestäms i första hand av gruppens (individens) egen kultur i förhållande till värdlandets, och dess sociala position i detta land, något som torde hänga intimt samman med syftet för invandringen.

Referenser

- Berry, J.W. (1992) Acculturation and Adaptation in a New Society (sid 60–95). I: *International Migration Review* vol. 30.
- Burvill, P.W., Woodings, T.L., Stenhouse, N.S., Mc Call, N.G. (1982) Suicide during 1961–70 Migrants in Australia. *Psychological Medicine* 12(2):295-308.
- Cavan, R.S. (1928) *Suicide*. Chicago: Chicago University Press.
- Edström, L. (2000) *Invandrare och självmord. Självmordsbeteende bland män och kvinnor från Finland, Jugoslavien, Grekland och Turkiet i Sverige*. Uppsats. Sociologiska institutionen vid Stockholms universitet.
- Eskin, M. (1995) *Suicidal Behavior in Swedish and Turkish Adolescents. A Cross-Cultural Investigation of Prevalence and Psychosocial Factors*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Ferrada-Noli, M. (1996) *Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Behaviour in Immigrants to Sweden. An Epidemiological, Cross-Cultural and Psychiatric Study*. Med dr avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Johansson, L.M. (1997) *Migration, Mental Health, and Suicide. An Epidemiological, Psychiatric, and Cross-Cultural Study*. Med dr avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Lindén, P.-A. (1993) Självmord 1750–1970 (sid 27–52). I: J. Beskow, P. Allebeck, D. Wasserman, M. Åsberg (red.): *Självmord i Sverige. En epidemiologisk översikt*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden, Folksams vetenskapliga råd.
- Mäkinen, I.H. (1997) *On Suicide in European Countries. Some Theoretical, Legal, and Historical Views on Suicide Mortality and Its Concomitants*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Mäkinen, I.H., Wasserman, D. (2001) Suicide Mortality among Immigrant Finnish Swedes. *Forthcoming in Archives of Suicide Research*.
- Mäkinen, I.H., Wasserman, D. (2002) Unemployment and Parasuicide in Times of Mass Unemployment: A Swedish Experience. Manuscript.
- Soni Raleigh, V., Balarajan, R. (1992) Suicide and Self-Burning among Indians and West Indians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry* 161:365-368.
- Stefansson, C.-G., Wicks, S. (1993) Självmord i olika sociala och demografiska grupper 1960–1985 (sid 79–96). I: J. Beskow, P. Allebeck, D. Wasserman, M. Åsberg, (red.) *Självmord i Sverige. En epidemiologisk översikt*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden, Folksams vetenskapliga råd.
- Whitlock, F.A. (1971) Migration and Suicide. *Medical Journal of Australia* 2(17):840-848.

⁸ Med "ackulturation" avses här den process i vilken invandrare med en viss bakgrund möter sitt nya land, dess invånare och kultur. I processen ges de en plats i den nya kulturen medan de själva anpassar sig i den både som individer och som grupp. "Ackulturation" antyder ofta (dock inte nödvändigtvis) att den individuella invandraren över tid blir mer lik värdpopulationen genom att anamma dess kulturella kännetecken.

Sjukvårdspersonalens kunskaper om patienters eventuella traumaerfarenheter⁹

Tedde Gyllenstedt

Inledning

Överlevande från andra världskrigets förintelse- och koncentrationsläger har vittnat om att när de känt behov av att berätta om det hemska som de varit med om så har det varit svårt att finna någon som lyssnat. Ett sådant informationsmotstånd från omgivningen kan ytterligare försvåra den psykiska återhämtningen.

Hur är situationen för dagens asylsökande i Sverige? Hur vanligt är det att någon lyssnar på dem, frågar och försöker förstå det oförståeliga? Vilka faktorer påverkar dialogen mellan en asylsökande och dennes behandlare? Kan det finnas något sunt i att undvika prata om det smärtsamma? Har sjukvårdspersonal tillräcklig kännedom om sina asylsökande patienters traumaerfarenheter för att kunna hjälpa dem på bästa sätt? Följande text är ett försök att lyfta fram "fakta" och funderingar kring ovanstående frågeställningar.

Vad vet sjukvårdspersonalen om sina patienters eventuella traumaerfarenheter?

Under åren 1992–1996 gjorde undertecknad en undersökning angående självdestruktivt beteende – självmordsförsök och fullbordade självmord – bland asylsökande som bodde på invandrarverkets förläggningar i Värmland¹⁰. Ett syfte med undersökningen var att få en uppfattning om hur vanligt det är med självdestruktivt beteende inom denna grupp och hur omständigheterna i de enskilda fallen kan se ut. När undersökningen avslutades hade enkätuppgifter inkommit om 28 män och 25 kvinnor. För att få en uppfattning om dessa personers tidigare exposition för traumatiska livshändelser och stressorer fanns i enkäten en fråga där förläggningssjuksköterskorna ombads svara *Ja* respektive *Nej* om de utifrån sin kännedom hade kunskap om den självdestruktive asylsökanden varit, respektive inte varit, utsatt för tortyr, sexuella övergrepp, fängelsevistelse, krigstjänstgöring, bott i krigsområde eller förlorat nära anhörig i organiserat våld. Saknade de kännedom om huruvida den asylsökande varit utsatt för något av ovanstående ombads de fylla i alternativt *Vet ej*. Om inget av ovanstående alternativ var ifyllt, redogörs det nedan i Tabell 1 enligt kategorin *Ej ifyllt*. Följande resultat erhöles:

⁹ Ovanstående text är hämtad från en längre artikel av undertecknad med rubriken: *Trauma, psykisk hälsa och dialog*. Hela artikeln kan erhållas via Tedde Gyllenstedt (se adresslistan).

¹⁰ Undersökning angående självdestruktivt beteende – självmordsförsök och fullbordade självmord – bland asylsökande flyktingar boende på SIV-förläggningar i Värmland åren 1992-96. Fr.o.m. 940101 ingick även förläggningar i Dalsland, Bohuslän, Västmanland.

Tabell: 1 Förläggningssjuksköterskornas kännedom om exposition för traumatiska händelser och stressorer bland asylsökande som gjort självmordsförsök och fullbordade självmord. Enkätvar.

	Ja	Nej	Vet ej	Ej ifyllt
<i>Män</i>				
Tortyr	6	5	16	1
Sexuella övergrepp	2	6	19	1
Fängelsevistelse	9	6	11	2
Krigstjänstgöring	9	5	13	1
Bott i krigsområde	6	7	12	3
Förlust av nära anhörig i organiserat våld	2	3	22	1
<i>Kvinnor</i>				
Tortyr		11	12	2
Sexuella övergrepp	1	8	14	2
Fängelsevistelse		12	11	2
Krigstjänstgöring		15	8	2
Bott i krigsområde	6	6	10	3
Förlust av nära anhörig i organiserat våld	2	6	15	2

Som framgår av tabellen ovan så var det en stor andel av sjukvårdspersonalen som fyllt i svarsalternativet *Vet ej*, dvs. de markerade att de saknade kännedom om vilka stressorer och traumatiska händelser asylsökanden ifråga varit utsatt för. Detta resultat ges en extra betydelse av ett annat faktum som också kom fram i denna undersökning, nämligen att just asylsökande med självdestruktivt beteende ofta hade tät kontakt med sjukvården. Trots att många av de asylsökande i undersökningen besökte förläggningssjukvården flera gånger i veckan så uppstod tydligen inte någon djupare dialog om de svårigheter som många av dem torde ha varit med om.

Dessa resultat beträffande förekomst av traumatiska händelser bland självmordsnära patienter kan jämföras med vad som har kommit fram i två studier där olika kategorier flyktingpatienter (ej självmordsnära patienter) specifikt utfrågats om de varit fängslade, utsatta för tortyr eller krigshandlingar. Det är svårt att annat än mycket grovt gradera expositionen för sådana händelser, men nedanstående undersökningsresultat ger ändå en viss uppfattning om frekvensen av traumatiska erfarenheter inom en flyktingpopulation.

Den ena studien gjordes 1988 på Roslagstulls sjukhus¹¹ där sjukvårdspersonal i samband med en vanlig hälsoundersökning för asylsökande specifikt frågade

¹¹ Genomförd av Anders Nordström och Anna Persson. Redogjord för i Läkartidningen 1988:43.

patienterna om de varit i fängelse och om de varit utsatta för tortyr. Populationen i studien utgjordes av 186 vuxna konsekutivt hälsoundersökta asylsökande, huvudsakligen från Iran och Chile. Totalt angav 40 % av dessa flyktingar att de suttit i fängelse, varit utsatta för tortyr eller annat svårt psykiskt trauma. Om endast de personer inräknas som varit utsatta för tortyr enligt FN:s definition så utgjorde denna andel 25 % av de undersökta.

Den andra studien som här syftas på är en opublicerad undersökning som har gjorts av Roy Enesten vid FlyktingCenter¹² i Karlstad. Under åren 1990–94 genomförde han en strukturerad intervju av 108 konsekutivt utvalda patienter, 73 män och 35 kvinnor. I den undersökta gruppen var det 75 asylsökande och 33 som hade permanent uppehållstillstånd, (PUT)¹³. De intervjuade kom ursprungligen företrädesvis från Iran, Libanon och forna Jugoslavien. Patienterna i denna undersökning hade själva sökt eller blivit remitterade till mottagningen. Det framkom att 55 % av männen varit fängslade, 40 % i mer än fem månader. Motsvarande siffror för kvinnorna var 25 % respektive 17 %. Dessutom framkom att 52 % av männen hade varit utsatta för tortyr. Fyra av tio hade utsatts för mycket svår tortyr. För kvinnorna var motsvarande siffror vad gällde tortyr 29 % respektive 23 %.

Resultaten i dessa två studier antyder att det bland de asylsökande kan finnas en betydande grupp av individer som har varit utsatta för svåra traumatiska händelser och stressorer. Men, som framkom i min undersökning om självdestruktivt beteende, de svåra erfarenheterna som många bär på är något som de sällan spontant tar upp i samband med sjukvårdsbesök, och också något som den behandlande personalen inte tycks fråga om. Det kan handla om en sorts "samstämmighet" mellan den suicidnära personen och sjukvårdspersonalen. Den suicidnära personen vill eller vågar inte visa sin suicidalitet och tala om sina svåra upplevelser. Sjukvårdspersonalen vågar inte lyssna till de icke verbala signalerna och se den utsatthet och hjälpbehov den suicidnära personen lider av. Självdestruktiviteten väcker hos oss alla mycket starka känslor som vi alla bör lära oss att hantera (Wasserman 2001).

Det kan finnas flera skilda skäl till att en patient väljer att försöka tåla en traumatisk upplevelse. Han/hon kan göra detta trots tydliga minnen av händelsen och svåra besvär och t.o.m. trots att denne kan ana eller vara säker på sambandet¹⁴. Ofta förefaller det finnas en ambivalens hos patienterna huruvida de ska berätta eller inte.

¹² Psykiatrisk mottagning för både asylsökande och flyktingar med uppehållstillstånd, såväl barn som vuxna. Landstinget i Värmland är uppdragsgivare.

¹³ PUT=permanent uppehållstillstånd

¹⁴Välbekant bland terapeuter som kommit i kontakt med våldtagna kvinnor är att en del av dessa p.g.a. skam vägrat att lämna information om sexuella övergrepp vid Migrationsverkets intervju eller vid eventuellt senare komplettering. Även med vetskap om att sådana övergrepp skulle kunna åberopas i asylansökan och eventuellt underlätta möjligheterna att få stanna här i landet, väljer somliga att tåla.

Försök att öppna upp för dialog om det svåra

Det finns anledning att misstänka att behandlare inom sjukvården i alltför liten utsträckning uppmärksammar och går in i en dialog om det smärtsamma som många patienter med svåra traumaerfarenheter bär på. Det är visserligen så att var sak har sin tid och alla möten och relationer har sina begränsningar. Varje tabu och kommunikationsblockering har dock sina orsaker som bör ifrågasättas. Att tåga ihjäl kränkningar och övergrepp, utan att få någon form av upprättelse, förståelse eller förklaring, är måhända ett sätt att själsligt överleva som kan fungera för en del, men inte för alla.

För andra kan traumat bli som ett öppet, men för den tidspressade eller oerfarne betraktaren, osynligt sår som inte vill läka. Läkningssprocessen kan kräva att den drabbade får hjälp med att bearbeta minnen, få förklaringar till sina reaktioner och återfå något av den trygghet och framtidstro som traumat raserat. Att erbjuda sig som part i en sådan dialog kan vara den nödvändiga hjälp som den traumatiserade behöver för att komma vidare i livet. Utan en konstruktiv behandlingsrelation och dialog kan risken öka för att ett kroniskt stresstillstånd uppstår och att lidandet förkläs i en diffus smärtproblematik och svåra depressioner, som kan leda till död¹⁵ i förtid (Wasserman 2000).

Referenser

- Wasserman, D. (red) (2001) *Suicide – An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
Wasserman, D. (2000) *Depression en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och Kultur, 2:a upplagan.

¹⁵ Klinisk erfarenhet och ett stort antal studier visar relativt samstämmigt att depressiva syndrom medför översjuklighet och ökad dödlighet i bl.a. hjärt-kärlsjukdomar. Anda RF, Williamson DJ, Jones D et al, Depressed affect, hopelessness, and risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 1993;4:285-294.

Tortyr och självmordsbeteende bland asylsökande¹⁶

Marcello Ferrada-Noli

Suicidriskbedömningens syfte

Syftet med suicidriskbedömningen bland asylsökande är i första hand att identifiera de akuta behandlingsbehoven och förebygga en utveckling av den eventuella självmordsprocessen. Läkare rapporterar i sina intyg patientens anamnes gällande tortyrupplevelser. Utlänningsnämnden har även uppmärksammat att i ca 23 % av de nya ansökningarna efter lagakraftvunnet avvisningsbeslut (dvs sedan överklagandet avslagits och efter den egentliga asylprocessen) fanns uppgifter beträffande självmordsrisken i intyg utfärdade av läkare, psykologer eller annan vårdpersonal. Motsvarande siffra i nämndens överklagandeärenden (dvs i den egentliga asylprocessen) var 8 %.

På grund av bristande dataunderlag (själv mord bland asylsökande registrerades ej i Sverige, se referenslistan), finns det ännu ingen rikstäckande epidemiologisk kartläggning av frekvensen av självmord och självmordsförsök bland asylsökande i Sverige. Det är av intresse i detta sammanhang att forskningen visar att asylsökande ej i större utsträckning har rapporterat självmordsbeteende än flyktingar som redan har uppehållstillstånd, snarast tvärtom (Ferrada-Noli 1993, Ferrada-Noli och Sundbom 1996). Förekomsten av självmordsbeteende bland flyktingar, vilka samtidigt har psykiatriska diagnoser – exempelvis PTSD (se ruta, sid 35) – är kliniskt dokumenterat (Ferrada-Noli 1996, 1998).

Tre skäl till självmordsbeteende bland asylsökande

För det första har forskningen visat att vissa invandrargrupper är överrepresenterade i statistiken över självmord, både internationellt och i Sverige (Ferrada-Noli 1995, 1996, Johansson 1997). (Se även tidigare inlägg av Mäkinen). Den senaste epidemiologiska sammanställningen över invandrarnas självmord i Sverige visar att den höga överrepresentationen av invandrare i självmordsstatistiken tenderar att minska de senaste åren (Ferrada-Noli 2002 manus). Emellertid har dessa utrikesfödda invandrare fortfarande en relativ högre incidens av fullbordade självmord än svenskarna. För år 1999 (senaste tillgängliga data) noterade exempelvis författaren "enbart" 139 invandrarfall bland de 1 219 fullbordade självmorden ($p=0.7$, ej signifikant). Däremot är det fortfarande en signifikant överrepresentation av invandrare bland de oklara fallen (som sannolikt i stället för olycksfall skulle

¹⁶ Det som publiceras här är en förkortad version av professor Ferrada-Nolis ursprungliga bidrag och som av utrymmesskäl inte kunde publiceras i sin helhet. Den fullständiga artikeln plus en utförlig referenslista kan beställas direkt från författaren (se referenslistan).

vara självmord) (Ferrada-Noli och Svensson 2002). Minskningen av invandrarfall i självmordsstatistiken kan även spegla den – allmänt sett – minskade självmordsincidensen i Sverige under de senare åren, som kan vara ett resultat av det självmordsförebyggande arbetet.

För det andra har låg social integration (Boor 1981), låg socioekonomisk status och låg inkomst visat sig ha samband med självmord (Ferrada-Noli 1997), särskilt bland invandrare (Ferrada-Noli, Åsberg m.fl. 1995). I områden där självmordsincidensen är hög (exempelvis "låginkomst-kommunerna" Södertälje och Botkyrka i Stockholms län) finns också stor koncentration av invandrare med flyktingbakgrund (Ferrada-Noli och Åsberg 1997). Asylsökande lever ofta under sociala och ekonomiska villkor som antyder utsatthet (Söndergaard 1996) inte minst gentemot vården (Ekblad, Janson och Svensson 1996).

Den tredje anledningen är överrepresentationen av psykiatriska diagnoser som i sin tur har samband med en förhöjd benägenhet till självmordsbeteende (PTSD) bland asylsökande (Ferrada-Noli 1996, Wonderlich, Brewerton m.fl. 1997, Marshall 2001) (se även inlägget av Roth och Ekblad).

I en studie från USA (Brady, Killeen m.fl. 2000) har forskare påpekat att just de patienter som hade huvuddiagnos PTSD (se ruta, sid 35) med samtidig depressivitet hade mer uttalade suicidala tankar än PTSD-patienterna som samtidigt fick andra diagnoser. Vid en studie bland Vietnamveteraner har man funnit att patienter som hade båda diagnoserna PTSD och depression hade högre suicidalitet än de som enbart hade antingen PTSD eller depression (Kramer, Lindy m.fl. 1994). Samtidig förekomst av PTSD och depression bland traumatiserade individer med tortyrupplevelser har även beskrivits bland flyktingar i Sverige (Ferrada-Noli, Åsberg m.fl. 1998, Ferrada-Noli 2001).

Det finns för övrigt en rad symtom vid diagnosen PTSD (se ruta, sid 35) – såsom "begränsning av förväntningar" – som kan jämföras med upplevelser av hopplöshet, eller påtaglig pessimism gällande individens framtid vid depression. Det är just dessa hopplöshetsupplevelser som man har funnit mest har korrelerat med självmordsförsök bland patienter som lider av depression (Ginsberg 1989). I sammanhanget är det intressant att konstatera att "begränsning av förväntningar" var tre gånger vanligare bland torterade än icke torterade individer (Basoglu, Paker m.fl. 1994).

Tortyr och självmordsbeteende

I en svensk studie som publicerats i Läkartidningen (Ferrada-Noli, 2001) angavs samband mellan tortyrmetod och självmordsmetoder vid olika typer av självmordsbeteenden. Med suicidala beteenden i detta sammanhang menas upprepade/tvångsmässiga suicidala tankar med identifikation av självmordsmetod, konkreta suicidala planer – med åtgärd, och/eller självmordsförsök. Dessa samband återges i Tabell 1.

Tabell 1: Samband mellan tortyrm Metod och identifierad självmordsmetod vid självmordsbeteende bland flyktingar.

Tortyrm Metod	Identifierad självmordsmetod	P=
Direkt våld med kraftigt slag mot huvudet eller kropp	Att hoppa från en hög höjd eller kasta sig framför tåget eller passerande fordon	<0.05
Tortyr med vatten (exempelvis "submarino")	Drunkning	<0.001
Elektrisk chock	Intoxikation. Överdoser av psykofarmaka	<0.03
Sexuellt våld	Intoxikation. Överdoser av psykofarmaka	<0.009
Kvävning	Hängning	*
"Sharp force torture"	Att skära sig i handlederna	*

*Icke fastställt p-värde p.g.a. få antal fall, dock har korrelation konstaterats.

Vid tortyren har individen en påtagligt nära bild av döden. Den torterade tror ofta att han/hon skall dö vid tortyrepisoden eller som en påföljd av den. Denna tro förstärks om individen de facto har bevittnat en medfänges död under tortyren. Allt detta skulle innebära att den specifika tortyrm etoden också uppfattas som en "dödande-metod".

Vid flash-backs, som tillhör PTSD-symtomen, är innehållet av dessa ofta den mest traumatiskt upplevda stressorn. Här är den refererade tortyru pplevelsen "huvudstressorn" identifierad av patienten i anamnesen. Dock är innehållet i denna flash-back ett återkallat minne, *såväl* av själva tortyrepisoden, som av känslan av dödsfruktan.

Omvänt, när den torterade och traumatiserade individen får självmordstankar, är den först associerade "dödliga" metoden just den som en gång – vid tortyren – hotade patienten med en dödlig utväg.

Denna ökade benägenhet för suicid kan vara relaterad till exil-anpassnings-problematiken, liksom till det kliniska resultatet av posttraumatisk-relaterade diagnoser. Epidemiologisk och klinisk forskning visar en konstellation av riskfaktorer som innebär en förhöjd benägenhet för suicidbeteende bland traumatiserade asylsökande – i synnerhet bland dem som har tortyru pplevelser.

Självmordsbedömningar bland patienter med erfarenheter av tortyr skall därför vara utförligt beskrivna och vetenskapligt belagda, (se referenslistan samt inlägget av Firnhaber).

Referenser

- Ferrada-Noli, M. (2001) Traumatisk stress och flyktingars suicidbeteende. Epidemiologiska fynd. *Läkartidningen* 44:4888-90.
- Ferrada-Noli, M., Åsberg, M., Ormstad, K. (1998) Suicidal behaviour after severe trauma. Part 2: The association between methods of torture and of suicidal ideation in PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 11(1):113-24.
- Ferrada-Noli, M. (1996) *Posttraumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden. An epidemiological, cross-cultural and psychiatric study*. Med dr avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.

Del 2. Lagar och rutiner för asylmottagande i Sverige

Behovet av samsyn i bemötandet mellan myndigheter

Ewa Lidström, Magnus Rydén och Anders Westerberg

Samtliga asylsökande som kommer till Sverige har rätt till en hälsoundersökning.

Hälsoundersökningen har två olika syften:

1. att uppmärksamma personer som är i omedelbart behov av vård eller vård som inte kan anstå (individeriktat)
2. att uppmärksamma behov av smittskyddsåtgärder (samhällsinriktat)

Socialstyrelsens föreskrifter

Enligt Socialstyrelsens (SoS) allmänna råd 1995:4 avseende hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar bör alla som tillhör denna kategori erbjudas ett individuellt hälsosamtal (se även Inledning av Ekblad och Wasserman).

Kroppsuppundersökning bör endast göras om det finns anledning härtil med hänsyn till resultatet av det individuella hälsosamtalet och eventuell provtagning eller vid misstanke om allvarlig sjukdom. Undersökningen kan utgöras av en översiktlig kroppsbesiktning eller reguljär läkarundersökning.

Eftersom tidigare fängelsevistelse, tortyr, misshandel, våldtäkt eller annan skändning kan färga den enskildes uppfattning av undersökningen krävs god inlevelseförmåga av sjukvårdspersonalen. Auktoriserad tolk bör alltid anlitas om språksvårigheter föreligger.

Det är, enligt Socialstyrelsen, ofta en fördel om tolken är av samma kön som den undersökte. Särskilt när det gäller kvinnor som utsatts för sexuell tortyr bör kvinnlig tolk anlitas.

Landstingens praxis

Landstingen har sedan 1997 ansvar för sjukvården för asylsökande i landet. Staten ersätter landstingen för denna vård i schabloniserad form. Staten kan också efter ansökan ersätta landstingen för varje vårdkontakt där kostnaden för den givna

vården överstiger 50 000 kr. Inom ramen för schablonen ersätter staten också för hälsoundersökningar. Se även aktuell överenskommelse, bilaga 4.

Migrationsverkets uppgifter

En av Migrationsverkets arbetsuppgifter är att utreda skäl för en asylansökan för att sedan avgöra om den sökande enligt utlänningslagen har skäl nog att stanna i Sverige eller ej. I processen ingår också att försöka förmå personer med verkställbara avslagsbeslut i sitt asylärende att acceptera beslutet och att självmant återvända till sitt hemland. Det är för Migrationsverkets personal därför oerhört viktigt att alla beslut som myndigheten fattar och som Utlänningsnämnden fastställer (t.ex. avslagsbeslut som överklagas) är trovärdiga. Kostnaderna för asylsökandes sjukvård och uppehälle belastar Migrationsverkets mottagningssystem.

Asylprocesstiden i Sverige

I Sverige har vi en öppen asylprocess som i alla delar försöker att vara så rättssäker som möjligt. Asylsökande har vid behov rätt till en rättslig företrädare som hjälp i ärendet. Alla har rätt att överklaga ett beslut om avvisning eller utvisning som Migrationsverket har fattat.

Migrationsverket efterlyser en samverkan/samsyn mellan olika huvudmän utifrån den sökandes perspektiv där hälsoundersökningen som erbjuds alla i början av vistelsen fungerar som det instrument det är tänkt att vara, bl.a. att försöka att fånga upp traumatiserade personer direkt eller i nära anslutning till ankomsten till Sverige. Sjukvårdspersonalen ska i sina kontakter med asylsökande, då man upptäcker att en person varit utsatt för någon typ av kränkning, ha kunskap om vad "att söka asyl innebär" så att man omhändertar personen på ett adekvat sätt. Det är också viktigt att sjukvården ser till att hjälpa den asylsökande med att meddela omständigheten till Migrationsverket som därmed bereds möjligheten att ta med detta i bedömningen av ärendet tillsammans med de asylskäl som den sökande tidigare har anfört. Vi vet att kränkningar av olika slag är svåra att berätta om och att man ofta hos tortyroffer kan möta en stark oro för att kroppen inte fungerar normalt.

Det får inte vara så att personer inte vågar eller vill berätta hela sin historia i samband med sin asylutredning. Det får inte heller förhålla sig så att någon av de huvudmän som kommer i kontakt med den asylsökande under deras vistelsetid i landet inte förstår vikten av att informera/fråga den asylsökande om huruvida de har berättat "detta" vid sin asylutredning eller om man vill ha hjälp att vidarefördela information till Migrationsverket och i förekommande fall till Utlänningsnämnden.

Det är djupt olyckligt och får inte vara så att något som kan vara ett asylgrundande skäl inte upptäcks förrän en person fått ett avslag på sitt ärende och då tar till så drastiska åtgärder som att försöka ta livet av sig.

En del av inläggningarna på psykiatriska kliniker på grund av psykisk stress eller på grund av suicidförsök under asylprocesstiden, görs i samband med att ett avslagsbeslut i ett asylärende vunnit laga kraft och ska verkställas. I detta läge efterfrågas ofta ett intyg som används som en bilaga till en ny ansökan till Utlänningsnämnden. Nämnden har sedan att bedöma huruvida detta är en ny omständighet i asylärendet och avgör därefter om denna omständighet är tillräckligt graverande för att ge personen en annan utgång i ärendet.

Vi måste tillsammans försöka att hitta en metod, ett förhållningssätt som gör att sådana situationer inte uppstår. Åtminstone får de inte uppstå till följd av att vi har missat skäl som borde tillförts totalbedömningen i ett ärende och som någon annan huvudman har haft kunskap om men inte hjälpt den sökande att förmedla. Vi kommer aldrig att kunna undvika att olika personer reagerar olika när de får ett avslagsbeslut i sitt ärende. Dock måste vi tillsammans försöka att arbeta så att vi skapar en tilltro till att de beslut som fattas är relevanta, vilket är en viktig förutsättning för att sjukvården skall kunna behandla dessa patienter för deras reaktioner och inte för att de har fått ett avslag i sitt ärende.

Referenser

Socialstyrelsen (1995) *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4.

Internetkälla

Migrationsverkets hemsida, www.migrationsverket.se

Asylsökande och suicid

Allan Grönwald och Håkan Sandesjö

Sverige har en reglerad invandring

I utlänningslagen (1989:529) anges på vilka grunder utlänningar kan få uppehållstillstånd i Sverige. Normalt har en utlänning *rätt till* permanent uppehållstillstånd om han är *flykting* (asyl enligt Genèvekonventionen) eller är *skyddsbehövande* enligt vissa i lagen uppräknade kriterier (subsidiära svenska bestämmelser). Därutöver *får* uppehållstillstånd ges till en utlänning som har viss *anknytning* till Sverige eller om det föreligger *humanitära skäl*. Med "humanitära skäl" avses här särskilda undantagssituationer och inte vad som avses i vanligt språkbruk. Som exempel anges kortfattat i förarbetena till lagen att det "föreligger risk för självmord eller ett avlägsnande annars skulle medföra allvarlig risk för utlänningens liv eller hälsa" (Se även bilaga 3).

Suicidrisk i asylprövningsprocessen hos Utlänningsnämnden

Personer som är konventionsflyktingar eller skyddsbehövande har oftast redan beviljats uppehållstillstånd av Migrationsverket. Ansökningar som Migrationsverket däremot avslår överklagas nästan undantagslöst till Utlänningsnämnden. En tillståndssökande framför ofta samtliga eller ett flertal av nämnda tillståndsgrunder i sitt överklagande. I ett stort antal ärenden inges dessutom läkarintyg om den tillståndssökandes hälsotillstånd. Sådana intyg förekommer inte endast i ärenden där ansökningsgrunden är behov av asyl eller skyddsbehov utan även i rena tillståndsärenden där ansökningsgrunden är familjeanknytning eller humanitära skäl.

Det är vanligt att humanitära skäl och framför allt uppgift om suicidrisk framförs mycket sent i prövningsprocessen (se även inlägget av Lidström, Rydén och Westerberg), oftast först sedan avvisningsbeslutet redan vunnit laga kraft och utlänningen ska lämna Sverige. I skedet efter det lagakraftvunna avvisningsbeslutet krävs dock *nya* omständigheter som visar skyddsbehov eller humanitära skäl för att få stanna i Sverige. Av intygen framgår att nämndens avslagsbeslut inte sällan accentuerar den desperation och förtvivlan som hos den enskilde kan utlösa en krisreaktion med suicidplaner eller förstärka symtom på allvarigare psykiska tillstånd som kan härledas till tidigare livshotande trauman och tidigare psykisk sjukdom.

Läkarintygens betydelse i asylprövningsprocessen

I vissa fall är läkarintyg ett viktigt komplement till ett i övrigt omfattande beslutsunderlag som sammantaget visar att en person har *rätt till* uppehållstillstånd som flykting eller som skyddsbehövande. Men i flertalet ärenden hos nämnden rör den

slutliga bedömningen inte fråga om asyl eller skyddsbehov utan olika rent humanitära omständigheter. I dessa ärenden har läkarintygen stor betydelse för nämndens möjligheter att bilda sig en uppfattning om utlänningsens somatiska och psykiska status och därmed huruvida den humanitära situationen – i det individuella fallet – är av sådan undantagskaraktär att uppehållstillstånd *får* ges.

Självdestruktiva handlingar eller uttalande om avsikt att utföra sådana handlingar kan i en del fall leda till att uppehållstillstånd beviljas, t.ex. när sådana handlingar har gjorts under inflytande av en allvarlig psykisk störning. I andra fall där handlingarna eller uttalandena är ett uttryck för besvikelse eller desperation efter ett avslagsbeslut tillmäts de inte samma tyngd vid tillståndsprövningen. En utgångspunkt för nämnden är därvid att uttalanden om självdestruktiva handlingar – lika lite som när det gäller andra beslut av myndigheter eller domstolar – inte ensamma kan leda till bifall. Se Utlänningsnämndens hemsida www.un.se (praxis; vägledande beslut; reg. 85-98 och UN 382-00). Däremot kan sådana uttalanden och handlingar ändå få betydelse när det gäller att bedöma den humanitära situationen i dess helhet. I den bedömningen beaktas alltid förhållandena i ursprungs- eller mottagarlandet.

När de medicinska omständigheterna kan få betydelse, men trots läkarintyg ter sig tveksamma, eller om slutsatserna står i strid mot innehållet i andra intyg eller kan betvivlas med hänsyn till nämndens kunskap om ärendet, kan nämnden inhämta rådgivande yttrande från förtroendeläkare. Förtroendeläkaren har (till skillnad från behandlande/intygsskrivande läkare) tillgång till samtliga handlingar i nämndens beslutsunderlag.

Vem företräder de asylsökandes intressen?

Ärenden, där suicid aktualiseras, ställer höga krav på ett professionellt arbetssätt hos de olika aktörer som har en roll i prövningsprocessen. Det är ombudets/det offentliga biträdets uppgift att med sin särskilda kompetens företräda utlänningsen och bevaka hans eller hennes intressen i processen. Det är läkarens uppgift att göra en korrekt suicidriskbedömning och dokumentera faktorer som talar för och emot suicidrisk. Eftersom den uppgiften många gånger är mycket svår bör den förbehållas läkare med specialistkompetens i psykiatri (jfr. Socialstyrelsens allmänna råd om läkarintyg i asylärenden m.m. – SOSFS 1990:27, bilaga 7). Det är nämndens uppgift att avgöra om det finns grund för att bevilja uppehållstillstånd eller inte. Nämndens kompetens i den rollen utgörs av tjänstemännens och de lagfarna domarnas specialistkunskaper om tillämpningen av regelsystemet men framför allt deras kunskap om förhållandena i länderna de tillståndssökande lämnat eller ska återvända till. Därutöver tillkommer de politiskt utsedda nämndledamöternas (ofta riksdagsmän) omdöme och erfarenheter.

Referenser

Regeringens proposition 1996:97:25. Svensk migrationspolitik i globalt perspektiv.
Wikrén, G., Sandesjö, H. (1999) *Utlänningslagen med kommentarer*. Sjätte uppl., Norstedts Juridik. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB, 1999.
Socialstyrelsen. (1990) *Allmänna råd om läkarintyg i asylärenden, m.m.* SOSFS 1990:27.
Utlänningslagen. 1989:529.

Internetkälla

Utlänningsnämndens hemsida, www.un.se

Del 3. Bemötande

Stress-sårbarhetsmodellen i utvecklingen av den suicidala processen. Riskgrupper

Göran Roth och Solvig Ekblad

Inledning

Interaktionen mellan biologiska, sociala och upplevelsemässiga förutsättningar, när asylsökande utsätts för svåra traumatiska livshändelser i ett livsperspektiv, spelar en stor roll för utvecklingen av den suicidala processen. Asylsökande har ofta ett bristande och ibland obefintligt socialt nätverk och saknar förebilder vid hantering av svåra livssituationer i värdlandet. Själva asylsituationen är ett tillstånd av uttalad osäkerhet och att ställas inför en serie utmaningar både av psykologisk, social, politisk, ekonomisk och biologisk natur kan vara stressframkallande. Sårbarheten hos asylsökande som är benägna för suicidala handlingar beror dels på de egenskaper i det centrala nervsystemet som är nedärvda, dels på de egenskaper som är förvärvade till följd av svåra traumatiska livshändelser eller miljöfaktorer såsom föda, infektioner, missbruk av droger. Denna sårbarhet, som har ett tvåfaldigt ursprung (miljöbetingat och ärftligt) kan aktualiseras vid nya svåra påfrestningar (Wasserman 2001).

Utifrån en stress-sårbarhetsmodell kan därför sägas att den asylsökande både har varit utsatt för och är under tiden för asylansökan fortsatt utsatt för en hög grad av negativ stress samtidigt som vissa av de asylsökande har en mycket uttalad sårbarhet. Det här är skälet till den höga frekvens av depressioner och posttraumatiska stressyndrom (PTSD, se faktaruta sid 35) som man kliniskt upptäcker bland asylsökande. Herlihy, Scragg och Turner (2002) har visat i en studie bland asylsökande att det finns en diskrepans i minnen utifrån hur centrala och perifera dessa minnen upplevs. Upplevda minnen som känns centrala är mer konsistenta över tid än de minnen som upplevs perifera. Detta får konsekvenser för den diagnostiska bedömningen av asylsökande.

Det är väl känt att risk för suicid ökar vid depression och PTSD hos patienter med svagt socialt stöd eller som saknar socialt nätverk samt hos patienter med dåligt fungerande bemästringsstrategier.

Den asylsökande riskerar därför ofta att hamna i en ond cirkel där kulturella, interpersonella samt individuella faktorer tillsammans med organisatoriska och strukturella faktorer i det mottagande samhället gör honom eller henne alltmer insufficiens. I slutändan kan det leda in i en suicidal process.

En anpassad modell

Vid varje enskilt samtal bör vi ha ambitionen att få veta mer om vad som är specifikt för den asylsökandes suicidala signaler. Vad innebär ett utvisningsbeslut i det individuella fallet? Vilka individuella faktorer ökar/minskar suicidrisken för den asylsökande i den specifika situationen? Hur påverkar väntan på besked om uppehållstillstånd den enskildes suicidala process? Vad kan man göra för den asylsökande i den aktuella situationen? Är det något som vi ännu inte känner till? För att hitta ett sätt att angripa de här problemen bör man använda sig av en modell som tar hänsyn till såväl individuella bakgrundsfaktorer som aktuella individuella och även strukturella faktorer i mottagandet av de asylsökande. En utgångspunkt är här den komplexa stress-sårbarhetsmodell som är utförligt beskriven av Wasserman (2001, 2002).

De *individuella bakgrundsfaktorer* vi bör försöka identifiera och ta hänsyn till är:

- genetiskt betingad sårbarhet för suicid
- stressfaktorer och bemötande under både den tidiga barndomen och uppväxten samt i vuxen ålder som kan ha påverkat sårbarheten (i de biologiska och psykologiska systemen) för suicid
- stressfaktorerna kan ha utgjorts av våld och psykiska trauman, relationsproblem, social stress i form av fattigdom eller arbetslöshet samt psykisk eller kroppslig ohälsa och missbruk.

De *individuella aktuella faktorer som kan vara akut utlösande* för suicid är:

- separationer,
- ekonomiska problem,
- återinsjuknande eller försämring i ett sjukdomstillstånd, samt
- personliga kränkningar av olika slag.

Individuella faktorer som i stället kan skydda mot suicid är:

- en känsla av personligt värde,
- självtillit,
- förmåga att söka extern hjälp och råd,
- öppenhet för andra människors erfarenheter och lösningar på problem,
- öppenhet för att lära och förmåga till kommunikation.

Strukturella och kulturella faktorer som kan skydda mot suicid är:

- goda relationer i och stöd från familjen,
- att ha tagit till sig kulturella värden och traditioner, samt
- fungerande sociala relationer och social integration.

Med hjälp av en sådan modell kan vi snabbt och effektivt identifiera personer som utgör riskgrupper. Vi bör då tänka på att inte bara identifiera dem som har en historia med traumaupplevelser och har utvecklat depressioner och/eller PTSD eller andra psykiatriska diagnoser. Lika viktigt är att kartlägga på vilket sätt den asylsökande har tillgång till bemästringsstrategier eller har behov av behandling. I en studie i Sverige på massevakuerade från Kosovo (Ekblad 2000) upptäcktes att trots att riskpersonerna för psykisk ohälsa identifierats så erhöll de ändå inte den psykiatriska hjälp som de hade behov av. Vi bör också noggrant kartlägga det sociala nätverket runt den asylsökande.

Behandla och främja känsla av sammanhang

Om asylsökande som befinner sig i påfrestande levnadsomständigheter tidigt skall upptäckas och följas upp inom sjukvården, är det viktigt att det finns en strategi för detta liksom det behövs en strategi för behandling. Lika avgörande är att bryta mönstret med vanmaktskänsla, hopplöshetskänsla och social utsatthet. Här finns naturligtvis inga enkla lösningar. Individen måste emellertid sättas i fokus och ses i sitt sammanhang. Olika aktiviteter, som syftar till att kompensera förlorade, viktiga sociala nätverk och som skapar en känsla av sammanhang och förståelse av den situation man befinner sig i, kan och behöver byggas upp för asylsökande i Sverige. Organiserandet och utförandet av sådana verksamheter kan göras av olika tänkbara organisationer eller föreningar, men initiativet och riktlinjerna behöver samordnas mellan lokala aktörer såsom Migrationsverket, kommunen, hälso- och sjukvården samt de asylsökande.

Asylsökande skall få vård vid de akutmottagningar för asylsökande som finns inom landstinget. I den norra delen av Botkyrka kommun, som hör till ett av de invandrartätaste bostadsområdena i Sverige, har en kartläggning genomförts avseende levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998–1999 (Lindencrona, Ekblad och Charry 2001). Resultaten visade att vården inte kunde uppnå den kvalitet som skulle vara önskvärt enligt den ovan beskrivna stress-sårbarhetsmodellen, då vuxna asylsökande endast har rätt till akut vård och vård som inte kan anstå. Bland de 670 patienter som behandlades under undersökningsperioden saknade nästan var tionde patient permanent uppehållstillstånd i Sverige vid bedömningsperioden. Merparten av dessa tillhörde gruppen traumatiserade patienter. I den traumatiserade gruppen saknade var fjärde patient permanent uppehållstillstånd och de hade behov av en långvarig, kvalificerad vårdinsats. Studien visar således att det råder en brist på överensstämmelse mellan den officiella bilden, att de asylsökande får den vård enligt akutbegreppet de har rätt till på asylmottagningen. En sådan situation ger upphov till konflikter om psykiatrisk vård verkligen får ges till patienten, en påfrestande situation för såväl behandlare som patient och dennes eventuella anhöriga.

Mer kunskap behövs

Den asylsökande befinner sig i en extrem situation med ökad risk för psykisk insufficiens och suicid. Det finns mycket som vi inte vet idag om asylsökande och suicid. Vi behöver problematisera och fokusera studierna och få större kunskap om både individuella riskfaktorer och risksituationer. En tidig kartläggning, genom hälsosamtal (se inlägget av Lidström, Rydén och Westerberg), av de asylsökande i risksituation är nödvändig och den behöver inte vara särskilt svår att genomföra med etablerade instrument. Det finns dock rättsliga och organisatoriska hinder som måste överbryggas för att de asylsökande skall få tillgång till nödvändig vård. Då det gäller behandling råder oklarhet om vilken vård som får ges till den asylsökande. Insatserna bör både vara medicinskt och hälsofrämjande, men även syfta till att kompensera förlorade sociala nätverk och förstärka en känsla av sammanhang i tillvaron för den asylsökande.

Kriterier på PTSD enligt DSM-IV (American Psychiatric Association 1995)

A: Den drabbade personen skall ha varit utsatt för en traumatisk händelse med båda följande karakteristiska:

1. den drabbade skall ha upplevt, bevittnat eller konfronterats med en eller flera händelser som involverar faktisk eller hotande död eller allvarlig skada, eller ett hot mot den egna eller andras fysiska integritet.
2. den drabbades reaktion skall karakteriseras av intensiv rädsla, hjälplöshet eller fasa. (Hos barn kan detta istället uttryckas som oorganiserat eller upphetsat beteende).

B: Den traumatiska händelsen återupplevs ständigt på åtminstone ett av följande sätt:

1. återkommande och påträngande minnen av händelsen i form av bilder, tankar eller sinnesintryck. (Hos små barn kan detta visas genom återupprepande lek där något tema eller delar av traumat uttrycks.)
2. återkommande mardrömmar om händelsen. (Hos barn kan mardrömmar utan igenkännbart innehåll förekomma.)
3. plötslig handling eller känsla som om den traumatiska händelsen återupprepades. (Hos små barn kan traumaspecifikt återupplevande inträffa.)
4. intensivt psykiskt obehag inför händelser som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
5. fysiologiska reaktioner vid inre eller yttre tecken som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C: Individen undviker ständigt stimuli som associeras till traumat, eller uppvisar en generell avtrubning av förmågan att reagera känslomässigt (som inte förelåg före traumat), vilket visar sig i åtminstone tre av följande:

1. ansträngningar att undvika tankar eller känslor som associeras till traumat.
2. ansträngningar att undvika aktiviteter, platser eller människor som väcker minnen om traumat.
3. oförmåga att minnas någon viktig aspekt av traumat.
4. påtagligt minskat intresse för eller deltagande i väsentliga aktiviteter.
5. känsla av ointresse för eller deltagande i väsentliga aktiviteter.
6. begränsade affekter, t.ex. oförmåga att hysa kärleksfulla känslor.
7. känsla av att inte ha någon framtid.

D: Bestående tecken på överspändhet, vilket visar sig i åtminstone två av följande:

1. svårigheter att somna eller orolig sömn.
2. irriterabilitet eller vredesutbrott.
3. koncentrationssvårigheter.
4. spänd vaksamhet.
5. överdriven reaktion vid oväntade yttre stimuli.

E: Störningen varar åtminstone en månad.

F: Störningen orsakar kliniskt signifikanta obehag eller försämrad funktion socialt, yrkesmässigt eller inom andra viktiga områden.

(Ekblad, Janson, Svensson 1996, sid 150–151).

Referenser

- American Psychiatric Association. (1995) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. Washington D.C. American Psychiatric Association.
- Ekblad, S. (2000) A survey of somatic, psychological and social needs of mass displaced refugees from the Kosova province while in Sweden. Stockholm: National Institute of Psychosocial Factors and Health (IPM), Division of Psychosocial Factors and Health, Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, WHO:s Psychosocial Center, Stockholm. *Stressforskningsrapporter nr 293*.
- Ekblad, S., Janson, S., Svensson P-G. (1996) *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning.
- Herlihy, J., Scragg, P., Turner, S. (2002) Discrepancies in autobiographical memories-implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. *British Medical Journal* 324:324-7.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., Charry, J. (2001) Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998–1999. Institutet för Psykosocial Medicin (IPM), Avdelningen för stressforskning, Karolinska Institutet, WHO:s Psykosociala center, Stockholm. *Stressforskningsrapporter nr 296*.
- Wasserman, D. (2002) Stress och suicid. I: *Incitament* 1:31-34.
- Wasserman, D. (2001) A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process (sid 13–27). I: D. Wasserman (red) *Suicide – An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.

Asylsökande och psykisk hälsa: Bedömning av självmordsrisk

Susanne Ringskog

Självmordsförsöket/självmordet utgör den självdestruktiva slutpunkten på en lång kris, där individen utifrån hela sin livssituation till slut inte ser någon annan lösning på sina problem än döden.

Två viktiga förutsättningar

För en adekvat bedömning av självmordsrisk utgörs två viktiga förutsättningar av att

1. bedömningen grundar sig på helst två tillfällen, med minst en timmes (och vid tolk dubbelt så lång tid) sammanträffande med individen.
2. värderingen av självmordsrisk alltid måste innebära, förutom ett inhämtande av faktaunderlag för bedömning, en intervention, en början till behandling av och ett förmedlande av ett framtidshopp till den potentiellt självmordsnära.

Självmordsprocessen

Självmordsförsöket/självmordet växer fram som slutresultatet av en komplex process, vari ingår biologiska, personlighetsmässiga och psykosociala faktorer liksom stressutlösande livshändelser. För att skapa sig en klar bild av självmordsrisken måste man därför närma sig individen utifrån samma helhetsperspektiv som det inom vilket suicidproblematiken uppstått. Följande aspekter bör beaktas:

- Vad på ett djupare personligt plan innebär livet för just den här aktuella individen?
- Vad kommer att hända individen under det närmaste dygnet eller månaden? Vad är särskilt viktigt för honom/henne?
- Hur ser individens eventuella suicidala process ut, vilka riskfaktorer, stressutlösande omständigheter respektive skyddsfaktorer föreligger?

Utred alltid riskfaktorer för självmord

Hos uppskattningsvis nittio procent av personer som tog sitt liv kan man retrospektivt ställa en psykiatrisk diagnos varav ca 50–60 % utgörs av depression, 20 % missbruk och 10 % psykossjukdom (Mann & Arango 2001, Roy 2001). Följande bör beaktas:

- Tidigare suicidalt beteende/suicidförsök.
- Förekomst av svår ångest.
- Suicidala förebilder i släkt eller omgivning.
- Upplevelser av livshotande händelser.
- Personliga relationer präglade av tvetydig kommunikation, ambivalens och ibland aggressivitet. Sådant reaktionssätt kan även komma till uttryck inom ramen för en behandlingskontakt eller i kontakten med sociala eller andra myndigheter.
- Svår eller invalidiserande somatisk sjukdom i särskilt det centrala nervsystemet.

Föreligger *suicidal kommunikation* av stigande allvarlighetsgrad? Det finns olika typer av suicidal kommunikation, både verbal och icke-verbal, direkt eller indirekt (Wasserman 2001):

- Vag dödsönskan.
- Uttalad självmordsönskan, kanske under inflytande av alkohol.
- Självmordsmeddelanden formulerade med en blandning av förnekande och allvar (mellanhög till hög risk).
- Upprepade, tydliga självmordstankar eller självmordsplaner utan inflytande av alkohol eller gräl (hög självmordsrisk).

Dessutom är det kulturellt betingat hur man kommunicerar (se även inlägget av Bäärnhielm och Ekblad).

Asylsökande utgör riskindivider för självmord. När vissa tidigare svåra upplevelser aktualiseras kan självmordstankar uppstå. Därför är det viktigt att utreda vilka situationer som tidigare i individens liv utlöst suicidhandling. Ofta är det snarlika omständigheter som framkallar denna typ av beteende, t.ex. separationer.

Om den asylsökande personen ifråga saknar familj, vänner eller bekanta samt har tydliga självmordsplaner och tidigare gjort självmordsförsök, och också om tecken på psykisk sjukdom föreligger, kan självmordsrisken vara hög.

Psykometriska skalor

Psykometriska skalor kan användas som ett komplement till den kliniska bedömningen av en individs självmordsrisk, men bör helst användas mest som en checklista där de olika frågorna naturligt vävs in i den kliniska intervjun. Antalet frågor i en sådan skala bör inte överstiga tio. Exempel på sådana återfinns i Bech, Raabaek, Olsen och Niméus (2001) och Runeson (1998).

Interaktionen läkare/suicidnära patient

Den undersökande läkaren kan inte undgå att påverkas av sina patienters upplevelser, beteenden och förväntningar. Också läkaren har en personlighet – med egna upplevelser av olika, även konfliktpräglade, interpersonella erfarenheter – som har betydelse för hur han/hon reagerar på sin patient och hur han/hon bedömer självmordsrisken. Om läkaren är medveten om detta, kan han/hon använda sin personlighet som en tillgång i arbetet med sin patient. Om läkaren däremot är omedveten, kan detta onödigt belasta hans/hennes bedömningar. Det är också viktigt, att människor som arbetar med självmordsnära patienter är medvetna om sin egen inställning till frågor om liv och död, liksom till självdestruktiva (suicidala) beteenden.

Självmordsnära människor är ambivalenta. Ambivalensen gäller främst inställningen till livet och döden, men också till den vård som erbjuds. Aggressiva och manipulativa beteenden är inte ovanliga. Många gånger kan den undersökande/behandlande läkaren bli utsatt för att bli både testad och provocerad, liksom att bli ömsom idealiserad, ömsom förkastad.

Det är viktigt för läkaren att förstå dessa reaktioner hos sin patient och se dem som uttryck för dennes sårbarhet, för hans/hennes känslor av skam och skuld och för en djup ambivalens. Läkaren behöver träning i att känna och visa empati och att ge tröst och i att, enkelt uttryckt kunna reagera på ett vänligt sätt. Allt detta underlättar den adekvata bedömningen av självmordsrisken och att motivera patienten att ta emot behandling.

Socialstyrelsens allmänna råd om läkarintyg i asylärenden m.m. (SOSFS 1990:27) återfinns i bilaga 7.

Referenser

- Bech, P., Raabaek Olsen, L., Niméus, A. (2001) Psychometric scales in suicide risk assessment (sid 147–157) I: D. Wasserman (red) *Suicide. An unnecessary death*. London: Martin Dunitz.
- Mann, J.J., Arango, V. (2001) Neurobiology of suicide and attempted suicide (sid 29–34) I: D. Wasserman (red) *Suicide – An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
- Roy, A. (2001) Schizophrenia, other psychotic states and suicide (sid 75–80) I: D. Wasserman (red) *Suicide – An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
- Runeson, Bo (1998) *Suicidriskbedömning. Att satsa på hälsa – förebygga självmord och självmordsförsök*. Centrum för suicidforskning och prevention, Stockholms läns landsting, HSN koncernledningen, Samhällsmedicin, Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM). Rapport nr 1.
- Wasserman, D. (2001) *Suicide – An unnecessary death*. London: Martin Dunitz.

Transkulturellt förhållningssätt i mötet

Sofie Bäärnhjelm och Solvig Ekblad

Inledning

Bedömning av psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och suicidrisk hos asylsökande är en komplicerad uppgift som kräver att hänsyn tas till personens kulturella, etniska, religiösa, sociala bakgrund och aktuella sociala situation. Bedömningen måste även ses i ett genusperspektiv. Den begränsade rätten till vård för asylsökande får inte sammanblandas med att bedömningen inte får det utrymme den behöver.

I vården ställs behandlare inför uttryck, symtom och kommunikation som kan vara varierande och ibland svårförståeliga. För att bidra till en förbättrad psykiatrisk diagnostik av den asylsökandes psykiska hälsa behöver den kulturella aspekten beaktas. Mötet med en asylsökande i vården är ofta ett möte med en person som har olika former av övergrepp, trauma och förluster bakom sig. Den asylsökande kan befinna sig i ett socialt vakuum och i en situation med en hög stressnivå. Hur en människa uttrycker psykisk ohälsa är en komplicerad process som påverkas av en rad faktorer. Kulturell bakgrund och tillhörighet har betydelse för upplevelse, symptomutveckling och uttryck av ohälsa och psykisk sjukdom. Det finns dels gemensamma symtom över kulturgränser, dels symtom och uttryckssätt som påverkas av kulturella och medicinska traditioner. Det finns en stor spännvidd i hur människan kan kommunicera psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Antropologen Good (1996) har föreslagit att kulturens roll i uttryckande av psykisk ohälsa ligger i upplevande, uppmärksammande och kommunicerande av ohälsorferenheter. Uttryckssätt och kommunikation av ohälsa och sjukdom kan också ha olika social acceptans och laddning.

Beaktande av kulturella aspekter vid diagnostik

God psykiatrisk diagnostik är viktigt vid suicidriskbedömning. I vården ställs behandlare inför uttryck, symtom och kommunikation som kan vara varierande och ibland svårförståeliga. För att bidra till en förbättrad psykiatrisk diagnostik av den asylsökandes psykiska hälsa behöver den kulturella aspekten beaktas. I inledningen till det diagnostiska instrumentet DSM-IV (1995) påpekas att såväl symtom som utveckling av flera psykiska sjukdomar påverkas av både kulturella och etniska faktorer.

Ett hjälpmedel vid transkulturell diagnostik är det utkast vid namn "Outline for Cultural Formulation" i det diagnostiska systemet DSM-IVs appendix. Här ges en strukturerad vägledning till hur kulturella, etniska och sociala faktorer i mötet mellan patient och behandlare kan beaktas, utredas och beskrivas vid psykia-

trisk diagnostik. För transkulturell diagnostik poängteras behovet av att undersöka patientens kulturella identitet, kulturella förklaring till besvär, kulturella faktorer i den psykosociala omgivningen och funktionsförmåga i relation till den egna gruppen samt kulturella element i relationen mellan individ och behandlare.

Vid bedömning av suicidrisk och utveckling av suicidprocess hos en asylsökande bör kulturella och även religiösa faktorer belysas. Synen på suicid i den kulturella, etniska eller religiösa grupp som patienten tillhör behöver beaktas avseende såväl risk som avseende skyddande strukturer för individen.

Se individen

Kulturella och religiösa faktorerers betydelse för psykiatrisk diagnostik och för suicidriskbedömning kan aldrig generaliseras från grupper i allmänhet till en enskild individ utan varje person måste bedömas individuellt. Samtidigt som gruppers traditioner och normer har betydelse för den enskilde individen kan variationen inom gruppen vara minst lika stor som mellan grupper. Vid varje individuellt möte bör betydelse av kulturella och religiösa faktorer belysas och utredas för den enskilde individen. Med detta förhållningssätt kan behandlaren få ta del av något av den kulturella och sociala värld vari patienten befinner sig.

Möte med svensk sjukvård

För den asylsökande innebär mötet med svensk sjukvård ett möte med ett okänt vårdssystem, vars organisation, arbetsmetoder, (uppdelning i t.ex. psykiatri och somatik, läkare och paramedicinare), tillvägagångssätt att få hjälp och att hitta rätt i systemet, kan upplevas som svårförståeliga och ogenomträngliga. De oskrivna sociala koderna i vårt samhälle kan för den asylsökande inte bara vara obegripliga utan även tolkas fel. Konsekvensen blir att det är svårt att hitta rätt i systemet och tilliten till den svenska sjukvården kan brista. Parallellt förekommer brister i diagnostisk bedömning och splittring i bemötandet vilket resulterar i stora ekonomiska kostnader för såväl individen som samhället.

Asylsökande vuxna har en begränsad rätt till vård. De har rätt till omedelbar vård och vård som inte kan anstå (SoS 1995, se tidigare inlägg av Lidström, Rydén, och Westerberg samt Roth och Ekblad). Hur detta skall tolkas är det den enskilde läkaren som i det enskilda fallet bedömer (SoS 1995). Socialstyrelsens föreskrifter ger möjlighet till olika tolkning och tillämpning. Hur vid eller snäv tolkningen än görs så har vuxna asylsökande inte full rätt till vård. Den begränsade rätten till vård för den asylsökande och ett möte med nytt och många gånger annorlunda sjukvårdssystem bidrar till att det finns en risk att den asylsökande söker vård först i ett sent skede av en sjukdom eller i ett sent skede av en suicidal process. Detta samtidigt som de asylsökande sällan har ett fungerande socialt nätverk och heller inte har rätt till socialt stöd som andra.

Intrycket från kliniskt behandlingsarbete är att för den asylsökande upptäcks suicidrisken ofta sent och därmed sätts självmordspreventiva åtgärder in för sent. För den asylsökande kan sociala faktorer, som t.ex. ett utvisningsbeslut, leda till en snabb progress av den suicidala processen. När den asylsökande söker hjälp först i ett sent skede av en suicidal process kan situationen te sig dramatisk, svår att tolka och innebära att det blir svårt att skapa behandlingsallianser och behandlingsstrategier. Detta samtidigt med att bedömningen av suicidrisk och adekvat behandling har en stor betydelse för den asylsökande avseende sjukdomsförlopp och ofta också för den asyrlåtsliga processen. I en tillspetsad vårdssituation kan kulturella skillnader och kommunikationssvårigheter ytterligare bidra till att komplicera bedömningen av den suicidala kommunikationen och lämplig och möjlig behandling.

För bedömning av suicidrisk hos asylsökande flyktingar (se tidigare inlägg av Ringskog) behöver hänsyn tas till kulturella faktors betydelse för kommunikation, interaktion, suicidförlopp och behandling. Här finns ett behov av ökade kunskaper. Behandlingsåtgärder behöver kunna sättas in så tidigt som möjligt i den suicidala processen. För att kunna göra det behöver vi så tidigt som möjligt kunna identifiera självmordsnära riskpersoner (se tidigare inlägg av Roth och Ekblad).

Referenser

- American Psychiatric Association DSM-IV.(1995) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th eds).Washington DC: American Psychiatric Association.
- Good, B.J. (1996) Cultural Comments on Mood and Anxiety Disorders: II (sid 123–129) I: J. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, D. Parron, (red). *Culture & Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective*. Washington: American Psychiatric Press.
- Socialstyrelsen. (1995) *Hälsö- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995:4.

Psykiatriska och psykoterapeutiska aspekter på suicidalitet hos asylsökande

Leena Maria Johansson

Samhörighet, tillhörighet och mening

Människor flyr undan krig, oroligheter och andra svåra umbäranden för att söka skydd och asyl. De kommer många gånger från totalitära länder och känner i början lättnad över att komma till ett fritt och demokratiskt land. Flyktresan är dyr och farlig och kan ta lång tid. Den asylsökande har förlorat sin plats i sitt ursprungliga samhälle, sitt arbete och kontakter med många av sina närstående. Under den ofta stressfyllda väntetiden i Sverige för att få sin asylrätt prövad, kommer det fram minnen, känslor och tankar man kanske trängt bort under flykten.

Förnekande, ilska, köpslående, hopplöshet och accepterande beskrivs som stadier i denna process. Genom att så småningom inse att man inte kan kontrollera världen kan nedstämdhet och även depression bli en utväg. Det är inte alltid fråga om resignation utan sorg över den förlorade tron på en oföränderlig värld. Man lever utan att veta om man får stanna eller inte. Det gäller att finnas i nuet, göra det bästa av sin tillvaro och försöka finna glimtar av hopp om en bättre framtid och förtröstan på livet trots allt. I denna process måste den asylsökande tas på allvar och bemötas med respekt. Man behöver känna samhörighet och trygghet för att kunna beskriva, förstå och hantera sin tillvaro. Upplevelse av en personlig och kulturell mening kan minska lidandet och risken för självdestruktiva handlingar. Insikten att livet är föränderligt och att det inte finns någon given rättvisa kan paradoxalt nog leda till att det känns meningsfullt att leva.

Våld, trauma och existens

Zarowsky och Pedersen (2000) tar upp hur lidandet och sambandet mellan förlust, svårigheter, sjukdom och helande inte alltid går att få ihop med västerländska modeller. Inom vissa kulturer är t.ex. aktiv glömska ett brukligt och mer adaptivt sätt att handskas med trauma än att berätta om de kränkningar man blivit utsatt för.

Erfarenhet av trauma, krig och förlust kan spela en viktig och konstruktiv roll för mobilisering av sociala nätverk och för uppvisande av såväl motstånd som anpassningsförmåga. Inom psykiatrisk vård och psykoterapi är det nödvändigt att i varje enskilt fall tänka på vad makt, kultur, historia och politik betyder för den asylsökandes livsvilja och suicidalitet.

Existentiella frågor och vård av asylsökande

Ens livssyn och religion blir centrala i existentiella kriser. Många asylsökande upplever stark ångest som har sitt ursprung i rädsla för döden och i rotlöshet, isolering och meningslöshet. Innan man kan känna tillit till andra, behöver man komma i säkerhet och uppleva trygghet. Den icke-verbala kommunikationen som förmedlas med kropp, ögon, beröring och tonläge är viktig. All personal behöver vara lyhörda både för patientens och sin egen verbala och icke-verbala kommunikation. Enbart kulturell medvetenhet och kompetens räcker inte, utan det måste också finnas en kulturell känslighet och ett genuint empatiskt och respektfullt bemötande. (Se inlägg av Bäärnhielm och Ekblad).

Att vara kulturellt, socialt och andligt/religiöst förankrad i sitt ursprung är grundläggande för självkänslan och egenvärdet. Den asylsökande måste få hjälp att kontakta sina anhöriga. Oron att inte nå familjemedlemmar långt borta kan vara förödande. Den kan leda till upplevelser av misslyckande och skuld och öka risken för suicidalt beteende. Inom slutna psykiatrisk vård finns oftast nätverksmöten med patientens anhöriga. Det är viktigt att man använder detta arbetssätt också när patienterna är asylsökande. Anhöriga måste få information och samtal, även om det sker med tolkhjälp och via telefon till ett avlägset land.

Psykoterapeutiska metoder

Speciellt vid diagnosen posttraumatiskt stressyndrom (PTSD, se rutan sid 35) och suicidalitet kan man med fördel använda en kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) metod. Förluster och svåra livshändelser går inte att förändra. Däremot kan man i olika terapier omtolka och bearbeta erfarenheterna så att de, liksom reaktioner på trauma, blir begripliga och mer hanterbara. När det gäller negativ självuppfattning, känslor av skuld och skam är det möjligt att skapa en mer realistisk balans och självacceptans. PTSD är ofta sammankopplat eller förknippat med panikångest och då kan tillämpad avspänningsteknik vara till hjälp.

Remittering till specialistvård

Resultaten av ett projektarbete av läkarstuderande på termin 3 vid Karolinska Institutet (Zelano 2001) avseende diagnostisering och remittering av tortyröverlevande i primärvården under åren 1994–2001 visar att remisserna ofta innehåller för lite information och att primärvårdsläkarnas arbete därmed ofta måste upprepas. Detta kan vara adekvat även för asylsökande. Information om patientens språk, eventuellt tolkbehov, myndighetskontakter, sjukskrivningar, och aktuell medicinering bör ingå i remissen. Andra viktiga uppgifter är vilken ansvarsfördel-

ning som skall råda mellan specialistvård och remitterande läkare, bedömd suicidrisk och om patienten gett sitt medgivande till specialistbehandling.

Psykiatrisk slutenvård

Grunden till bra psykiatrisk vård och psykoterapi är att människan ses som en helhet och att man främjar sunda livsvanor. Redan i början av en vårdkontakt är det viktigt att se till att patienten sover, äter och dricker regelbundet i tillräckliga mängder. Kaffedrickandet är viktigt att beakta, då koffein kan bidra till ökad oro och störd sömn, vilket i sin tur påverkar möjligheten till återhämtning (Åkerstedt och Kecklund 2002). Man skall i möjligaste mån minska även andra stresskällor i vårdmiljön. Utrymme måste skapas för både aktivitet och trygg vila. En individuellt anpassad behandlingsplan bör utformas. Syftet med vården bör förklaras på ett tydligt sätt och vid upprepade tillfällen. De olika behandlarnas roller måste också klargöras. Den asylsökande behöver veta om sina rättigheter, vad som händer efter avslutad behandling och hur vården och eventuell diagnos påverkar asylärendet.

När behövs medicinering?

Behandlare bör förmedla till patienten att hans/hennes symtom är förståeliga reaktioner på svåra livshändelser. Den asylsökande har redan förlorat så mycket och det enda som finns kvar är upplevelsen av en intakt hälsa och integritet. Den får inte tas ifrån den asylsökande.

I vissa fall är farmakologisk behandling nödvändig för att lindra sömnsvårigheter, ångest och depressiva symtom. Noggrann information om mediciner, deras effekter, biverkningar och beräknad behandlingstid är av stor vikt. Hänsyn behöver tas till individuella och etniska variationer i bl.a. läkemedelsnedbrytning. Målsättningen med medicinering är att antingen förhindra suicidalt beteende, som kan ha att göra med svår ångest, genom att ge sedativ behandling, eller genom specifik behandling av en psykiatrisk (t.ex. depression, psykos eller missbruk) eller somatisk sjukdom som kan öka suicidrisken (Möller 2001). Samtidigt behöver man t.ex. vid PTSD vara medveten om att användning av bensodiazepiner eller andra lugnande psykofarmaka kan avtrubba känslorna och tänkandet, vilket i sin tur gör att den asylsökande får svårt att hantera suicidala impulser. Vid depression och ångest finns det ofta indikation på behandling med antidepressiva läkemedel t.ex. SSRI-preparat. Vid samtidiga sömnsvårigheter är antidepressiva medel med sömngivande effekter (t.ex. mirtazapin) att föredra. Neuroleptika bör användas enbart vid psykotiska symtom och i minsta effektiva dos. Upplevelsen av att vara läkemedelspåverkad och att inte kunna tänka klart kan utgöra en risksituation för suicid. Ibland feldiagnostiseras överklighetsupplevelser (dissociation) som psykos och kan leda till felbehandling. I några länder används tvångsmedicinering med psykofar-

maka i samband med tortyr. En sådan erfarenhet påverkar naturligtvis den asylsökandes inställning till läkemedel.

Sammanfattning

Ökade kunskaper om suicidalt beteende hos asylsökande måste omsättas i praktiken och användas på ett skickligt sätt. Erfarenheter från dem som fått asyl måste efterfrågas och tas till vara för att förbättra flyktningmottagandet och vården av nya asylsökande. Det är viktigt att stödja den asylsökandes bemästringsstrategier och inte göra henne/honom till en passiv vårdtagare.

Referenser

- Johansson, L.M. (1997) *Migration, Mental Health and Suicide. An Epidemiological, Psychiatric and Cross-Cultural Study*. Med dr avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Möller, H-J. (2001) Pharmacological treatment of underlying psychiatric disorders in suicidal patients (sid 173–178). I: D. Wasserman (red) *Suicide. An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz.
- Zarowsky, C., Pedersen, D. (red) (2000) Rethinking trauma in a transnational world. *Transcultural psychiatry* 37:3:291.
- Zelano, J. (2001) *Diagnostisering och remittering av tortyröverlevande i primärvården*. Projektarbete valfria perioder ht 01. Stockholm: Karolinska Institutet, termin 3 (T3).
- Åkerstedt, T., Kecklund, G. (2002) Sömn och återhämtning (sid 264–271). I: R. Ekman och B. Arnetz (red) *Stress. Molekylerna-individen-organisationen-samhället*. Stockholm: Liber.

Samtalet mellan utredaren och den asylsökande

Rudi Firnhaber

Skilda syften

Samtalet med den asylsökande kan ur utredarens perspektiv ses som ett insamlande av utsagor; av uttalanden, som ska registreras och värderas. Det ankommer på den asylsökande själv, framhålls det ofta, att tydliggöra ett behov av asyl eller uppehållstillstånd. Men då gäller det att det rätta också blir sagt, att det uppfattas och registreras korrekt och blir bedömt utifrån sin verkliga mening – och i detta ligger ett ansvar också på utredaren och myndigheten. För i grunden alla asylsökande får det antas att samtalsprocessens övergripande syfte är att möjliggöra ett uppehållstillstånd i Sverige; med motiv som är starkt varierande. Fokus i denna text inskränker sig till de fall, där samtalet gäller asylsökande, som har varit utsatta för extremt traumatiska upplevelser i samband med förtryck, och – specifikt – tortyr.

Utifrån ett suicidpreventionsperspektiv måste framhållas att ingen – ”expert” – kan veta något säkert om en enskild annans känsloliv och vi kan som mest förmoda något om den egentliga drivkraften bakom den andres handlingar. Om en asylsökande ser ut att må psykiskt dåligt bör utredaren helt ytligt efterfråga detta och hänvisa till en hjälpinrättning. Utredaren kan, samtidigt med ett påpekande om att det är andra som beslutar i ärendet, lova att föra vidare att den asylsökande mår dåligt och som orsak hänvisa till den eller den omständigheten. Ett välment avfärdande av eventuella svårigheter eller risker vid en hotande avvisning bör undvikas eftersom det kan bidra till att förstärka en känsla hos den asylsökande av att inte vara förstörd. Ett förtroendeskapande förhållningssätt, empati, tid och tålamod hos utredaren kan vara särskilt avgörande för den asylsökande som mår psykiskt dåligt.

För den enskilde utredaren vid Migrationsverket har man att utgå från att samtalets syften är flerfaldiga, styrda av såväl de beslutande organens och myndigheternas regelverk och direktiv som av situationsbetingade faktorer och personligt präglade faktorer. Den asylsökande – om inte redan uppgiven – talar för sitt skyddsbehov och uppehållstillstånd medan utredaren utforskar också det som talar emot den asylsökandes sak. Utredarens frågande innebär ofrånkomligen ett samtidigt ifrågasättande av den asylsökande och hans sak. Också den mest välvillige utredare har i samtalet med den asylsökande rollen av en motpart; och för ingen är det oklart vem som är beroende av vem. Att göra en asylutredning och att få fram ett relevant underlag genom enstaka samtal är en synnerligen komplex och svår uppgift och det kan tveklöst sägas att något har förbisetts om man, som en utredare, har kommit fram till att ”nej, vi upplever inga svårigheter – vi följer bara våra regler”.

Utredaren påverkar genom mer än ord

I samtalet är språket, det talade ordet, inte det enda medlet för kommunikation mellan utredaren och den asylsökande. Det som registreras och protokollförs är beskrivningar eller återgivningar av sådant som har sagts. Men ord används inte endast för att kommunicera det man vill förmedla utan även för att dölja sådant som man inte vill visa. Detta är bara en av många faktorer som kan komplicera värderingen av det utredningsmaterial som härrör från samtalet. En synnerligen viktig omständighet att beakta är att det som kommuniceras – genom kroppsspråk och exempelvis blickar, tonfall, röstläge, tempoväxlingar, tystnader – går långt utöver de sagda orden och det som avgör svaret på utredarens fråga styrs ibland av också annat än orden i frågans formulering.

Annorlunda juridik

Inte så få av asylfallens utredare och beslutsfattare är jurister med erfarenhet från det brottsbeivrande området, en omständighet som i olyckliga fall kan medföra en risk för att tanke- och förhållningssätt från detta kan föras in också i asylutredningen. Utredaren, som representerar ett humanitärt och demokratiskt Sverige, bör förmedla ett förhållningssätt, som förutom att vara rimligt ifrågasättande, också är tillmötesgående, öppnande och underlättande. Skillnaderna jämfört med en brottsutredning är stora i flera avseenden; i en asylutredning föreligger sällan entydiga bevis som styrker den sökandes uppgifter. Ett avgörande måste i asylutredningen grundas på det förmodade och sannolika likväl som en värdering av vad som inte bara kan ha skett utan – än mer – skulle kunna ske.

Att något "inte har visats" i en asylutredning kan, som nämnts, endast vara en omständighet som på skiftande sätt måste beaktas, och är för den kompetente utredaren inte i sig liktydigt med att en uppgift kan avfärdas. En utredare, som tvingas att befatta sig med ett undermåligt utlåtande (se bilaga 7) eller en dåligt underbyggd inläga, riskerar att drabbas av negativa känslor inför hela ärendet. Det finns då en risk att också sådant, som är välgrundat och relevant i en asylsökandes sak, blir avfärdat under ett utredningssamtal om detta förs under påverkan av negativa attityder. Med medvetenhet och observans har utredaren emellertid goda möjligheter att motverka och undvika detta.

Kommunicerande präglat av en annan värld

”Inte allra först, men sedan när dom började förhöra mig blev dom precis som dom som hade torterat mig.” För den som har varit utsatt för tortyr behövs det ibland inte mycket för att framkalla känslor av allra största obehag. Staten, polisen, o.s.v. står för den av förtrycket präglade för det godtyckliga, hotfulla eller rent ondskefulla och frammanar rädsla, misstänksamhet och ett undvikande eller ibland

trotsigt och inte sällan "tricksande", manipulerande förhållningssätt. I en miljö av förtryck blir följden emellanåt att "man ljuger mycket mer" – ett förhållningssätt som ibland bibehålls även under asylutredningen. Detta kan då ta sig uttryck i halvsanningar eller helt felaktiga uppgifter i utredningen kring vissa omständigheter – även i fall där asylberättelsens kärna är sann och skyddsbehovet välgrundat.

En sannolikt inte ovanlig, komplicerande faktor är också att många flyktingar har tagit sig till landet med hjälp av s.k. smugglare och vill dölja att de kommit hit via ett tredje land, där de kunde men av olika skäl inte ville söka asyl – "jag berättade hundra procent sant om allt utom hur jag kom hit, för då hade dom skickat mig dit och det hade slutat med en katastrof." En del har av "smugglarna" fått förment goda råd att säga så eller så, dvs. att ljuga för att öka sina möjligheter att få stanna i exillandet och förlitar sig ibland på att den uppdiktade berättelsen för utredaren ter sig mer trovärdig än den verkliga. En annan allvarlig oro, som kan leda till att vissa uppgifter undanhålls eller byts ut mot andra, osanna, kan gälla kvarvarande anhöriga eller personer som av egna politiska skäl skulle kunna vara utsatta för fara.

Påverkad av tolk och ombud

Användandet av tolk utgör en ofta förekommande och alldeles särskilt påtaglig svårighet. Att kommunicera genom tolk innebär att en tredje person är med och under samtalet även genom icke-verbal kommunikation förmedlar stämningar, känslor och affekter i riktning mot både utredaren och den asylsökande. Den asylsökande kan, exempelvis, uppleva såväl "förstärkning" som "ifrågasättande" eller "avfärdande" genom tolkens kroppsspråk, blickar, röstläge osv. Tolken är inte sällan en landsman till den asylsökande, vilket kan medföra att den asylsökande upplever ett känslomässigt stöd och trygghet hos någon som är förtrogen med hemlandets förhållanden. Men redan om tolken t.ex. ter sig framgångsrik och förmögen inför en asylsökande, som är kvar i analfabetism, kan en hämmande faktor ha kommit in i samtalet. Så kan också i än högre grad bli fallet om den asylsökande har förhållit sig på ett sätt som strider mot hemkulturens normer.

För att inte onödigtvis påverkas negativt av tolkningen får den asylsökande inte heller känna en personlig motvilja från tolken – "han översatte fel, jag sa inte så, han vill inte hjälpa oss – jag hörde från början på hans dialekt att han tillhörde dom (andra) och dom tycker inte om oss!" Det värsta i detta sammanhang har dock ännu inte nämnts – rädslan för att den okände tolken utför ett uppdrag också åt fienden. Valet för den asylsökande kan då bli att tiga eller att genom vilseledande uppgifter bygga en skyddande sköld åt sig och de sina.

Emellanåt medverkar även ett offentligt biträde eller ombud under samtalet. Även dessa utövar en viss påverkan på såväl utredaren som den asylsökande, till gagn eller men för utredningen. Ett olyckligt exempel är när en ogynnsam kommentar från biträdet eller ombudet hos en sårbar asylsökande kan frammana kän-

lor att också det sista hoppet har svikits – med uppgivenhet och tystnad och ibland självdestruktiva impulser som följd.

Följder av hot och kränkning

All tortyr inbegriper hot, fräntagande av kontroll, kränkning, tvingande och hindrande. Följderna av detta tar sig uttryck inte endast i symtom utan även i ett förändrat, reflexartat handlande, som kan återkomma under många år efter en genomgången tortyr. Under tortyr riktas ett avsiktligt skadande mot individen och allt som omger den torterade – människor, miljöer, ljud, lukter, färger, former osv. – kan vara förknippat med en oberäknelig dödlig fara.

Den torterade skadas genom detta i just det som är av en avgörande betydelse för vad som sker under samtalet i asylutredningen – förmågan att kommunicera med omvärlden. Att beakta under samtalsprocessen är särskilt följdreaktioner av upplevt hot eller kränkning, som kan utlösas reflexartat genom såväl s.k. överreaktioner, som s.k. felreaktioner.

Det är nödvändigt att fråga, men ett frågande innebär, som nämnts, alltid även ett visst prövande och ifrågasättande av den andre. När det riktas mot någon, som har blivit skadad genom tortyr kan det leda till djupt olyckliga reaktioner, som försvårar en utredning. Följdreaktioner av hotupplevelser kan i många fall vara sammankopplade med ett specifikt sjukdomstillstånd, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD, se ruta sid 35). Risken är stor att den asylsökande, som inte minns eller inte korrekt har uppfattat det efterfrågade, fyller ut med svar eller kommentarer, som han tror ska uppfattas som rimliga av utredaren – svar som senare kan visa sig vara felaktiga och medföra att den asylsökandes trovärdighet och skyddsbehov blir starkt ifrågasatt.

Uppgivenhet

Känslos av uppgivenhet och hopplöshet, nedstämdhet och depression, kan likaledes hindra att relevant information kommer fram. En bristande motivation, orsakad av tillstånd som dessa, kan även göra att den asylsökande svarar avfärdande eller felaktigt för att fortast möjligt komma ifrån en utfrågningsprocess som upplevs som meningslös.

Människor som har levt under förtryck har inte sällan även genomgått upplevelser av svek. Detta kan ha lett till en överkänslighet mot vad som i den drabbades fortsatta möten med medmänniskor skulle kunna uppfattas som svekfullt. Svek upplever man i relation till människor som man tidigare litat på. Hos en kanske redan depressiv asylsökande kan det i vissa fall räcka med att en empatisk utredare oväntat, kanske genom tidspress, ändrar tonfall eller tempo under utredningssamtalet för att känslor av svek skall återupplevas och åtföljas av en fördjupad uppgivenhet och depression.

Interfererande faktorer hos utredaren

Det är i mötet mellan den asylsökande (och eventuellt tolken) och utredaren, som asylsamtalet utspelas. Detta gör att interfererande faktorer också hos utredaren ovillkorligen måste uppmärksammas om man har en genuin strävan att också under svåra omständigheter få fram ett välgrundat skyddsbehov.

Därvid kan redan den yttre miljön hos utredaren, som detaljer i samtalsrummets inredning vara en påverkande faktor. Skämt och lustigheter på en anslags-tavla, exempelvis, kan ge ett intryck av bristande allvar hos utredaren. Polisattiraljer kan väcka felaktiga associationer hos den som har sett liknande sådana i sammanhang som har varit ohyggliga. Ett kort visande en kedja som sprängs (egentligen ett uttryck för befrielse) eller ett draperirep har kunnat framkalla återupplevanden av de mest fasansfulla tortyrminnen.

Kommunikation som beaktar skyddsbehov hos asylsökande

En kommunikation, som syftar till att "öppna" den asylsökande förutsätter att den asylsökande känner att utredaren uppriktigt vill hans/hennes bästa, att utredarens ärliga syfte är att få fram och beakta hans behov av skydd. Betydelsen av detta kan inte överskattas; det får anses vara den helt avgörande faktorn för samtalsprocessen, sannolikt mer avgörande än alla andra faktorer sammantagna. Ett forcerat frågande, otåligt formulerade krav på preciseringar "...det spelar ingen roll ..! förut sa du .. och nu säger du ..!" är exempel på ett förhållningssätt, som inte främjar en utredning med syfte att få fram komplexa och ofta emotionellt laddade omständigheter.

Även i fall där ett forcerat utfrågande inte är uttryck för en känslökyla eller en avvisande attityd utan hänger samman med en upplevelse av svår tidspress hos utredaren kan generellt sägas att ett förmedlande av otålighet vid samtalet med en torterad asylsökande är motsatsen till effektivitet. Det är även av allra största betydelse att utredaren förmedlar ett intryck av att ha en någorlunda god kännedom om de politiska och samhälleliga förhållandena i det land, som den asylsökande har velat lämna. Exempel finns där alltför stora brister därvidlag har kommit till uttryck och då har medfört en allvarlig interferens med den fortsatta utredningen. Den torterade asylsökande, redan skadad i sin tillit till omvärlden, förlorar det sista av förtroende för utredaren – utredaren själv hindrar sin egen utredning.

När en torterad asylsökande informeras om att det inte är säkert att asyl eller uppehållstillstånd kommer att ges ställs stora krav på utredaren att göra detta på ett sätt som inte ödelägger den fortsatta utredningen. En sådan information måste då kombineras med en försäkran om att utredaren – och den svenska staten – har en genuin önskan om att ett berättigat skyddsbehov blir tydliggjort och beaktat. Att redan under utredningen i vidare mening "förbereda" en kanske suicidal och

kanske torterad asylsökande på ett återvändande till hemlandet kan innebära ett risktagande som måste undvikas.

Sammanfattande och avslutningsvis kan sägas att ett utredningsförfarande, som syftar till att också under försvårande förhållanden få fram om det föreligger ett välgrundat skyddsbehov, förutsätter att utredaren besitter såväl den professionella kompetens som de personliga egenskaper som denna komplexa och viktiga uppgift kräver. Utan ett tillräckligt förtroende till utredaren kommer ett differentierat kommunicerande inte till stånd och en professionell, kompetent och rättvis utredning omöjliggörs. Upplevelsen hos den asylsökande av att ha blivit respekterad och rätt förstådd till sin person och sin sak, å andra sidan, kan antas inte endast vara till gagn för asylutredningen utan också motverka mången förtvivlad asylsökandes benägenhet att begå desperationshandlingar.

Referenser

- Besser, L-U., Firnhaber, R., et al. (2001) Trauma und Flucht (sid 10–14, 20–29). I: *Schriftserie Sachlich, Niedersächsisches Ministerium f. Frauen, Arbeit u. Soziales – Ausländerbeauftragte* 7.
- Firnhaber, R. (2000) På minerad mark – i exilen? *Socialmedicinsk tidskrift* 1: 41-51.
- Mollica, R., Caspi-Yavin, Y. (1992) Accuracy of recording. (sid 258–260) I: M. Basoglu (red.) *Torture and its consequences: current treatment approaches*. Cambridge: University Press.
- Van der Kolk, B. (1996) Trauma and Memory. (sid 270–302) I: B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (red.) *Traumatic Stress*. New York, NY: The Guilford Press.
- Zana, M. (1997) *Prison no. 5: eleven years in Turkish jails*. Cambridge, MA: Blue Crane Books.

Del 4.

Förslag på prioritering av åtgärder

Vilken ny kunskap behövs?

Solvig Ekblad och Danuta Wasserman

Några slutsatser

Dialogen med specialister inom området under två eftermiddagar den 15 februari och 4 september 2001 resulterade i en konsensus kring:

- Att ta hänsyn till ett transkulturellt förhållningssätt i hälsosamtalen. En bedömning av självmordsrisken skall ske tidigt i asylhandläggningen, dvs. hälsosamtal ska erbjudas, i vilka som en naturlig del ingår att fråga om självmordstankar.
- Att i de erbjudna hälsosamtalen till både barn (barnperspektiv) och vuxna skall en systematisk bedömning av självmordsrisken göras i form av värdering av riskfaktorer och diagnostik av en eventuell psykisk störning, liksom bedömning av närvaron av möjliga skyddsfaktorer mot suicidalt beteende.
- Att vid behov under den tidiga asylutredningen etablera samarbete med asylmottagningar, somatiska akutmottagningar och psykiatriska konsulter.
- Att etablera en samsyn beträffande primär, sekundär och tertiär prevention mellan forskare, kliniker och myndigheter.
- Att följa kunskapsområdet, och att utgå från evidensbaserad kunskap vid bedömning och behandling, samt ge utrymme för behandling, ej enbart akutvård.
- Att uppmärksamma behovet av utbildning och handledning av personal, särskilt i kulturella betingelser vad beträffar kommunikation av självmordsnära beteenden.
- Att genomföra en kartläggning under en begränsad tid på Migrationsverkets mottagningsenheter av självmord och självmordsförsök hos de asylsökande.
- Att öka ekonomiska resurser för FoU och långsiktiga utvecklingsprojekt.

Minnesanteckningar från det första mötet 2001-02-15 kring tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för själv mord



Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

Datum: 2001-03-05

IPM Dnr: 24/2001

MINNESANTECKNINGAR

från det första mötet 2001-02-15 kring tidig upptäckt och preventiv behandling av
asylsökande i riskzonen för självmord

Närvarande:

Curt Blomqvist, överläkare, psykiater, Flyktingmedicinskt centrum, Linköping
Sofie Bäärnhielm, överläkare, med lic, Transkulturellt centrum, Stockholms Läns Landsting
Solvig Ekblad, docent, Institutet för Psykosocial Medicin, Stockholm
Marcello Ferrada-Noli, professor, Folkhälsovetenskapliga institutionen, Högskolan i Gävle
Rudi Firnhaber, psykiater, Röda Korsets Center för torterade flyktingar, Stockholm
Allan Grönwald, Utlänningsnämnden, Stockholm
Teddy Gyllenstedt, överläkare, psykiater, Flyktingcentrum, Karlstad
Leena Maria Johansson, överläkare, psykiater, Östermalmskliniken, Stockholm
Wiiu Lillesaar, expert, Migrationsverket, Solna
Inga-Lil Ramberg, med lic., Nationellt centrum för suicidforskning och prevention
Susanne Ringskog, överläkare, psykiater, Nationellt centrum för suicidforskning och
prevention
Håkan Sandesjö, stf generaldirektör, Utlänningsnämnden, Stockholm
Danuta Wasserman, professor, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention

Förhinder:

Barbro Holmberg, sakkunnig, Utrikesdepartementet
Ilkka Mäkinen, sociolog, Fil dr., Nationellt centrum för suicidforskning och prevention
Luis Ramos-Ruggiero, verksamhetschef, Centrum för tortyr- och traumaskadade (CTD)
Göran Roth sektionschef, Allmänpsykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus



Samhällsmedicin
Profilmråde psykisk hälsa



Institutet för psykosocial medicin
Karolinska institutet,
Folkhälsovetenskapliga institutionen



WHO Collaborating Centre

Postadress: Box 230, 171 77 Stockholm
Besöksadress: Granits Väg 4, Karolinska institutet,
Solna
tel 08 - 728 69 66
e-mail: susanne.ringskog@ipm.ki.se
E-post: www.sll.se/suicid
Hemsida: www.sll.se/suicid

Diskussion:

Storleken av problemet suicidalitet hos asylsökande/flyktingar är okänd. Eftersom dessa individer saknar de fyra sista siffrorna i personnumret och inte är folkbokförda i Sverige, förs ingen statistik över deras suicid från Socialstyrelsens eller Statistiska Centralbyråns sida. Polisen registrerar dock (osystematiskt) samtliga i Sverige inträffade dödsfall, där dödsorsaken är oklar, och där torde man kunna återfinna gruppen asylsökande/flyktingar. I dagsläget är således antalet suicid hos denna grupp individer inte känd.

Sjukvårdens roll för att ta emot och behandla suicidala asylsökande/flyktingar – i diskussionen framkom, att många upplever, att det är föga hjälp som erbjuds.

Sjukvården förefaller inte heller alla gånger ha tillräckliga kunskaper om asylsökande/tortyrskadade. Läkare kan vara tvungna att föra långa diskussioner inför remittering till slutenvårdsinstanser om exempelvis det är kulturellt utbrett för afghaner att försöka hänga sig, och om deras märken på halsen efter att ha försökt – skulle detta styrka allvarlighetsgraden i ett suicidförsök eller ej...

Sådana diskussioner har man som regel inte när det rör sig om svenska patienter. Samtidigt är det angeläget att på myndighetsnivå få hjälp med att veta hur man ska bete sig när olika drastiska incidenter inträffar, som exempelvis ett faktiskt fall där en tonåring tänder eld på sig som reaktion på ett negativt besked om uppehållstillstånd.

De som blivit utsatta för tortyr har skadats i sin kommunikationsförmåga, vilket visar sig i den skadades kontakt med myndigheter - man är överkänslig för handläggarens sätt och till och med hans/hennes tonfall, man kan inta en aggressiv försvarsställning redan från början av kontakten, och man har en djup misstro mot myndigheter och mot dessas dokumentation av individen - därför kan den asylsökande/flyktingen exempelvis hemfalla till att ljuga om olika förhållanden, vilket kan provocera den svenska handläggaren, medan detta att ljuga för representanter för överheten för flyktingen kan innebära ett invariant överlevnadsmönster.

Läkarintyg för att styrka suicidalitet: *Suicidalitet* nämns enligt Utlänningsnämnden i ca 25 procent av alla intyg (rörande asylsökandes särskilda skäl att få uppehållstillstånd/asyl i Sverige) som inkommer till myndigheten.

- Utlänningsnämnden använder ibland uttrycket "villkorat suicidhot" för denna suicidalitet. Man finner det anmärkningsvärt, att dessa intyg och denna suicidalitet uppträder så sent i asylsökandeförloppet (oftast efter ett avvisningsbesked). Enligt Utlänningsnämnden bör den psykiatriska bedömningen komma in tidigare. Anmärkningsvärt är också, att individens psykiska tillstånd och suicidalitet beskrivs som ytterst allvarliga - men att ändå ingen behandling initierats.

- Vidare anser Utlänningsnämnden att dessa intyg ibland inte håller särskilt hög kvalitet, och inte följer Socialstyrelsens råd och anvisningar om hur intyg bör skrivas.

En kommentar till detta: problemet handlar egentligen inte enbart om att och hur skriva intyg, utan i ännu högre grad om att göra korrekta suicidriskbedömningar. Detta är en svår konst, och kompetensen på att utföra suicidriskbedömningar varierar.

Introduktionen till nyanlända - bör vara en slags hjälp till självhjälp. Vad gäller barnen skall myndigheter inte ta över föräldraansvaret, utan stötta föräldrarna. Mår föräldrarna bra, så mår barnen bra.

Det påpekades, att man inte rutinmässigt och kontinuerligt bör ingjuta hopp om att den asylsökande skall få stanna - i stället skall från början realistisk information ges, så att individen inser möjligheten/risken med att få avslag på sin ansökan, och man bör redan från ankomsten till vårt land planera för ett återvändande.

Sammanfattning

Några slutsatser av denna öppna diskussion blev en konsensus kring

- att etablera en samsyn i primär, sekundär och tertiär prevention mellan forskare, kliniker, myndigheter
- att fokusera på barnperspektivet
- att ta hänsyn till ett transkulturellt förhållningssätt i hälsosamtalet
- att utveckla metoder för bedömning av den enskildes behov och resurser och uppföljning i ett återvändande- och familjeåterförningsperspektiv
- att systematisera vetande och följa detta inom kunskapsområdet
- att utgå från evidensbaserad kunskap vid bedömning och behandling
- att uppmärksamma behovet av handledning till personal
- att tillämpa ett EU perspektiv

Gemensamt dokument på 35-40 sidor

I slutet av mötet diskuterades förslag på områden till ett gemensamt dokument (redaktörer: Solvig Ekblad, Susanne Ringskog och Danuta Wasserman)

Förslag på titlar till inslag i ett gemensamt dokument kring dessa frågor (uppgift att sändas in senast 22 juni):

Följande personer föreslås skriva max 2 A4 sidor, 1.5 radavstånd:

Inledning	Danuta Wasserman, Solvig Ekblad, Susanne Ringskog
Asylsökande och suicid	Allan Grönwald, Håkan Sandesjö
Suicidalitet bland invandrare	Ilkka Mäkinen
Suicidalitet bland tortyröverlevande	Marcello Ferrada-Noli
Behovet av samsyn i bemötandet mellan myndigheter	Wiiu Lillesaar
Transkulturellt förhållningssätt i mötet	Sofie Bäärnhielm, Solvig Ekblad
Bevekelsegrunder vid bedömning av suicidalitet med asylsökande	Peter Nordström
Stress-sårbarhetsmodellen i utvecklingen av den suicidala processen. Riskgrupper och risksituation för suicidalitet	Göran Roth
Bedömningsinstrument, behandling och förebyggande åtgärder	Danuta Wasserman, Susanne Ringskog
Samtalet med asylsökande	Rudi Firnhaber
Psykoterapeutens synpunkter på suicidalitet	Leena Maria Johansson
Tre korta fallbeskrivningar (både barn och vuxna)	Curt Blomqvist, Rudi Firnhaber, Teddy Gyllenstedt
Utmaningar som handledare	Luis Ramos-Ruggiero
Vilken ny kunskap behövs?	Solvig Ekblad, Danuta Wasserman

Vänligen **bekräfta** per mail till Solvig Ekblad **senast den 1 juni, 2001** att vårt förslag eller eget förslag kommer i max 2 A4 sidor senast den 22 juni så att vi i god tid kan skicka ut till deltagarna inför nästa möte den 4 september, 2001.

Förslag på ytterligare personer att delta i denna dialog

Deltagarna är välkomna att komma med namn på ytterligare nyckelpersoner att delta i nästa möte. Före den 22 juni per mail med namn och adress (som närslutna deltagarlista) till Solvig Ekblad.

Tid för nästa möte

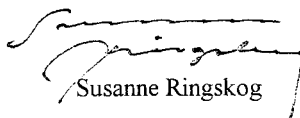
Tisdagen den 4 september, 2001, kl 13.00-17.00, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, biblioteket.

Bilaga

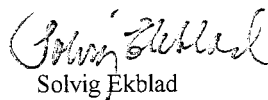
Håkansson, G., Grönwald, A., Asylsökande och suicid, PM 00-01-10.

Deltagarförteckning med adressuppgifter

Vid pennan



Susanne Ringskog



Solvig Ekblad



UTLÄNNINGSNÄMNDEN
Göran Håkansson
Allan Grönwald

PM
00-01-10

Asylsökande och suicid

Bakgrund

I utlänningslagen (1989:59) anges på vilka grunder en utlänning kan få uppehållstillstånd i Sverige. I huvudsak rör det sig dels om flyktingskäl enligt 1951 års flyktkonvention eller liknande skyddsskäl, dels om anknytning till Sverige genom bl.a. äktenskap dels ock humanitära skäl. Med humanitära skäl avses undantagssituationer av särskilt upprörande slag och inte vad som avses i vanligt språkbruk. Som exempel på en sådan situation anges i förarbetena till lagen kortfattat att det "föreligger en risk för självmord eller ett avlägsnande annars skulle medföra allvarig risk för utlänningens liv eller hälsa."

Oftast återoppar den som söker uppehållstillstånd ett flertal eller samtliga grunder för tillstånd. Den som har skäl enligt 1951 års konvention har rätt till uppehållstillstånd i form av asyl. Statens invandrarverk prövar ansökningarna som första instans. Verkets beslut kan överklagas till Utlänningsnämnden, som är sista instans. I vissa särskilda fall kan verket eller nämnden överlämna ett ärende till regeringen för avgörande. Så länge en utlänning inte har lämnat Sverige kan han eller hon göra en s.k. ny ansökan direkt hos nämnden även om det redan finns ett lagakraftvunnet beslut av verket eller nämnden. För bifall krävs nya omständigheter som visar att den sökande har skyddsskäl eller att det skulle strida mot humanitetens krav att verkställa det tidigare beslutet. Begreppet humanitetens krav och begreppet humanitära skäl ges samma begränsade innebörd.

Postadress
Box 45102
104 30 STOCKHOLM

Telefonväxel

08-726 46 00

Telefax

08-30 15 39

1998 avgjorde Utlänningsnämnden ca 2 500 ärenden rörande överklaganden av Invandrarverkets avslag på ansökningar om uppehållstillstånd från utlänningar som befann sig i Sverige och som därför skulle avvisas eller utvisas. 36 % av överklagandena bifölls av nämnden. Nämnden biföll också 46 % av de ca 2 500 nya ansökningar som nämnden avgjorde 1998. Det är främst i de nya ansökningarna som det förekommer uttalanden från den sökande om suicid, om uppehållstillstånd inte erhålles, även om det också förekommer i överklagade ärenden.

Frekvens

Den 16 november 1998 - den 18 december 1998 fattade nämnden beslut i 190 överklagandeärenden. I 14 av dessa fanns uppgift om hot om eller risk för självmord. Under samma period avgjordes 120 nya ansökningar. I dessa fanns hot om eller risk för självmord i 28 ärenden.

Den 4 oktober 1999 - den 31 december 1999 fattade nämnden beslut i 831 överklagandeärenden. I 41 av dessa fanns uppgift om hot eller risk för självmord. Under samma period avgjordes 354 nya ansökningar. I dessa fanns hot om eller risk för självmord i 77 ärenden.

I praktiskt taget samtliga fall fanns intyg, i de flesta fall av läkare med specialistkompetens i psykiatri. Intyg, utfärdade av bl.a. psykolog, ibland vidimerade av läkare, förekommer mer och mer.

Intyg

Läkarintygen är av avgörande betydelse för Utlänningsnämndens möjligheter att bilda sig en uppfattning om den sökandes tillstånd och därmed för bedömningen av om den humanitära situationen är av sådan undantagskaraktär att uppehållstillstånd kan ges på den grunden.

Grundläggande för utformningen av intygen är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1981:25) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m.m. Av särskild betydelse är emellertid Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1990:27) om läkarintyg i asylärenden m.m. (bilaga 3). I de allmänna råden betonas svårigheten att göra en bedömning av suicidalitet hos en asylsökande, eftersom suicidtankar är mycket vanliga när människor utsätts för starka yttre hot. Det är enligt råden viktigt att läkaren inte bara hänvisar till den asylsökandes egna uttalanden utan gör en självständig bedömning, där de faktorer som talar för och emot en suicidrisk noggrant redovisas. När det gäller

med ett läkarintyg, vari anges att sådana handlingar inte kan uteslutas, inte ger rätt till uppehållstillstånd. Inte på något annat område är sådana uttalanden rättslig grund för bifall. Uttalandet måste däremot vägas in i den humanitära bedömningen i stort, varvid dock stor restriktivitet ska iakttas.

Nämnden gör den bedömningen att hot om självdestruktiva handlingar för att i princip beaktas bör ha någon koppling till ett psykiskt sjukdomstillstånd. Allvaret i en sådan situation brukar normalt framgå genom anteckningar i journaler eller intyg angående bl.a. överväganden om behandling genom t.ex. tvångsvård. Om så är fallet kan den enskilde inte anses råda över sitt handlande på samma sätt som en psykiskt frisk person. Utifrån en grundlig utredning om den enskildes förhållanden leder sålunda ett uttalande om suicidavsikt eller andra självdestruktiva handlingar från en person med ett sådant psykiskt sjukdomstillstånd normalt till att uppehållstillstånd beviljas.

Problembild

Det tyngst vägande problemet i sammanhanget är självfallet den desperation och förtvivlan hos den enskilde som leder till suicidtankar samt den psykiska sjukdom som suicidtankarna också kan vara uttryck för. I många av nämndens ärenden är också tydligt hur från början psykiskt förhållandevis friska personer efter ett antal avslag slutligen befinner sig i ett sådant psykiskt tillstånd att förutsättningar för uppehållstillstånd föreligger.

Ett otal faktorer spelar härvid in. Ett grundproblem är naturligtvis förhållandena i de länder varifrån de asylsökande kommer. En helt fri invandring till Sverige skulle i och för sig lösa många av den asylsökandes problem. Vi synes emellertid ha en allmän samsyn i Sverige att vi skall ha en reglerad invandring. Riksdag och regering har fastslagit reglerna för denna och i denna PM utgås från dessa regler.

Den enskildes egna förhållanden och inställning till och möjligheter att hantera ett eventuellt avslag har i nu aktuellt sammanhang stor betydelse. Av undersökningar framgår exempelvis att bland dem som gömmer sig efter avslag finns de som redan från början bestämt sig att inte acceptera ett avslag och de för vilka ett avslag kommer som en chock (När barn gömmer sig, SoS-rapport 1999:5 s. 54).

Ett stort antal aktörer har betydelse för hur den enskilde uppfattar sin situation och förmår hantera denna. Massmedia, opinionsbildare, frivilligorganisationer, ombud, släkt, vänner spelar stor roll. Bland utlänningsmyndigheterna har Invandrarverket en framträdande roll som den myndighet som har det direkta

ansvaret för den asylsökandes vistelse i Sverige och eventuella avvisning. Verkets arbete med att ge den asylsökande stöd och en realistisk bild av möjligheterna att få stanna i Sverige och att motivera den sökande att överväga ett återvändande vid en eventuell avvisning är betydelsefullt.

När det gäller suicidfrågan är det emellertid läkarkåren som har att göra en medicinsk eller psykiatrisk bedömning och - eftersom suicidfrågan vanligtvis uppkommer först i nya ansökningar sedan ett slutligt avslagsbeslut redan föreligger - Utlänningsnämnden som skall bedöma om det finns förutsättningar för uppehållstillstånd.

Det är helt klart att människor far mycket illa, särskilt i den process som uppstår sedan det avslagsbeslut kommit som man av olika skäl inte kan acceptera. Det är naturligtvis mänskligt upprörande och absurt att den juridiska prövningen av ca 500 förvaltningsärenden per år skall koncentreras på frågan om den sökande i ärendet kommer att ta livet av sig eller ej.

Fråga är om då om det går att avleda processen från den olyckliga koncentration på självmordsfrågan som för närvarande sker. Vilka signaler ger de som den asylsökande möter i denna process och vilka möjligheter finns det för dessa att leda den asylsökande bort från denna koncentration? Ombud, frivilligorganisationer och Invandrarverk har här ett särskilt ansvar.

För läkaren synes särskilda problem uppstå. Enligt representanter för psykiatrin är de asylsökande som söker vård och som uppger suicidproblematik i det övervägande antalet fall egentligen inte psykiskt sjuka. Adekvat vård är också svårt att ge då det enda verkliga botemedlet är uppehållstillstånd (se artikel i Dagens Nyheter av överläkarna Bernce och Pålsson samt PM från Universitetssjukhuset MAS, bilagorna 6 och 7). Detta dilemma återspeglas på olika sätt i de läkarintyg, som företes i Utlänningsnämndens ärenden, varvid nämnden har den svåra uppgiften att slutligt bedöma om uttalandena om självmord är uttryck för ett sådant tillstånd att förutsättningar för uppehållstillstånd finns.

Riktlinjerna

Enligt nämndens mening behöver riktlinjerna för vård av självmordsnära patienter kompletteras såvitt avser asylsökande, varvid ovan berörda problematik behöver analyseras. Från nämndens synpunkt är av särskilt intresse i vilken mån gränsdragning mellan psykisk sjukdom och andra kristillstånd kan göras och tillståndens relation till suicidrisken i det enskilda fallet samt bedömningen av denna risk. Av central betydelse är ju också vilken vård och

vilket stöd som kan ges den asylsökande i dennes olika situationer. Ur alla synpunkter synes det nämnden viktigt att söka besvara frågan om vad som kan göras för att undvika att den asylsökandes hela situation koncentreras på frågan om självmord och uppehållstillstånd.

Bilaga

Deltagarförteckning med adressuppgifter

Curt Blomqvist, överläkare, psykiater
Flyktingmedicinskt centrum
Universitetssjukhuset Linköping
581 85 Linköping
tel: 013 -22 19 21

Sofie Bäärnhielm, överläkare, psykiater
Transkulturellt centrum
161 04 Bromma
tel: 08 - 687 64 81
fax: 08 - 687 64 78
Sofie.Baarnhielm@psyk.vssu.sll.se

Solvig Ekblad, docent
Institutet för Psykosocial Medicin
Box 230
171 77 Stockholm
tel 08 - 728 69 65
fax 08 - 53 06 52
Solvig.Ekblad@ipm.ki.se>

Marcello Ferrada-Noli, professor
Folkhälsovetenskapliga institutionen
Högskolan i Gävle
801 76 Gävle
Tel: 026 - 64 85 00, fax 026 - 648648
mnf@hig.se

Rudi Firnhaber, psykiater med ansvarig
Röda Korsets Center för torterade flyktingar
Brinellvägen 2
114 28 Stockholm
tel: 08 - 791 15 00
rudi.firnhaber@redcross.se

Allan Grönwald, Utlänningsnämndsråd
Utlänningsnämnden
Box 45 102
104 30 Stockholm
tel: 08 - 728 46 00
fax: 08 - 30 15 39

Teddy Gyllenstedt, överläkare
Flyktingcentrum
Pilgrimsgatan 2
652 25 Karlstad
tel: 054 - 61 50 80
tedde.gyllenstedt@liv.se

Leena Maria Johansson, överläkare
Östermalmskliniken
114 54 Brahegatan 25
Stockholm
Tel: 08 - 660 50 95, 0708-96 65 91
lmse.johansson@swipnet.se

Wiiu Lillesaar, expert
Migrationsverket,
Solnavägen 96
Box 507
169 29 Solna
tel: 08 - 470 99 46
wiiu.lillesaar@migrationsverket.se

Inga-Lill Ramberg, med lic.
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
Box 230
171 77 Stockholm
tel: 08 - 728 70 26
fax: 08 - 30 6439<ingalill.ramberg@ipm.ki.se>

Susanne Ringskog, överläkare
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
Box 230
171 77 Stockholm
tel: 08 - 728 69 38, 0704 - 38 83 38
susanne.ringskog@ipm.ki.se, susanne.ringskog@spray.se

Göran Roth, sektionschef
Allmänpsykiatriska kliniken
Stockholms läns landsting
Huddinge universitetssjukhus AB
M56
141 86 Stockholm
tel: 08-58586636
goranroth@telia.com

Håkan Sandesjö, stf generaldirektör
Utlänningsnämnden
Box 45 102
104 30 Stockholm
tel: 08 - 728 46 00
fax: 08 - 30 15 39

Danuta Wasserman, professor
Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa
Box 230
171 77 Stockholm
tel 08 - 728 69 66
fax 08 - 30 64 39
danuta.wasserman@ipm.ki.se

Adresslista till författarna av de enskilda bidragen

Sofie Bäärnhielm
överläkare, fil lic, doktorand

Transkulturellt Centrum
Box 859
167 24 Bromma
tel: 08-687 64 81
fax: 08-687 64 78
e-mail: Sofie.Baarnhielm@psyk.vssso.sll.se

Solvig Ekblad
enhetschef, docent

Institutet för Psykosocial Medicin (IPM)
Invandarmiljö och hälsa
Box 230
171 77 Stockholm
tel: 08-728 69 65
fax: 08-33 06 52
e-mail: Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

Marcello Ferrada-Noli
Professor i folkhälsovetenskap
med inriktning mot epidemiologi

Högskolan i Gävle och även knuten till
Karolinska Institutet
Avdelningen för socialmedicin
Karolinska sjukhuset Norrbacka
171 76 Stockholm
tel: 08-5177 79 33
fax: 08-33 46 93
e-mail: Marcello.Ferrada-Noli@phs.ki.se

Rudi Firnhaber
ansvarig f. medicinska frågor

Röda Korsets Center för Torterade Flyktingar
Brinellvägen 2
114 28 Stockholm
tel. 08-7911511 el. 7911500 el. 203288
fax. 08-101688
e-mail: rudi.firnhaber@redcross.se eller
rudi.firnhaber@swipnet.se

Allan Grönwald
utlänningsnämndsråd

Utlänningsnämnden
Box 45 102
104 30 Stockholm
tel: 08-728 45 15
fax: 08-30 15 39
e-mail: agd@un.se

Tedde Gyllenstedt
överläkare

FlyktingCenter
Pihlsgrensgratan 2
652 25 Karlstad
tel: 054-61 50 80
fax: 054-61 50 88
e-mail: Tedde.Gyllenstedt@liv.se

Leena M Johansson
medicine doktor, privatpraktiserande
psykiater, leg.läkare, leg psykoterapeut

Flemingsbergs vårdcentral
Diagnosvägen 8
141 54 Huddinge
Tel 08-57839050
och Östermalmskliniken
Braheg 25
114 37 Stockholm
tel 08-6605095
fax: 08-58360471
e-mail: LMSE.JOHANSSON@SWIPNET.SE

Ewa Lidström
expert

Migrationsverket
Huvudkontoret
601 70 Norrköping
tel: 011-15 66 32
fax: 011-15 62 70
e-mail: ewa.lidstrom@migrationsverket.se

Ilkka Henrik Mäkinen
docent

Stockholm Centre on Health of Societies in
Transition
Box 4101
141 04 Huddinge
tel: 08-608 41 49
e-mail: Ilkka.Makinen@sh.se

Susanne Ringskog
överläkare

Norra Mottagningen
Allmänpsykiatriska kliniken
Akademiska sjukhuset Landstinget i Uppsala län
Box 160 24
750 16 Uppsala
tel: 018-611 74 76, reception 018-611 74 75
e-mail: susanne.ringskog@psyk.uas.lul.se
och Nationellt Centrum för Suicidforskning och
Prevention av psykisk ohälsa (samma adress som
Danuta Wasserman)

Göran Roth
sektionschef, doktorand

Allmänpsykiatriska kliniken, M56
Huddinge universitetssjukhus
141 86 Stockholm
tel: 08-58 58 66 36
fax: 08-58 58 66 30
e-mail: Goran.Roth@slpo.sll.se

Magnus Rydén
asylråd

Migrationsverket
Huvudkontoret
601 70 Norrköping
tel: 011-15 60 00
fax: 011-15 62 70
e-mail: magnus.ryden@migrationsverket.se

Håkan Sandesjö
stf generaldirektör

Utlänningsnämnden
Box 45 102
104 30 Stockholm
tel: 08-728 45 15
fax: 08-30 15 39
e-mail: hs@un.se

Danuta Wasserman
professor, verksamhetschef

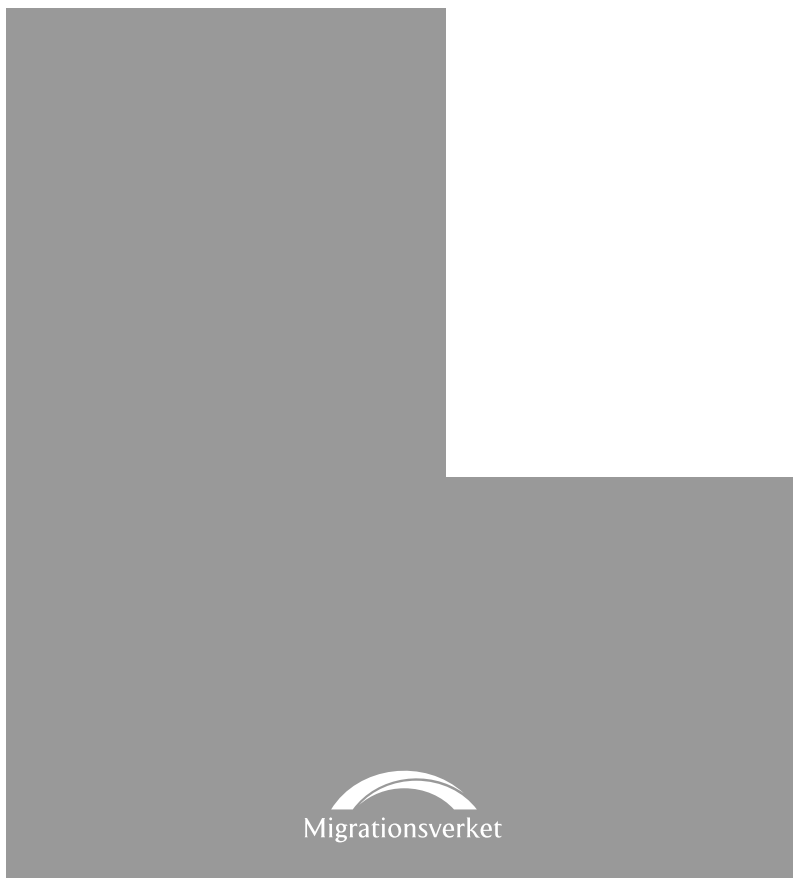
Nationellt centrum för Suicidforskning och
Prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid
Institutet för Psykosocial Medicin (IPM) och
Stockholms läns landsting (SLL)
Box 230
171 77 Stockholm
tel: 08-728 69 37
fax: 08-30 64 39
e-mail: Danuta.Wasserman@ipm.ki.se

Anders Westerberg
stf generaldirektör

Migrationsverket
Huvudkontoret
601 70 Norrköping
tel: 011-15 60 00
fax: 011-15 62 70
e-mail: anders.westerberg@migrationsverket.se

Svensk flyktingpolitik och definitioner på centrala begrepp

Svensk flyktingpolitik



Produktion: Migrationsverket, Informationsenheten, 601 70, Norrköping **Internet:** www.migrationsverket.se
Foto: Janne Olander och Lars Johansson/BIG, Björn Keller och Heine Pedersen/Bildhuset, Photo Disc
ISBN: 91-7016-686-2 **Tryckeri:** AB Trycksaker, Norrköping

Svensk flyktingpolitik

Det finns många krig och oroshärder i världen som tvingat och tvingar människor att fly. De flesta flyktingkatastrofer sker i de fattigaste delarna av världen och den vanligaste orsaken till flykt är väpnad konflikt i hemlandet. Mellanöstern har under många år varit ett sådant område, liksom flera länder i Afrika. I östra Europa har människor tvingats fly i olika omgångar, inte minst i samband med konflikterna i före detta Jugoslavien. Inte sedan andra världskriget har det funnits så många människor på flykt i Europa som det finns idag.

Oro i världen

Förenta Nationernas (FN) flyktingkommisariat, UNHCR, som arbetar med flyktingfrågor, har beräknat att det finns omkring 50 miljoner människor på flykt i världen idag.

De flesta som flyr söker skydd i eller i närheten av sitt hemland. En liten del söker sig längre bort, bl.a. till västeuropeiska länder, däribland Sverige.

Motiven för att fly är desamma idag som förr i tiden – att söka en dräglig tillvaro, att fly från politiskt eller religiöst förtryck, krig och fattigdom.

Att söka asyl är en mänsklig rättighet

Den svenska flyktingpolitiken bygger på FN:s flyktingkonvention från 1951, den så kallade Genèvekonventionen. För närvarande har omkring 135 länder undertecknat den och därmed lovat att rättssäkert pröva asylsökandes skyddsbehov och att också ge dem asyl om de behöver det.

Däremot ger flyktingkonventionen inte flyktingar rätt att välja vilket land de vill söka asyl i. Sverige, liksom de flesta andra europeiska länder, tillämpar den så kallade första-asyllands-principen. Tanken bakom

den är att de asylsökande ska söka asyl i det första säkra land de kommer till. Se sid 6, Dublinkonventionen.

Definitioner

ASYLSÖKANDE är en person som själv har tagit sig till Sverige och uppger sig vara i behov av skydd, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och Utlänningsnämnden.

FLYKTING är den som i sitt hemland riskerar förföljelse på grund av sin ras, nationalitet, tillhörighet till viss samhällsgrupp eller på grund av sin religiösa eller politiska uppfattning och som inte kan återvända till sitt hemland. Förföljelsen kan komma från hemlandets myndigheter och i vissa fall från andra grupper i hemlandet.

SKYDDSBEHÖVANDE Utöver dem som har rätt till asyl enligt flyktingkonventionen ger svensk lag rätt till skydd för dem som:

- riskerar dödsstraff, kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig och förnedrande behandling eller bestraffning
- på grund av yttre eller inre väpnad konflikt har behov av skydd eller på grund av en miljökatastrof inte kan återvända till sitt hemland
- riskerar förföljelse på grund av sitt kön eller homosexualitet.

KVOTFLYKTING är en person som före resan hit fått uppehållstillstånd inom den av regering och riksdag fastställda flyktingkvoten och vars hitresa organiserats av Migrationsverket.

FN:s flyktingkonvention

Sverige har undertecknat 1951 års FN-konvention om flyktingars rättsliga ställning, Genèvekonventionen, samt tilläggsprotokollet från 1967. Den anger de rättigheter och förmåner en stat, som undertecknat konventionen, garanterar den som söker asyl och den som vistas inom dess gränser som flykting. Den svenska Utlänningslagens definition av begreppet flykting bygger på Genèvekonventionen:

"Med flykting avses i denna lag en utlänning som befinner sig utanför det land, som han är medborgare i, därför att han känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin ras, nationalitet, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller på grund av sin religiösa eller politiska uppfattning och som inte kan eller på grund av sin fruktan inte vill begagna sig av detta lands skydd. Vad som nu har sagts gäller oberoende av om förföljelsen utgår från landets myndigheter eller dessa inte kan antas bereda trygghet mot förföljelse från enskilda.

Som flykting skall även anses den som är statslös och som av samma skäl befinner sig utanför det land där han tidigare haft sin vanliga vistelseort och som inte kan eller på grund av sin fruktan inte vill återvända dit."

Utlänningslagen 3 kap 2

Enligt Utlänningslagen är asyl ett permanent uppehållstillstånd som utlänningar får om de är flyktingar.

En asylsökande har inte rätt att välja i vilket land han vill bo. Den land dit han först kommer prövar som regel asylansökan. En asylsökande som hade kunnat söka asyl i ett annat land innan han kom till Sverige, kan därför avvisas till det landet.

"Med skyddsbehövande i övrigt avses i denna lag en utlänning som lämnat det land, som han är medborgare i, därför att han:

- 1. Känner välgrundad fruktan för att straffas med döden eller med kroppsstraff eller att utsättas för tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning*
- 2. På grund av en yttre eller inre väpnad konflikt behöver skydd eller på grund av en miljökatastrof inte kan återvända till sitt hemland, eller*
- 3. På grund av sitt kön eller homosexualitet känner välgrundad fruktan för förföljelse. Som skyddsbehövande skall även anses den som är statslös och som av samma skäl befinner sig utanför det land där han tidigare haft sin vanliga vistelseort och på i första stycket angivna grunder inte kan eller på grund av sin fruktan inte vill återvända dit."*

Utlänningslagen 3 kap 3

Det internationella flyktingarbetet

Den svenska flyktingpolitiken omfattar inte bara flyktingmottagande i Sverige utan också:

- arbete inom FN och andra internationella sammanhang, för att motverka och lösa internationella konflikter samt upprätthålla respekten för mänskliga rättigheter
- ekonomiskt stöd till flyktingar i andra länder via FN:s flyktingkommissariat (UNHCR), FN:s hjälpprogram för Palestinaflyktingar (UNRWA), och andra organisationer som ger stöd till flyktingar
- internationellt samarbete för en solidarisk ansvarsfördelning mellan länder för världens flyktingproblem och för att stärka flyktingarnas rättsliga skydd
- samarbete på flyktingområdet inom Europeiska Unionen (EU). Sedan 1995 deltar Sverige aktivt på olika nivåer inom EU
- stöd och hjälp till personer som frivilligt vill lämna Sverige för att åter bosätta sig i hemlandet eller något annat land
- migrationspolitiskt stöd till de baltiska staterna och Ryssland med flera för att de ska kunna utveckla en flyktingpolitik i enlighet med Genèvekonventionens krav
- stöd till enskilda organisationer som arbetar med asylsökande och flyktingar till exempel Svenska Röda Korset och Sveriges kristna råd.

Flyktingkvot

Sverige tillhör de länder som varje år ställer en flyktingkvot till UNHCR:s förfogande, det vill säga lovar att ta emot ett visst antal flyktingar, som UNHCR bedömer behöver ett nytt säkert hemland. Ofta kommer kvotflyktingarna från något flyktingläger men det kan också gälla enskilda individer i akut behov av skydd som kommer direkt från hemlandet.

Pengarna som avsätts motsvarar resor och mottagande i Sverige av cirka 1 800 kvotflyktingar. Pengarna kan även användas för att hjälpa flyktingar som befinner sig i andra länder.

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl. (2002-02-21)

UTRIKESDEPARTEMENTET
LANDSTINGSFÖRBUNDET

2002-02-21

Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl.

Riksdagen har beslutat i enlighet med regeringens proposition 1993/94:94 om mottagande av asylsökande m.m. att låta ansvaret för asylsökandes sjukvård helt övergå till landstingen när det bedömdes möjligt att införa en schablonersättning som är administrativt hanterbar, kostnadsneutral för staten och ger avsedd kostnadstäckning för landstingen.

Staten och Landstingsförbundet tecknade den 31 maj 1996 en överenskommelse rörande landstingens åtaganden och statens ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl. I mars 2000 förlängdes avtalet till att gälla tills vidare. Samtidigt träffades en överenskommelse om att barn som vistas i landet utan att vara bosatta här och som tidigare har omfattats av överenskommelsen skall erhålla hälso- och sjukvård enligt samma grunder som asylsökande barn. Dessa överenskommelser ersätts den 1 januari 2002 av denna överenskommelse.

Med landsting avses i överenskommelsen också Gotlands kommun.

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 3 kap. 2 eller 3 § utlänningslagen (1989:529) (asylsökande),
- b) utlännningar som har beviljats tidsbegränsat uppehållstillstånd med stöd av bestämmelserna i 2 kap. 4 a § utlänningslagen,
- 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) utlänningar 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 utlänningar som avses i 1 § första stycket 3 denna lag.

Överenskommelsen omfattar inte heller utlänningar som har beviljats uppehållstillstånd och omfattas av det kommunala flyktingmottagandet. Staten lämnar dock under vissa förutsättningar ersättning för varaktig vård som ges till dessa utlänningar. Migrationsverket får också lämna ersättning för hälsoundersökningar av utlänningar som avses i 3 § förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. som inte genomgått hälsoundersökning innan de första gången togs emot i en kommun.

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 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).

Personer som inte fyllt 18 år: Hälso- och sjukvård samt tandvård.

Åt samtliga: Hälsoundersökning/hälsosamtal.

3. Statens ersättning till landstingen

Staten lämnar ersättning till landstingen för deras åtagande enligt punkten 2 med

- 1) en schabloniserad ersättning med visst belopp per person uppdelat på fyra åldersklasser,
- 2) i förekommande fall ersättning i särskild ordning för viss kostnadskrävande vård,
- 3) en schabloniserad ersättning för en genomförd hälsoundersökning per person inklusive hälsosamtal och kostnad för tolk i samband med en sådan undersökning.

3.1 Schablonersättning

Statens schablonersättning utgår med visst belopp per kvartal och person i åldersintervallen 0-6 år, 7-18 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 skall gälla för år 2002.

Åldersgrupp	Belopp per person och kvartal
0 – 6 år:	2 455 kr
7 – 18 år:	1 540 kr
19 – 60 år:	2 480 kr
61 år och äldre:	3 715 kr

De angivna schablonbeloppen skall 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.

Utbetalning av ersättningen görs utan anmaning av Migrationsverket i den månad som följer på varje kvartalsskifte.

Anmärkning:

Landstingen har utöver den statliga ersättningen rätt att debitera de asylsökande patientavgifter enligt förordningen (1994:362) om vårdavgifter mm för vissa utlännningar. Landstingen åtar sig tillämpa samma avgiftsprinciper för asylsökande barn som för i Sverige bosatta barn.

3.2 Särskild ersättning

För vård åt personer som avses i punkten 1 a-d) där kostnaden för en vårdkontakt uppgår till mer än 50 000 kronor beräknad enligt principerna för gällande "Riksavtal för hälso- och sjukvård" lämnar staten ersättning motsvarande den kostnad som överstiger 50 000 kronor. Ersättningen beräknas enligt riksavtalets principer.

Särskild ersättning utbetalas efter ansökan ställd till Migrationsverket efter avslutad vårdkontakt. Om vårdkontakten är långvarig kan utbetalning ske kvartalsvis i efterskott.

3.3 Hälsoundersökningar/hälsosamtal

Parterna är överens om att landstinget skall erbjuda nyanlända personer som omfattas av denna överenskommelse hälsosamtal/hälsoundersökning snarast efter att de har fått sitt 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 tandvård enligt denna överenskommelse.

Migrationsverket ersätter landstinget för en genomförd hälsoundersökning med 1 770 kr inklusive tolkkostnad i samband härmed. Beloppet skall justeras på samma sätt som schablonersättningen enligt 3.1. Ersättningen utbetalas kvartalsvis i efterskott efter ansökan.

3.4 Ansökningstid

En ansökan om ersättning enligt 3.2 och 3.3 skall ha kommit in till Migrationsverket senast inom sex månader från utgången av det kalenderår ansökan avser.

3.5 Övriga åtaganden

Staten åtar sig att genom Migrationsverket och inom ramen för gällande lagstiftning ge landstingen sådana uppgifter om de personer som omfattas av denna överenskommelse att landstingen kan uppfylla sina åtaganden enligt denna överenskommelse.

4. Giltighetstid

Denna överenskommelse gäller från den 1 januari 2002 tills vidare. Parterna är ense om att den ersättning som staten lämnar från och med den 1 januari 2005 skall regleras i särskild överenskommelse.

5. Uppföljning

Parterna är ense om att i samråd följa upp tillämpningen av denna överenskommelse beträffande vårdens omfattning och innehåll, landstingens kostnader och statens ersättning. Resultatet av denna uppföljning skall föreligga i sådan tid att det kan beaktas i den överenskommelse som skall träffas före den 1 januari 2005.

Parterna är vidare överens om att om förutsättningarna för överenskommelsen ändras eller andra omständigheter inträffar som i betydande omfattning påverkar parternas förutsättningar att uppfylla överenskommelsen, skall den kunna anpassas med hänsyn härtill. Om parterna inte kan enas om en anpassning, får avtalet sägas upp. Uppsägningstiden skall vara ett (1) år.

6. Övrigt

Landstingsförbundet åtar sig att rekommendera landstingen att tillämpa ovanstående bestämmelser. De författningsändringar som behövs för att genomföra överenskommelsen kommer att beslutas av regeringen. Erforderliga tillämpningsregler kommer att utarbetas av Migrationsverket efter samråd med Landstingsförbundet.

7. Förbehåll

Denna överenskommelse gäller under förutsättning att den godkänns av regeringen och Landstingsförbundets styrelse.

För staten

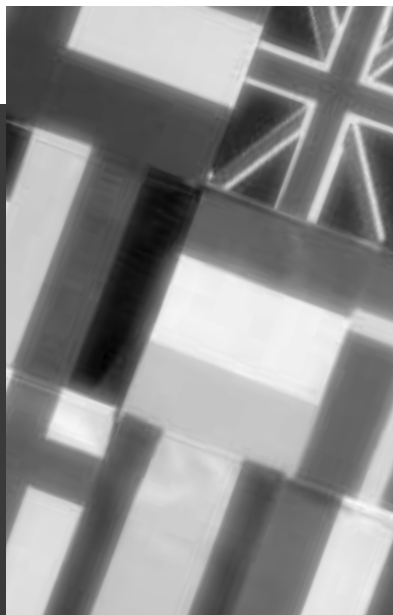
För Landstingsförbundet

Gun-Britt Andersson

Bibbi Carlsson

**Flyktinginvandringen fr o m 1980-talet
och svenskt medborgarskap
under 1992–2001**

Statistik 2001



Statistik 2001

In- och utvandring genom åren	3
Uppehållstillstånd	4
Frivillig återvandring	8
Svenskt medborgarskap.....	9
Migrationsverkets utgifter	10

In- och utvandring genom åren

Länge var utvandringen från Sverige större än invandringen till Sverige. Mellan åren 1850 och 1900 utvandrade 937 500 personer medan 155 989 personer invandrade.

Under hundra år, 1850 till 1950, utvandrade sammanlagt 1 521 000 personer. Under samma tid invandrade 638 000 personer. En stor del av 30-talets invandrare var svenskar som återvände från Amerika.

På 1950- och 1960-talen var det arbetskraftsinvandringen som dominerade i Sverige, liksom i andra industrialiserade länder i Centraleuropa. Drygt hälften av alla invandrare kom från Norden, framför allt från Finland, men många kom också från Medelhavsländerna.

Arbetsmarknaden styrde

Vi fick nya invandringsregler 1967. Det blev svårare för utomnordiska invandrare att bosätta sig i Sverige av arbetsmarknadsskäl eftersom varje ansökan prövades mot arbetsmarknadens behov.

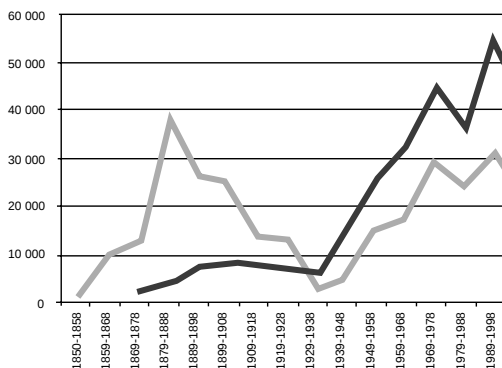
Resultatet blev att den utomnordiska arbetskraftsinvandringen minskade. Från mitten av 70-talet upphörde den nästan helt.

De nya reglerna påverkade inte invandringen från Norden, eftersom vi har en fri nordisk arbetsmarknad. Under några år, 1968–1970, kom över 100 000 nordbor till Sverige. Det bidrog till att vi då hade den högsta invandringen någonsin.

Invandring 2001

Från mitten av 70-talet har invandringen ändrat karaktär. Under många år dominerade invandrare från utomeuropeiska länder, men under 90-talet har invandrarna från europeiska länder ökat. År 2001 stod medborgare från de nordiska länderna för ca 21 procent av den totala invandringen, medborgare från övriga Europa för 17 procent och 48 procent från länder utanför Europa. År 2001 invandrade totalt 43 045 utländska medborgare och 12 175 personer utvandrade.

In- och utvandringen sedan 1850



Diagrammet visar in- och utvandringen sedan 1850 i tioårsperioder. Den mörkare linjen markerar antalet invandrare, och den ljusare linjen markerar antalet utvandrare, (inklusive svenska medborgare).

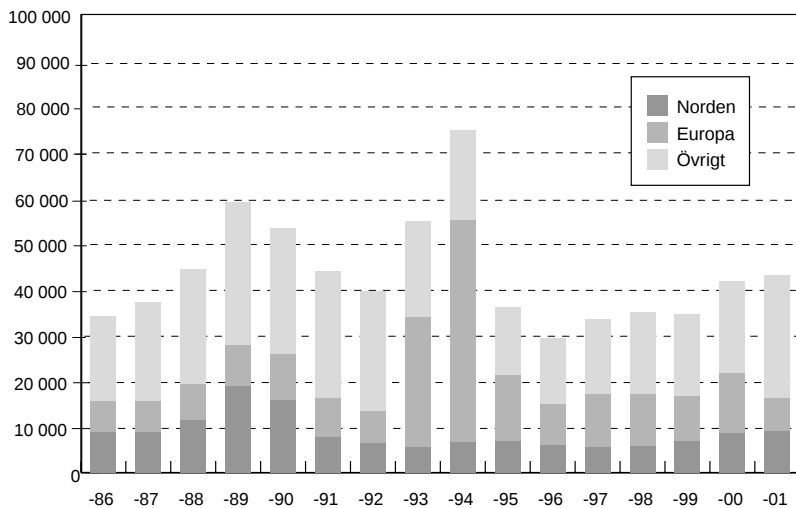
Källa: SCB

In- och utvandringen från 1987 till 2001

	Invandring	Utvandring
1987	37 116	11 629
1988	44 470	11 847
1989	58 888	13 142
1990	53 332	16 245
1991	43 924	15 004
1992	39 554	13 153
1993	54 857	14 844
1994	74 758	15 750
1995	36 106	15 428
1996	29 342	14 463
1997	33 443	15 306
1998	34 940	13 807
1999	34 559	13 525
2000	41 652	12 119
2001	43 045	12 175

Tabellen visar in- och utvandringen sedan 1987

Invandrarnas ursprung



Källa: SCB

Uppehållstillstånd

Den reglerade invandringen, som infördes 1967, innebär att utomnordiska medborgare ska ha uppehållstillstånd klart före inresan till Sverige. Nordbornas rätt att utan tillstånd bo och arbeta i de nordiska länderna berörs inte. EES-avtalet trädde i kraft den 1 januari 1994, vilket innebär större möjlighet till rörlighet främst för medborgare i EU-länderna.

Anhöriga

Den svenska utlänningslagen ger möjlighet för utomnordiska medborgare, med nära anhöriga i Sverige, att få uppehållstillstånd. Familjer, i första hand makar och minderåriga barn, kan återförenas i Sverige.

Behov av arbetskraft

De senaste åren har behovet av arbetskraft ökat i Sverige. År 2001 fick ca 22 800 personer tillstånd på olika grunder för att arbeta kortare eller längre tid här. Cirka 12 900 personer från länderna utanför EU beviljades ett

förstagångstillstånd för att jobba i Sverige, drygt 400 beviljades permanent tillstånd och 2 300 kom inom EES-avtalets ram. Därtill kom cirka 7 200 personer som länsarbetsnämnderna beviljat säsongsarbetstillstånd för att t.ex plocka jordgubbar eller äpplen.

I statistiken 2001

Av de personer som fick uppehållstillstånd år 2001 var 17 procent flyktingar och 55 procent anhöriga. Resterande 27 procent fick sitt tillstånd på grund av gäststudier, arbetsmarknadsskäl, adoptioner och enligt EES-avtalet.

Under kategorin flyktingar finns personer som fått uppehållstillstånd med hänvisning till flyktingkvot, Genèvekonventionen, skyddsbehov och humanitära skäl. 2001 var det 7 941 personer. Gruppen anhöriga bestod av 24 445 personer och där ingår anhöriga till flyktingar som år 2001 uppgick till 4 104 personer.

Genèvekonventionen och flyktingkvot

Det finns många krig och oroshärdar i världen som tvingat och tvingar människor att fly. De flesta flyktingkatastrofer inträffar i de fattigaste delarna av världen, långt bort från oss – men även Europa har under 90-talet drabbats av krig. Inte sedan andra världskriget har det funnits så många människor på flykt i Europa som det finns idag.

Att söka asyl är en mänsklig rättighet. Den svenska flyktingpolitiken bygger på FN:s flyktingkonvention från 1951, den så kallade Genèvekonventionen. För närvarande har 137 länder undertecknat konventionen och därmed lovat att rättssäkert pröva asylsökandes skyddsbehov och att också ge dem asyl om de behöver det.

Sverige tillhör de länder som varje år ställer en flyktingkvot till FN:s flyktingkommissaries, UNHCR förfogande, det vill säga lovar att ta emot ett visst antal flyktingar som UNHCR bedömer behöver ett nytt säkert hemland. Ofta kommer kvotflyktingarna från något flyktingläger men kvoten kan också hjälpa personer i akut behov av skydd som kommer direkt från hemlandet.

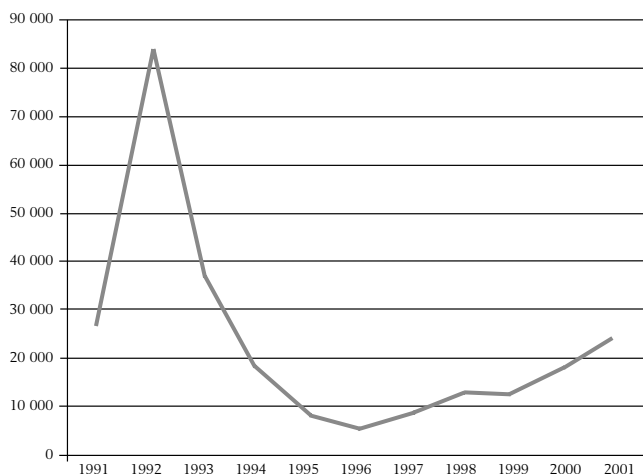
Pengarna som regeringen har avsatt under de senaste åren räcker till resor och mottagande i Sverige av cirka 1 800 kvotflyktingar. Pengarna kan även användas för att hjälpa flyktingar som befinner sig i andra länder.

	Flyktingar	Anhöriga	Arbete	Gäststudier	Adoptivbarn	EES-avtalet
1991	18 663	21 230	300	969	1 086	---
1992	12 791	19 662	215	1 233	916	---
1993	36 482	19 796	159	1 611	880	---
1994	44 875	25 975	127	1 086	884	6 040
1995	5 642	19 707	190	1 504	794	4 649
1996	4 832	18 816	274	1 771	807	5 164
1997	9 596	18 910	433	2 376	694	4 556
1998	8 193	21 673	363	2 665	804	5 735
1999	5 597	21 681	343	2 802	879	6 074
2000	10 546	22 767	433	3 073	876	7 396
2001	7 941	24 445	442	3 989	758	6 851

Antal uppehållstillstånd
1991-2001 uppdelat på
kategori.

Källa: Migrationsverket

Antal asylsökande i Sverige 1991-2001



Diagrammet visar hur antalet asylsökande varierat från 1990 till 2001. Den stora ökningen 1992 beror på kriget i Bosnien.

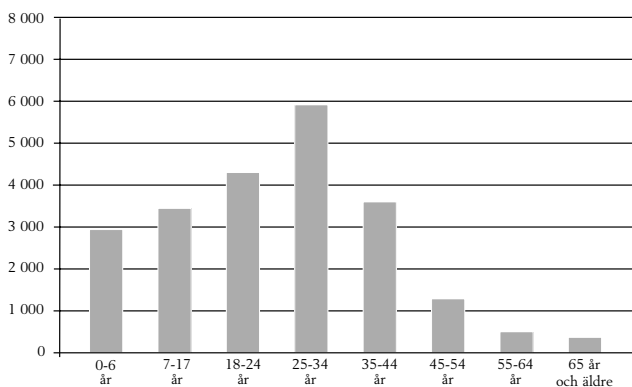
Källa: Migrationsverket

Barn söker asyl

Barn kommer också till Sverige som asylsökande. Vistelsen i Sverige ser olika ut om barnen kommer med eller utan vårdnadshavare. Barn som kommer utan vårdnadshavare tas om hand av kommunen och placeras oftast på ett grupphem. När en s.k. god man utsetts till barnet beslutar han/hon om barnet ska söka asyl eller uppehållstillstånd av andra skäl. Sådana barnnären prioriteras av Migrationsverket.

Barn som kommer med sina vårdnadshavare bor med dessa. Barnen blir hörda i asylären – om ålder och andra omständigheter gör det lämpligt. Verket utser särskilda handläggare som är vana att prata med barn.

Den svenska lagstiftningen har en portalparagraf som säger att myndigheterna ska ta hänsyn till barnets bästa när de fattar beslut om uppehållstillstånd. Det innebär inte att alla barn får stanna i Sverige.



Diagrammet visar asylsökande 2001 och deras ålder.

Källa: Migrationsverket

Asylprövning

Asylsökande som själva tar sig till Sverige gör sin asylansökan hos Migrationsverket. Varje ansökan utreds individuellt och på lika villkor oavsett ursprungsland, religion, ekonomisk eller social bakgrund. Har den sökande sådana skäl, som enligt lagen ger rätt till asyl eller skydd, är det Migrationsverkets sak att slå vakt om dessa mänskliga rättigheter och ge uppehållstillstånd. Har den sökande inga asyl- eller skyddsskäl prövar verket om det finns andra skäl att få stanna i Sverige t.ex. familjeanknytning eller humanitära skäl. Den som får nej på ansökan har rätt att överklaga beslutet till Utlänningsnämnden, som är högsta instans.

Vem prövar en asylansökan inom EU?

Dublinkonventionen är en överenskommelse mellan EU:s medlemsländer. Den garanterar att var och en som söker asyl i något EU-land ska få sin ansökan prövad. En asylsökande får alltså inte sändas från ett EU-land till ett annat utan att något land tar ansvar för prövningen.

EU-länderna byter information mellan sig för att ta reda på vilket land som ansvarar för prövningen av asylansökan.

Visar det sig att ett annat land är ansvarigt för prövningen av asylansökan kan personen tvingas att åka till det landet för att få sin ansökan om asyl prövad där.

Under år 2001 tillämpade Sverige Dublinkonventionen i cirka 2 200 fall. Vanligast är det att vi skickar tillbaka till Tyskland. År 2001 skickade vi tillbaka 900 personer dit. Under år 2001 fick vi tillbaka 368 personer från andra länder.

Återvändande

Den som efter prövning av Migrationsverket – och oftast också efter överprövning av Utlänningsnämnden – fått avslag på sin ansökan ska lämna Sverige. Migrationsverket ansvarar för återresan. Väger den av- eller utvisade att frivilligt lämna landet blir det polisens ansvar att se till att personen återvänder till hemlandet eller till det land han/hon kom ifrån.

År 2001 återvände ca 4 450 personer självmant genom Migrationsverkets försorg. Dessutom verkställde polisen cirka 500 tvångsvisa återvändanden.

Från Sverige till
andra länder

Ej övertagna
Övertagna

Frankrike	22	84
Belgien	36	53
Storbritannien	7	16
Danmark	87	111
Finland	18	380
Grekland	20	48
Italien	65	167
Nederländerna	16	58
Portugal	1	2
Spanien	8	25
Tyskland	217	961
Österrike	25	59
Luxemburg	0	4
Norge	33	243
Totalt	555	2 211

Tabellen visar tillämpningen av Dublinkonventionen under år 2001.

Källa: Migrationsverket

Till Sverige från
andra länder

Ej övertagna
Övertagna

Storbritannien	1	12
Belgien	2	2
Danmark	4	87
Finland	3	29
Italien	2	1
Nederländerna	4	11
Tyskland	11	63
Österrike	2	3
Norge	22	160
Totalt	51	368

Tabellen visar tillämpningen av Dublinkonventionen under år 2001.

Källa: Migrationsverket

Frivillig återvandring

Personer som bor här med permanent uppehållstillstånd men som vill flytta till hemlandet ska få hjälp med information om förhållandena och möjligheterna där. Vi ska också upplysa om att man kan få bidrag för att klara den första tiden i hemlandet. I det arbetet samarbetar vi med invandrarorganisationer, biståndsorgan i Sverige eller internationellt och frivilligorganisationer både i Sverige och i flyktingarnas hemländer.

År 2001 prövades 146 ansökningar om resebidrag enligt förordningen (1984:890) om flyktingars resor från Sverige för bosättning i annat land. Av dessa beviljades 92. De flesta som fick resebidrag kom från Bosnien-Hercegovina, Irak, Iran, FR Jugoslavien och Chile.

Svenskt medborgarskap

Medborgarskap är ett rättsligt bindande förhållande som uppstår mellan en stat och en individ (medborgare) enligt lag, antingen automatiskt vid födelsen, genom adoption, genom legitimation, genom ansökan eller efter anmälan.

Det finns två olika principer för medborgarskap. Antingen blir du medborgare i det land där du föds (territorialprincipen) eller

så får du samma medborgarskap som dina föräldrar (härstamningsprincipen). Det senare gäller i Sverige.

Vilka söker?

De flesta som sökte svenskt medborgarskap under år 2001 kom från Bosnien-Hercegovina, Irak och Turkiet.

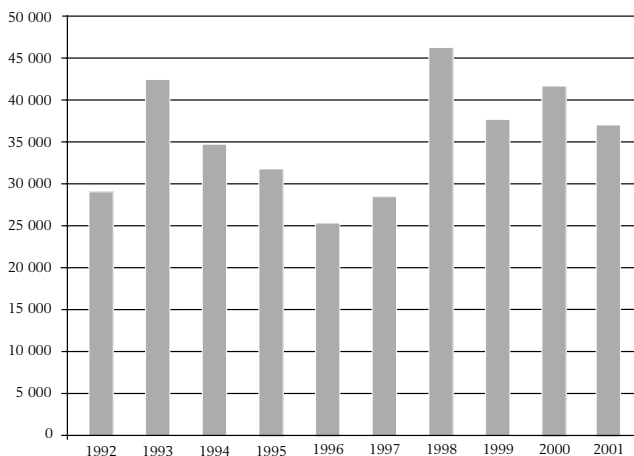
Antal personer som har fått svenskt medborgarskap

2001

Norden	2 122
Övriga Europa	12 513
Afrika	4 547
Nordamerika	779
Sydamerika	1 449
Asien	13 305
Oceanien	26
Okänt	1 656
Totalt	36 397

Tabellen visar från vilka delar av världen de kommer som har fått svenskt medborgarskap år 2001.

Källa: SCB



Diagrammet visar hur många som har fått svenskt medborgarskap under åren 1992–2001.

Källa: SCB

Migrationsverkets utgifter

Migrationsverkets utgifter uppgick under år 2001 till 2 373 792 tkr. Av detta utgör asylprövning och asylmottagning 85,5 procent, besök och bosättning 10,7 procent samt medborgarskap 1,5 procent.

Kostnader för verksamheten

Det verksamhetsområde som år 2001 fick mest anslag var asylmottagning. Tabellen till höger visar hur mycket varje verksamhetsområde kostade.

Bodygn

Antal bodygn (personer och dagar) var 8 238 078 stycken, vilket ger en bodygnsutgift på 207 kronor/person. Tabellen nedan visar hur utgifterna för mottagningen fördelats. Kolumnen längst till höger visar hur de 207 kronorna, bodygnsutgiften, fördelar sig på de olika kostnadsslagen.

Tillståndsprövning	254 667
Asylprövning	196 952
Asylmottagande	1 831 759
Återvandring	9 290
Återvändande	21 158
Medborgarskapsprövning	34 895

Tabellen visar utgifterna för varje verksamhetsområde under år 2001. (tkr)

Källa: Migrationsverket

Utgifter för mottagandet

	Mottagning exkl. förvar (tkr)	Procent	Bodygnsutgift /person (kr)
Kost och logi	222 979	13%	27
Ersättning/bidrag	501 592	30%	61
Vårdkostnader	255 614	15%	31
Undervisning	224 291	13%	27
Personalkostnader	300 064	18%	36
Bistånd	3 731	0%	0
Övriga gemensamma kostnader	189 970	11%	23
Summa	1 698 241	100%	207

Källa: Migrationsverket

Maj 2002

Art nr 302 200

Beviljade uppehållstillstånd 1980-2001

Medborgar- skapsland	1980-1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Summa	Andel
EUROPA varav	14 376	1 397	2 216	1 779	30 615	36 650	2 496	820	5 578	3 143	1 380	3 543	2 217	106 210	39
Bulgarien	571	259	464	164	13	10	2	-	2	-	4	2	1	1 492	1
Jugoslavien (f.d.) därav:	947	675	1 049	1 080	30 313	36 183	2 370	753	5 475	3 067	1 214	3 317	2 036	88 479	32
Bosnien H.	..	..	..	598	28 703	18 495	1 547	392	1 522	940	601	795	503	54 096	..
Jugoslavien	5 782	133	42	482	1 524	16 736	750	342	2 944	1 249	480	2 237	1 507	28 251	2
Polen	3 631	87	605	228	59	24	12	-	7	8	5	6	3	6 012	2
Rumänien	..	..	..	124	116	275	60	37	9	3	4	3	8	4 668	2
Ryssland	..	..	..	124	116	275	60	37	40	39	91	110	95	987	0
AFRIKA varav	8 173	1 930	3 972	2 035	916	2 676	289	364	343	403	703	668	558	23 030	8
Etiopien	6 148	1 162	1 503	264	53	132	19	18	31	42	75	49	32	9 528	3
Somalia	601	542	1 954	1 420	654	2 046	159	205	133	124	427	391	213	8 869	3
Uganda	400	30	122	77	37	191	33	25	40	35	6	5	1	1 002	0
LATINAM varav	17 284	1 007	912	489	423	817	196	119	220	292	230	151	186	22 326	8
Chile	12 824	437	53	-	9	39	3	-	10	17	12	7	14	13 425	5
Cuba	12	-	15	37	140	160	57	19	12	45	100	4	7	608	0
Colombia	228	124	130	105	40	114	29	42	51	44	36	64	113	1 120	0
El Salvador	1 082	276	400	145	17	57	10	4	1	-	-	3	-	1 995	1
Peru	284	90	193	115	188	402	79	51	136	180	58	47	36	1 859	1
ASIEN varav	50 606	7 012	9 795	7 810	4 344	4 397	2 575	3 379	3 222	4 190	3 168	6 029	4 817	111 344	40
Afghanistan	310	101	142	50	120	166	23	452	121	173	105	791	554	3 108	1
Bangladesh	451	97	122	70	33	109	22	43	51	23	24	35	31	1 111	0
Irak	6 992	1 925	2 715	3 355	2 907	2 411	1 966	1 958	1 802	2 595	2 337	4 168	3 040	38 171	14
Iran	27 363	1 842	2 709	1 741	662	756	386	742	836	1 018	310	512	606	39 483	14
Libanon	3 751	874	1 198	770	56	81	12	28	108	44	20	21	70	7 033	3
Soc.rep.Vietnam	5 506	959	659	477	234	36	8	16	27	4	8	20	21	7 975	3
Sri Lanka	180	44	219	90	32	29	-	2	14	6	6	1	8	631	0
Syrien	1 447	400	900	489	68	224	45	22	85	97	90	80	136	4 083	1
Turkiet	2 998	414	813	355	103	319	60	78	101	99	85	77	101	5 603	2
Folkrep Kina	67	187	89	45	45	22	9	7	21	17	15	26	15	565	0
*ÖVRIGA	6 673	1 493	1 768	678	184	335	86	150	233	165	116	155	163	12 199	4
TOTALT varav	97 112	12 839	18 663	12 791	36 482	44 875	5 642	4 832	9 596	8 193	5 597	10 546	7 941	275 109	100
Kvinnor	..	..	..	..	..	..	3 162	1 932	4 385	3 373	2 346	4 647	3 362	..	..
Män	..	..	..	..	..	..	2 480	2 900	5 211	4 820	3 251	5 899	4 579	..	..

Källa: Migrationsverket, tillståndsstatistik.

Tabell 3. Beviljade uppehållstillstånd 1980-2001 enligt Genèvekonventionen, krigsvägrare, de facto flyktingar, skyddsbehov och humanitära skäl.

* Statslösa och okända. F.d. Sovjetunionen t.o.m. 1991.

Socialstyrelsens allmänna råd om läkarintyg i asylärenden m.m. (SOSFS 1990:27)

Socialstyrelsens allmänna råd om läkarintyg i asylärenden m.m.;

den 16 november 1990.

**SOSFS
1990: 27**

Utkom från trycket
den 8 februari 1991

Inledning

(M)

Dessa allmänna råd har utarbetats av socialstyrelsen i samarbete med invandrarverket (SIV) och arbetsmarknadsdepartementet.

Här behandlas frågor om sjukdomstillstånd och liknande i ärenden om avlägsnande av utlänningar samt om utformningen m.m. av läkarintyg i sådana sammanhang. Socialstyrelsen vill stryka under, att utlänningar som har tillstånd att bo i Sverige inte berörs. Medborgare i andra nordiska länder — som ju får vistas här utan särskilda tillstånd — berörs inte heller.

Som bakgrund ger socialstyrelsen längre fram en kort beskrivning av SIV:s nya organisation, av utlänningslagstiftningen samt av gången i ärenden om avlägsnande av utlänningar som inte fått tillstånd att vistas i landet.

Såväl utlänningslagstiftningen som SIV:s och övriga myndigheters organisation för hantering av asylärenden har genomgripande förändrats från den 1 juli 1989. Statsmakternas uttalade syfte med reformerna är framför allt att förkorta handlägnings- och väntetider i utlänningsärenden. De angivna målen är att polisens utredning av asylsökande skall kunna genomföras inom två veckor, då också SIV:s beslut i klara bifallsärenden bör kunna vara fattade. I mera komplicerade ärenden bör SIV kunna besluta inom sex veckor från det att polisen slutfört sin utredning. Tiden för slutligt beslut av regeringen skall vanligtvis inte behöva överstiga sex månader. Om de uppsatta målen för väntetider nås, bör de problem som har sin grund i sjukdomstillstånd på grund av lång väntan på slutligt beslut kunna minimeras.

Hur kan sjukdomstillstånd påverka ett avlägsnandeärende?

Till en början kan framhållas att den svenska utlänningslagstiftningen — liksom de flesta andra länders — bygger på principen, att bara det egna landets medborgare har en ovillkorlig rätt att vistas i landet. Samtidigt regleras utlänningsars möjligheter att uppehålla sig här så, att godtycklig behandling undviks och att en så trygg ställning som möjligt garanteras också utlänningar, framför allt sådana som är accepterade som invandrare här.

Även om det är ett extremfall kan här, som en illustration till principen att en ovillkorlig rätt att vistas i Sverige endast tillkommer svenska medborgare, nämnas exemplet med regeringsbeslutet att verkställa utvisningen

av ett par svårt skadade gärningsmän efter terroristattacken mot den västtyska ambassaden i Stockholm 1974.

Utlänningslagstiftningen tar i princip över annan lagstiftning, om det är ett starkt svenskt intresse att avlägsnande sker.

I normala ärenden tillmäts svåra sjukdomstillstånd och läkarintyg här- om självfallet större betydelse än det givna exemplet visar. Samtidigt står det emellertid klart att Sverige inte har något allmänt ansvar för att ta hand om utlänningar som är sjuka. Sjukdom — även om den är allvarlig — är inte i sig tillståndsgrund. Ofta blir det fråga om att väga in sjukdomsaspek- ten i en samlad humanitär bedömning av det enskilda fallet. I förarbetena till utlänningslagstiftningen berörs endast mycket knapphändigt, hur me- dicinska aspekter skall bedömas i avlägsnandearrenden.

Två principiellt olika skeden finns i avlägsnandeprocessen där sjukdoms- tillstånd och läkarintyg kan aktualiseras. Dels gäller det ett avlägsnande- ärendes inledande skede — innan ett lagakraftvunnet beslut föreligger — då myndigheterna har att utreda och bedöma om en sökandes skäl för att stanna här är tillräckliga. Sjukdomstillstånd kommer här oftast in som en del i en samlad humanitär bedömning, där det finns även andra inslag att bedöma som i sig inte är tillräckliga för tillstånd, t. ex. sammanhängande med politiska förhållanden i hemlandet eller med anknytningsförhållan- den.

När det gäller renodlat humanitära skäl, dvs. utan kombination med t. ex. anknytningsskäl, finns uttalanden av statsmakterna av innebörd att uppehållstillstånd i enstaka fall får ges åt utlänningar som kan anföra mycket starka humanitära skäl för att få stanna. Detta har exemplifierats med personer med livshotande sjukdom, för vilken adekvat vård inte har stått att få i hemlandet. Bara ekonomiska problem med att få vård har inte ansetts tillräckligt för tillstånd, utom tillfälligt vid akut sjukdom.

Även om således utrymmet är begränsat att låta sjukdomsaspekterna påverka, är ändå möjligheterna relativt goda att låta dem vägas in i bedömningen i detta skede av ett utlänningsärende, särskilt om det är fråga om en kombination av tillståndsskäl som åberopas. Några större problem med läkarintyg e.dyl. brukar det oftast inte bli, då tillståndspröv- ningen kan ske under relativt lugna förhållanden. Ett läkarintyg bör ge ett sakligt underlag för beslutsfattarna i tillståndsfrågan, om hur allvarlig en sjukdom är samt om vård kan ges i Sverige respektive i hemlandet.

Också i en annan fråga kan den handläggande myndigheten behöva hjälp av kompetent läkare att bedöma ett ärende i detta skede. Det gäller fall där det är fråga om att bedöma hur en skada — fysisk eller psykisk — har uppkommit, t. ex. om den är en följd av tortyr e.dyl.

I fråga om medicinska skäl i samband med beslut om direktavvisning eller om avvisning med omedelbar verkställighet gäller i princip vad som här sagts. Ibland åberopas i dessa ärenden att barns psykiska hälsa skulle äventyras vid en verkställighet, men att en mera ingående psykiatrisk undersökning krävs. I praxis medges anstånd med verkställighet för en mera ingående undersökning bara, om en första undersökning visat myc- ket klara tecken på behovet härav.

När det gäller tillämpningen av regeln om att uppehållstillstånd skall vara ordnat före inresan, kan något mindre allvarliga sjukdomstillstånd utgöra skäl att pröva en ansökan i sak — t. ex. om tillräcklig anknytning

föreligger — trots att inresa ägt rum utan tillstånd.

Det andra principiella skedet är då ett lagakraftvunnet avlägsnandebeslut — i regel regeringens — föreligger och skall verkställas. Här har utlänningsens ärende ordentligt penetrerats genom polisutredning, advokathjälp, bedömningar av SIV och regeringen etc.

Förarbetena till den ändrade utlänningslagstiftningen anger närmast en än större restriktivitet än tidigare, när det gäller upphävande av lagakraftvunna avlägsnandebeslut. Det sägs emellertid, att det i undantagsfall måste säkerställas, att verkställighet av avlägsnandebeslut kan avbrytas om det skulle kunna medföra fara för utlänningsens liv eller frihet eller det annars finns starka skäl. Så skall ske bara i fall där verkställigheten skulle kunna antas leda till ett helt oönskat resultat och obotlig skada.

Det är SIV som har bemyndigats att bevilja en ansökan om uppehållstillstånd, trots att utlänningsen finns kvar i landet efter ett lagakraftvunnet avlägsnandebeslut samt att upphäva avlägsnandebeslutet, även om det fattats av regeringen. Detta får dock bara ske, om de omständigheter som förs fram inte har prövats tidigare och om de omständigheterna innebär, att utlänningsen har rätt till asyl här eller att de innefattar synnerliga skäl av humanitär art. Med detta avses mycket starka skäl, t. ex. om det föreligger risk för självmord eller allvarlig fara för liv eller hälsa.

Grundregeln enligt utlänningslagstiftningen är klar. Lagakraftvunna avlägsnandebeslut skall verkställas. För att besluten skall upphävas skall i princip omständigheter ha tillkommit som faktiskt hindrar en verkställighet. I detta skede har de myndigheter som har att handlägga utlänningsärenden upplevt problem. Läkarintyg har förekommit med förnyade långa redovisningar av utlänningsens politiska problem mer än för hälsotillståndet och där slutsatsen grundas på att patienten vid ett återsändande skulle utsättas för svår förföljelse. Vidare har förekommit intyg med klart överdrivna sjukdomsbilder eller suicidhot. Det har också kommit fram att man hjälpt till att vidta åtgärder för utlänningsen att gå under jorden eller att skriva in honom på sjukhus i uttalat syfte att undvika verkställighet.

Vad myndigheterna behöver från läkare är intyg avgivna sakligt och objektivt, begränsade till de medicinska förhållanden som är läkarens fack. Svårighetsgrad och risker bör beskrivas så sakligt som möjligt, liksom möjligheten att beslut om avlägsnande av vederbörande efter någon tids vård kan verkställas utan risk för livet eller hälsan.

I förarbetena uttalas särskilt, att skäl som kan åberopas från hemlandet som regel inte skall medföra, att en ansökan skall beviljas medan utlänningsen är kvar i Sverige. Det blir alltså fråga om att bedöma om medicinska omständigheter gör det omöjligt att göra resan till hemlandet. Om medicinska problem föreligger, gäller det att bedöma vilka risker dessa kan medföra samt att i förekommande fall ange vilka särskilda åtgärder som kan behövas för att resan skall kunna ske på ett betryggande sätt.

Det ankommer på SIV eller annan myndighet som handlägger avlägsnandebeslutet att efter sammanvägning av samtliga omständigheter i ärendet ta ställning till, om dessa skall medföra att avlägsnandebeslutet upphävs eller att det skall verkställas, eventuellt med vidtagande av de särskilda åtgärder som kan behövas.

Patient som är intagen enligt LSPV

Den angivna synen på frågorna stämmer väl överens med de föreskrifter om utskrivning av intagna patienter, som ges i 18 a § lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Där sägs bl.a. att om det beträffande en patient har meddelats ett beslut om avvisning eller utvisning skall han skrivas ut, om det begärs av den myndighet som skall verkställa avlägsnandebeslutet och hans tillstånd tillåter sådan verkställighet.

I förarbetena till denna lag uttalas bl.a. att verkställighet av ett avlägsnandebeslut i princip skall kunna bryta vård enligt LSPV. Patienten måste dock vara i sådant tillstånd att han klarar resan hem. Verkställighetsmyndigheten (polisen) skall höra överläkaren eller i förekommande fall utskrivningsnämnden om utskrivning kan ske. Den som beslutar om utskrivning skall göra detta om patientens tillstånd medger förflyttning. Det är alltså inte fråga om att avgöra om patienten behöver ytterligare vård. Inte heller är förekomsten av tillfredsställande vård i hemlandet avgörande för om utskrivning skall ske. Detta kan däremot vara en omständighet som har betydelse för SIV:s prövning av om uppehållstillstånd kan ges. En saklig upplysning om dessa frågor kan alltså vara av värde för SIV:s beslutsfattande, men skall inte vara avgörande för beslutet om utskrivning.

Läkarintyg

Föreskrifter om utformningen av läkarintyg

Grundläggande för utformningen av läkarintyg även i utlänningsärenden är socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1981:25) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m. m. I det följande lämnas kommentarer till vissa av föreskrifternas olika punkter och deras relevans framförallt vad gäller asylärenden.

I punkterna 1–3 betonas att läkaren noga skall se till, att han endast uttalar sig om förhållanden som han har tillräcklig kännedom om, att ändamålet med intyget och var intyget är avsett att åberopas tydligt skall anges samt att noggranna uppgifter om det material som ligger till grund för intyget skall redovisas.

I utlänningsärenden får läkaren i regel uppgifter om den asylsökandes sociala förhållanden, orsakerna till flykten från hemlandet och vad som kommer att ske om denne återvänder till hemlandet. Uppgifterna är svåra att kontrollera för den undersökande läkaren. Socialstyrelsen vill framhålla att SIV och andra beslutsfattande myndigheter redan har detaljerad kännedom om utlänningsens förhållanden. Därför bör endast uppgifter som kan anses ha relevans för personens aktuella psykiska status finnas med i intyget. Om intygsgivaren någon gång finner anledning att redovisa en mera detaljerad bakgrund bör det ske i en bilaga. På grund av ärendenas komplicerade karaktär bör intyg grundas på mer än ett undersökningstillfälle.

I punkt 4 betonas intygsskrivarens objektivitet. Läkaren bör sträva efter att endast avge sådana intyg som innebär en opartisk bedömning och bör i princip inte utfärda intyg, om han inte får frihet att insamla det material som kan behövas. Om han ändå anser att han av särskilda skäl inte kan

avböja detta, är det särskilt viktigt att han redovisar hur materialet kommit fram. I utlänningsärenden torde det vanligaste vara att intyg utfärdas av "särskilda skäl", eftersom det är svårt att få tillgång till objektiva material och intyget ofta grundas på berättelser från utlänningen och hans anhöriga. Det är därför viktigt att det klart framgår varifrån uppgifterna om utlännings förhållanden kommit.

De psykiatriska tillstånden i samband med avvisning eller utvisning har olika bakgrund. Det kan röra sig om reaktiva tillstånd, vanligen av depressiv art, där utlännings tillstånd till största delen är en följd av hans pressade situation. Sådana tillstånd avklingar så fort hotet upphör, vilket är normalt och inte skall förväxlas med simulation. Tillståndet kan också vara en följd av en kombination av den aktuella pressade situationen och en under uppväxten förvärvat psykisk känslighet (vulnerabilitet). Vanligtvis har tillståndet då en allvarigare karaktär, och djup depression eller psykotiskt fungerande av olika typer kan förekomma.

Det är inte ovanligt att en asylsökande utsatts för svåra upplevelser som gett upphov till psykiska traumata. Det kan röra sig om övergrepp på nära anhöriga som skett i närvaro av den asylsökande, bevittnande av tortyr och upplevelse av egen tortyr. Följden är ofta svårbemästrade psykiska tillstånd med hög ångestnivå, depression eller somatisering. För läkaren är det viktigt att beskriva eventuella psykiska traumata och deras inverkan på den asylsökandes psykiska tillstånd. Vad gäller psykiska skador efter tortyr finns i dag ny kunskap att referera till.

Det är vanligt att läkaren skall göra en bedömning av suicidalitet hos den asylsökande. Detta är en ytterst svår uppgift, eftersom suicidtankar är mycket vanliga när människor utsätts för starka yttre hot. Läkaren skall avgöra om det finns risk för att suicidplanerna kommer att genomföras eller inte. Det är viktigt att läkaren, när han uttalar sig om suicidalitet, inte bara hänvisar till den asylsökandes egna uttalanden utan gör en självständig bedömning, där de faktorer som talar för och emot en suicidrisk noggrant redovisas.

Bedömningar av suicidrisk – liksom diagnostiska resonemang – måste som regel förbehållas läkare med specialistbehörighet på aktuellt område. I övrigt bör alla läkare kunna intyga sådana faktiska omständigheter som ligger inom ramen för deras kompetens.

Det är lätt att beröras av de asylsökandes levnadsöden, vilket kan göra det svårt för en intygsskrivande läkare att bibehålla sin objektivitet. Intygen kan få karaktären av partsinlägga, där iakttagelser om utlännings psykiska tillstånd blandas med intygsskrivarens subjektiva uppfattning av den asylsökandes humanitärt svåra situation.

Det är här viktigt att klart skilja intygsskrivarens *referat* av den asylsökandes subjektiva uppfattning av sin situation och sin bedömning av sambandet mellan denna subjektiva uppfattning och det psykiska tillståndet, vilket är en professionell psykiatrisk bedömning, från intygsskrivarens subjektiva värdering av de eventuella humanitära skäl som kan föreligga. Detta har han utifrån läkarets aspekter rätt att framhålla i ett intyg.

När det gäller humanitära skäl som ibland åberopas i intygen är det viktigt att framhålla, att intygsskrivaren då inte uttalar sig i sin roll som läkare utan i sin egenskap av medmänniska. Vid bedömning av de humanitära skälen måste en global uppskattning göras av den asylsökandes hela

levnadssituation, där det psykiatriska och medicinska tillståndet ingår som en del. Denna övergripande humanitära bedömning åligger i utlänningsärenden SIV eller andra myndigheter som beslutar i utlänningsärenden. Den psykiatriska bedömningen utförs däremot av en läkare, utbildad i psykiatri, och beskriver sambandet mellan en människas aktuella psykiska tillstånd och hennes psykiska konstitution samt innehåller uttalanden om suicidalitet och prognos. Den är således mer begränsad.

Vad som anförts om skillnaden mellan en humanitär respektive en psykiatrisk eller medicinsk bedömning understryker vikten av att intyg i asylärenden bör skrivas av personer med medicinsk grundutbildning, dvs. läkare. Samma tyngd kan inte ges åt intyg av t. ex. kuratorer eller psykologer.

Allmänt kan socialstyrelsen ange att ett intyg i ett verkställighetsärende – förutom en så saklig beskrivning som möjligt av ett sjukdomstillstånd svårhetsgrad och risker – i förekommande fall bör redovisa möjligheten av att utlämningen efter någon tids vård i Sverige kan verkställas utan risk för livet eller på allvarligare sätt för hälsan.

Initiativ till läkarutlåtanden kan i regel komma från den sökande eller hans ombud, men kan även tas från myndighetshåll. Det är angeläget att läkarintyg utformas lika objektivt, oavsett beställaren.

Beträffande barn i flyktingärenden

Ett barnpsykiatriskt utlåtande måste vara skrivet så, att det underlättar myndigheternas beslut. I vissa fall kan utlåtandet få avgörande betydelse för myndigheternas ställningstagande. Detta innebär att utlåtandet måste utfärdas med samma noggrannhet och samma krav på seriöst engagemang, som finns vid utfärdandet av andra intyg till myndigheter i t. ex. vårdnadsärenden och ärenden enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Den barnpsykiater som utfärdar ett sådant intyg bör vara specialistkompetent. Särskilt vad gäller barn under tio år bör samarbete med en erfaren barnpsykolog vara en självklarhet. Det fordras inte bara barnpsykiatriskt kunnande utan även förmåga att arbeta med tolk och att ha viss kulturförståelse vid bedömningen av en flyktingfamilj.

Det är viktigt att läkaren ger sig tid att ta upp en noggrann anamnes, som är mindre koncentrerad på politiska händelser än på familjens situation i hemlandet och här i Sverige, på familjemedlemmarnas relationer samt givetvis på barnets fysiska och psykiska hälsa. Svårare traumatiska händelser som drabbat de vuxna bör penetreras, men framför allt de trauma och de svårare separationer som drabbat barnet.

Barnpsykiatrisk/barnpsykologisk bedömning av barnet bör göras med hjälp av sedvanliga hjälpmedel, där innehållet inte är alltför ”kulturkänsligt”. Det är viktigt att veta att övergrepp och förföljelse som barnet utsatts för i hemlandet kan ge barnet egen flyktingstatus.

I själva intyget bör anamnesen koncentreras till det som myndigheterna inte redan vet genom egen utredning. För barnets utveckling speciellt viktiga händelser bör dock lyftas fram. En noggrann beskrivning av barnets psykiska tillstånd bör göras.

Intyget bör utmynna i trolig prognos vid olika lösningar av familjens situation.

Om det känns välgrundat bör läkaren också föra en diskussion om vad i framtiden som bäst främjar barnets möjligheter till en konstruktiv personlighetsutveckling.

Anser läkaren att barnet är i behov av barnpsykiatrisk behandling bör detta särskilt framhållas.

Handläggning av asylärenden

I syfte att få en bättre och effektivare ordning för främst behandlingen av ärenden rörande asylsökande och mottagningen av flyktingar har en genomgripande förändring genomförts per den 1 juli 1989 av bl. a. SIV:s organisation. Förändringen innebär att väsentliga delar av verksamheten har regionaliserats.

Landet har delats in i regioner: Region Syd, Region Öst och Region Nord. För arbetet med deras ärenden hänvisas de asylsökande från upptagningsområden som ansluter till regionindelningen till fyra nyinrättade *utredningsslussar* i Carlsund utanför Stockholm, i Mölndal, i Malmö samt i Flen.

Utredningsslussarna är likartat uppbyggda. Där finns SIV:s *mottagningscenter*, som svarar för mottagning, inkvartering och övrigt omhändertagande av de asylsökande under deras vistelse vid utredningsslussen samt för utflyttning till kommun eller asylförläggning därefter. Vidare finns polisens *utredningsenhet*, som har att utföra de utredningar av de asylsökandes ärenden som behövs. SIV har föreslagit regeringen att låta utreda om inte även utredningsuppgifterna vid slussarna om några år bör övertas av SIV. Slutligen finns vid slussarna SIV:s *tillståndsbyråer* respektive *tillståndsenhet*, den senare vid slussen i Flen. Dessa svarar för de beslut om tillstånd respektive avlägsnande som skall fattas vid utredningsslussarna.

Också SIV:s arbete med utplacering i kommuner av flyktingar som fått tillstånd har regionaliserats genom att fyra *regionkontor* har inrättats i Alvesta, Mölndal, Flen och Sundsvall. Dessa sluter avtal med kommunerna i regionen om flyktingmottagande och samordnar flyktingarnas bosättning där. Regionkontoren har vidare ansvaret för verksamheten vid de nämnda mottagningscentra vid utredningsslussarna samt för de asylförläggningar, vid vilka utlänningarna kan vistas i avvaktan på beslut i ärenden som inte avgörs omedelbart eller i avvaktan på utplacering i kommun sedan tillstånd beviljats. Ett knappt 20-tal fasta och ett varierande antal tillfälliga förläggningar finns spridda i landet.

Även det *centrala verket* i Norrköping har omorganiserats från den 1 juli 1989. Under styrelsen och generaldirektören finns fyra avdelningar: planeringsavdelningen (PIA), tillstånds- och medborgarskapsavdelningen (TOM), flykting- och invandraravdelningen (FIA) samt administrations- och informationsavdelningen (AINA).

Under TOM sorterar fyra tillståndsbyråer och en medborgarskapsbyrå i Norrköping samt de tidigare nämnda tillståndsfunktionerna vid de fyra utredningsslussarna. Inom FIA finns en samordningsbyrå och en integrationsbyrå i Norrköping. FIA svarar också för den övergripande ledningen

av regionkontorens verksamhet. AINA är uppdelat på fyra byråer och en enhet: förvaltningsbyrån, ekonomibyrån, personalbyrån, informations- och utbildningsbyrån samt AU/ADB-enheten.

Förtroendeläkare i utlänningsärenden

Genom beslut den 21 maj 1981 uppdrog regeringen åt SIV att utse en förtroendeläkare för samråd i ärenden enligt utlänningslagen. Regeringen uppdrog den 20 oktober 1988 efter framställning från SIV åt verket, att också utse en förtroendeläkare med barn- och ungdomspsykiatri som särskild kompetens för rådgivning i ärenden enligt utlänningslagen. Med stöd av bemyndigandena har SIV successivt utsett en förtroendeläkare med allmän kompetens samt i april 1989 också en förtroendeläkare med särskild kompetens i barn- och ungdomspsykiatri.

Genom de nämnda regeringsbesluten uppdrogs vidare åt SIV att efter samråd med socialstyrelsen och rikspolisstyrelsen närmare precisera förtroendeläkarnas uppdrag och arbetsfördelningen mellan dem. Med stöd härav har SIV senast den 20 juni 1989 meddelat "Allmänna råd i fråga om förtroendeläkare i utlänningsärenden".

Förtroendeläkarnas funktion är enbart rådgivande till den beslutande myndighet som har att avgöra ärendet. Beslutsmyndigheten bör rådfråga förtroendeläkarna endast när föreliggande intyg ger anledning till tveksamhet. Den primära uppgiften för förtroendeläkarna är att bedöma läkarintyg som utfärdats av annan läkare eller annan person inom hälsovården. Förtroendeläkaren kan därvid fordra in tidigare sjukjournaler. Hälso- och sjukvårdsmyndighet är enligt utlänningslagen skyldig att på begäran av myndighet lämna upplysningar av betydelse för att bedöma läkarintyg. På uppdrag av den beslutande myndigheten kan förtroendeläkaren vid behov göra egen undersökning av utlännningen i fråga.

Ärendegången

När det gäller asylsökande är avsikten att i princip alla *utredningar* skall ske vid de fyra utredningsslussarna oavsett de sökandes nationalitet. Undantag kan gälla om en sökande har nära anknytning till en person som är bosatt i Sverige, då utredning kan ske hos lokal polismyndighet. Sedan utredning gjorts, övergår ärendet till SIV:s olika lokaliserade beslutsfunktioner enligt vad som framgår fortsättningsvis.

När systemet är utbyggt, är avsikten att *beslutsfattandet* i alla asylärenden skall ske enligt följande. I fråga om det dussintal nationaliteter som svarar för 80–90% av asylinvandringen skall beslut i första instans fattas vid tillståndsfunktionerna vid utredningsslussarna. Tillståndsbyråerna i Carlsund, Mölndal och Malmö skall därvid besluta både om tillstånd och om avvisning, såväl sådana med omedelbar verkställighet som andra med längre handläggningstid. Vid t. l. ståndsenheten i Flen beslutas om tillstånd i klara bifallsärenden, medan andra ärenden som utreds i Flen överlämnas till tillståndsbyråerna i Norrköping för beslut. När det gäller mera "udda" nationaliteter skall beslut fattas vid tillståndsbyråerna vid utredningsslussarna bara i fråga om avvisning med omedelbar verkställighet till "tredje

land", dvs. till annat land än hemlandet, i regel ett annat västeuropeiskt land.

Ärenden avseende det stora antalet "udda" länder – som dock svarar för en mindre del av antalet asylärenden – översänds efter utredning vid slussen till respektive tillståndsbyrå i Norrköping för beslut. Undantag gäller som nämnts för avvisning till "tredje land". Vid byråerna i Norrköping handläggs också alla överklaganden av avvisningsbeslut, även om besluten fattats vid en tillståndsbyrå som hör till en utredningssluss. Överklaganden skall dock *inges* till tillståndsbyrån vid en sluss om dess beslut avser avvisning med omedelbar verkställighet, detta för att ställning skall kunna tas till om verkställigheten bör inställas.

Andra ärenden avseende inresta utlännningar än asylärenden, t. ex. anknytningsfall, utreds som tidigare av lokal polismyndighet, som sänder ärendet för avgörande till vederbörlig tillståndsbyrå i Norrköping. Centralt vid tillståndsbyråerna i Norrköping handläggs också alla tillståndsärenden från personer, som ansöker från utlandet om visering samt uppehålls- och arbetstillstånd.

Utlänningslagstiftningen i korta drag

Den sedan den 1 juli 1989 gällande utlänningslagen (1989: 529) är lik-som den tidigare en ramlag med utfyllande bestämmelser i utlänningsförordningen (1989: 547). Lagen föreslogs i proposition 1988/89: 86 med förslag till ny utlänningslag m. m.

Den nya lagen innebär inte några ändringar av de principer för invandringspolitik och utlänningskontroll som tidigare gällde. Däremot innebär den nya lagen att lagstiftningen blivit mera överskådlig och att handläggningsreglerna gjorts enklare och mer rationella i syfte främst att få kortare handläggningstider. Lagens språk har blivit lättare och den har fått en modernare disposition.

I det följande beskrivs huvuddragen av den lagliga konstruktionen av de regler som gäller för utlänningsars inresa och vistelse m. m. i Sverige samt för de förutsättningar som gäller för avlägsnande av utlännningar ur landet.

Tillståndsgivningen

I utlänningslagen föreskrivs att utlännningar skall ha *pass* för att få resa in i och vistas i Sverige. Regeringen bemyndigas att föreskriva undantag härifrån. Det viktigaste undantaget är medborgare i övriga nordiska länder.

Vidare föreskrivs i lagen att utlännningar – utom nordbor och sådana som har uppehållstillstånd – skall ha *visering* för att få resa in i eller vistas i Sverige. Från denna grundregel har dock regeringen enligt bemyndigande i lagen gjort mycket omfattande undantag, främst för medborgare i ett stort antal uppräknade länder, bl. a. västeuropeiska och amerikanska länder. För viseringspliktiga utlännningar utan uppehållstillstånd gäller alltså, att de inte ens får resa in i Sverige utan att först ha beviljats visering. Visering får ges för högst tre månaders vistelse.

Ett generellt krav på *uppehållstillstånd* för utlännningar som vistas i Sverige mer än tre månader har också föreskrivits – utom beträffande

nordbor. Uppehållstillstånd kan beviljas för viss tid eller vara permanent, PUT.

Det fastslås i lagen att vissa utlänningar har rätt till asyl här, dvs. att de skall ges uppehållstillstånd. Detta gäller flyktingar, krigsvägrare och personer som kan åberopa tungt vägande omständigheter av politisk art till stöd för att inte återvända till sitt hemland, allt under förutsättning att de uppfyller lagens förutsättningar. Vidare får uppehållstillstånd beviljas, om utlänningen fått arbetstillstånd eller om han har nära anhörig här eller annan särskild anknytning hit eller om han av humanitära skäl bör få bosätta sig här. Dessutom får uppehållstillstånd ges för vissa temporära vistelser, t. ex. studier.

Sedan 1981 gäller i princip kravet, att en utlänning som avser att bosätta sig här skall ha sitt uppehållstillstånd ordnat före inresan. Om han har rest in utan uppehållstillstånd, får detta inte beviljas så länge han vistas i landet. Undantag gäller i fall då tillräckliga politiska och liknande skäl föreligger, i fall av familjeåterförening eller om det annars finns särskilda skäl.

SIV är den myndighet som ger såväl visering som uppehållstillstånd. SIV har delegerat till ambassader och andra utlandsmyndigheter att bevilja visering i vissa fall. Avslag på ansökningar om visering och uppehållstillstånd kan bara ges av SIV. Sådana beslut kan inte överklagas.

Avlägsnanden

Kort kan sägas att avlägsnandesidan är motbilden till tillståndsgivningen; den utlänning som inte får tillstånd skall avlägsnas.

Avvisning av en utlänning får ske exempelvis om han saknar pass eller tillstånd – visering, uppehållstillstånd – som krävs för inresa eller vistelse i Sverige. Någon tidsgräns för beslut om avvisning finns inte när dessa grunder tillämpas. Avvisning får också ske t. ex. av en utlänning som visar sig sakna pengar för vistelsen i Sverige, i vilket fall avvisning skall ske senast inom tre månader.

Beslut om avvisning skall alltid fattas av SIV, så snart utlänningen antyder asylskäl eller om han vistats mer än tre månader i landet. I andra fall – vid vistelse under tre månader och utan antydan till politiska skäl – beslutar polismyndighet om avvisning.

Polisens avvisningsbeslut skall verkställas även om de har överklagats – s.k. *direktavvisning*. Överklagande kan ske till SIV, som kan besluta att inställa verkställigheten.

SIV får förordna att verkets beslut om avvisning får verkställas även om det inte har vunnit laga kraft – s.k. *omedelbar verkställighet* – om det är uppenbart att det inte finns grund för asyl och att uppehållstillstånd inte heller skall beviljas på annan grund. SIV:s avvisningsbeslut får överklagas hos regeringen. Om ett beslut av SIV om avvisning med förordnande om omedelbar verkställighet överklagas, skall SIV självt pröva om verkställigheten skall avbrytas (inhibition).

Utvisning får ske av en utlänning som har haft uppehållstillstånd och som uppehåller sig i Sverige sedan detta har upphört att gälla, antingen genom att det löpt ut eller återkallats. Beslut om utvisning tas av SIV. Det får överklagas till regeringen.

Härutöver finns bl.a. *utvisning på grund av brott*, vilket beslutas av domstol.

SIV:s beslut om avvisning eller utvisning får förenas med förbud för utlänningen att under viss tid återvända till Sverige utan tillstånd av SIV. Beslut om utvisning på grund av brott förenas alltid med återreseförbud.

Hos regeringen handläggs utlänningsärenden inom arbetsmarknadsdepartementet.

Verkställighet

De flesta av SIV:s avvisnings- och utvisningsbeslut överklagas. Avlägsnandebesluten vinner laga kraft i och med att regeringen avslår överklagandet och de skall då verkställas.

Lagakraftvunna beslut om avvisning eller utvisning skall verkställas av *polismyndigheten* där utlänningen finns.

Polismyndighets avvisningsbeslut, SIV:s avvisningsbeslut med förordnande om omedelbar verkställighet och domstols beslut om utvisning skall verkställas snarast möjligt. För övriga fall ger lagen möjlighet för utlänningen att lämna landet frivilligt inom två veckor vid avvisning och inom fyra veckor vid utvisning, räknat från den dag då beslutet vann laga kraft, dvs. i regel regeringens beslutsdag. Om utlänningen inte lämnar landet inom dessa tider eller om det klart framgår att han inte avser att göra det, skall polismyndigheten verkställa beslutet så snart det kan ske.

Den tidigare regelfloran om överlämnande och övertagande av verkställighetsärenden, vilken erbjudit i det närmaste obegränsade möjligheter till ny prövning av ärenden och som lett till rättsosäkerhet, har numera avskaffats.

Emellertid har det ansetts nödvändigt med regler, som gör det möjligt att i undantagsfall kunna ändra ett lagakraftvunnet avlägsnandebeslut. SIV har därför givits rätten att bevilja en "*ny ansökan*" om uppehållstillstånd i sådana fall, trots att utlänningen inte lämnat landet. En sådan ansökan får emellertid bara beviljas, om den grundar sig på omständigheter som inte prövats tidigare i ärendet och som innebär att utlänningen har rätt till asyl här eller det annars finns synnerliga skäl av humanitär art. Vid prövning av en sådan ansökan får SIV inställa verkställigheten tills vidare. Finner SIV att ansökan skall bifallas, får verket också upphäva avlägsnandebeslutet, även om det fattats av regeringen.

Utredningar, rättshjälp, förvar

Med tonvikt på asylsökande redovisas här kort de *utredningar* beträffande inresta tillståndssökande som görs genom myndigheternas försorg.

Den lokala polismyndigheten på inreseorten eller där utlänningen ger in sin ansökan om uppehållstillstånd gör i regel en kort inledande utredning för att bedöma, om förutsättningar för direktavvisning föreligger eller om det gäller ett asylärende, i vilket fall det får bedömas bl. a. om det kan bli fråga om avvisning med omedelbar verkställighet. Asylärenden hänvisas till vederbörande utredningssluss, där polisens utredningsenhet gör en fullständig utredning. Under vistelsen vid slussen genomgår asylsökande också en inledande hälsoundersökning. Vidare ges möjlighet för SIV:s

tillståndshandläggare till s.k. muntlig handläggning genom direkta kontakter med sökande i lämplig form.

Vid utredningen uppmanas regelmässigt sökanden uttryckligen att uppge samtliga sina skäl för att få stanna i Sverige, eftersom denna utredning skall läggas till grund för beslut i hans ärende. I fråga om politiska skäl brukar utredningen göras särskilt detaljerad och på en speciell SIV-blankett som innehåller vissa hjälpfrågor för polisens arbete. Även familjebilden genomgås rutinmässigt i detalj. Vid utredningen används i regel tolk, vilken den sökande bör tillfrågas om han kan acceptera.

Sedan ärendet övergått till SIV och där granskats, kan kompletterande utredning begäras, i regel hos polismyndigheten eller hos en svensk utlandsmyndighet. Detsamma gäller sedan avlägsnandeärendet efter överklagande av SIV:s beslut övergått till regeringen; arbetsmarknadsdepartementets tjänstemän kan begära den ytterligare utredning som anses nödvändig för att avgöra ärendet.

Under hela proceduren för handläggning av ett avlägsnandeärende, som SIV skall besluta i, har utlänningen rätt till *rättshjälp* genom samhällets försorg i form av *offentligt biträde*, som ofta utgörs av jurister som specialiserat sig på utlänningsärenden.

Sedan ett asylärende utretts vid en utredningssluss, överlämnas det till en tillståndsbyrå vid slussen eller till en av de fyra tillståndsbyråerna hos SIV i Norrköping. Där sker genast en sortering av ärendena. Om det inte står klart att tillstånd kan beviljas, förordnas regelmässigt offentligt biträde av SIV.

I avvisningsärenden som bara handläggs av polisen (direktavvisning) är huvudregeln att rätt till offentligt biträde inte föreligger. Om utlänningen hålls i förvar mer än tre dagar, finns dock sådan rätt. Inget hindrar att en jurist uppträder som ombud för utlänningen enligt fullmakt.

Enligt nya regler gäller ett biträdesförordnande till dess ärendet slutförts genom att utlänningen lämnat landet eller fått uppehållstillstånd.

Oftast följer samma jurist sökandens ärende genom skilda instanser. Den vanliga ordningen är att det förordnade biträdet tillställs den utredning som polisen gjort. Biträdet har sedan ett sammanträffande med klienten – även detta i regel med tolk – varvid man går igenom utlänningens berättelse. Tillfälle ges då till förtydliganden, rättelser och kompletteringar. Inom viss tid skall biträdets inlägga finnas hos SIV för ärendets avgörande.

Om SIV:s beslut blir att utlänningen skall avvisas eller utvisas, finns det sedan möjlighet att i överklagandet ytterligare förtydliga och komplettera ärendet från sökandens och hans biträdets sida. Detsamma gäller under handläggningen hos SIV och arbetsmarknadsdepartementet.

Den myndighet (polisen, SIV eller regeringen) som handlägger ett ärende om avlägsnande av en utlänning kan under vissa villkor ta utlänningen i *förvar*. Reglerna härför är strikta. Villkor är bland annat att utlänningen skäligen kan befaras hålla sig undan eller att utlänningens identitet är oklar. Särskilda restriktioner gäller bl. a. beträffande förvar av barn och i fråga om lokaler som får användas. När ett beslut om avlägsnande finns, får förvar om högst två månader beslutas. Medan ett avlägsnandeärende är under handläggning är förvarstiden högst två veckor. När det är tillräck-

ligt, får en utlänning i stället ställas under *uppsikt*, t.ex. genom anmälningsplikt hos polisen vissa dagar i veckan.

**SOSFS
1990: 27**

*Edhag, Doctare, Lassenius, Lundgren, Wahlquist*¹ (PTP-enheten)

¹ (föredragande).

Stressforskningsrapporter 1992 –

Nr

- 304 **Ekblad S, Wasserman D**
Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. 2002
- 303 **Åkerstedt T, Theorell T**
Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12–13/2 2002. Sammanfattning. 2002
- 302 **Åkerstedt T, Theorell T**
Biologiska stressmarkörer. Konsensusmöte 12–13/2 2002. 2002
- 301 **Ekstedt M, Kecklund G, Dahlgren A, Åkerstedt T, Samuelson B**
Kan dubbelskift vara en acceptabel arbetstidslösning? – effekt på återhämtning, stress och hälsa. 2001
- 300 **Torbjörn Åkerstedt**
Arbetstider, hälsa och säkerhet – En sammanfattning av en översikt av aktuell forskning. 2001
- 299 **Torbjörn Åkerstedt**
Arbetstider, hälsa och säkerhet – Sammanställning av aktuell forskning. 2001
- 298 **Kecklund G, Ingre M, Söderström M, Åkerstedt T**
Tågtrafik och säkerhet: hur kan lokförarens arbetsmiljö förbättras. 2001
- 297 Society for Light Treatment and Biological Rhythms. Book of abstracts. 13th Annual Meeting, June 24.27, 2001, Stockholm, Sweden. 2001
- 296 **Lindencrona F, Ekblad S, Charry J**
Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och samverkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998–1999. 2001
- 295 **Matell G, Theorell T**
Musikens roll i barns utveckling. 2001
- 294 **Svensson I, Westerlund H**
Kvinnors erfarenheter av 90-talets uppsägningar och arbetslöshet. En intervjustudie med korttidsutbildade kvinnor i ett landsbygds-län. 2001
- 293 **Ekblad**
A survey of somatic, psychological and social needs of mass displaced refugees from the Kosova province while in Sweden. 2000
- 292 **Ingre M, Söderström M, Kecklund G, Åkerstedt T, Kecklund L**
Lokförarens arbetssituation med fokus på arbetstider, sömn, stress och säkerhet. 2000
- 291 **Åkerstedt T, Folkard S, Gillberg M, Kecklund G (Eds.)**
The 24h Society and the New Millennium: book of abstracts. 2000
- 290 **Åkerstedt T, Haraldsson P-O (Eds.)**
The Sleepy Driver and Pilot: book of abstracts. 2000
-

- 289 **Hasselhorn H-M, Theorell T, Vingård E** and the MUSIC-Norrtälje Study Group
Acute Musculoskeletal Disease and Psychophysiological Parameters – A Swedish
Case Control Study. 1999
- 288 **Kecklund G, Åkerstedt T, Ingre M, Söderström M**
Lokförarens arbetssituation och konsekvenser för säkerhet, stress och sömnhet: lit-
teraturoversikt, olycksanalys och turlisteanalys. 1999
- 287 **Nilsson J, Gillberg M, Göranson B, Kecklund G, Åkerstedt T**
Felhandlingar vid hög- respektive lågprioriterade uppgifter – samband med sömnhet
i simulerat kontrollrumsarbete. 1999
- 286 **Göranson B, Gillberg M, Kecklund G, Åkerstedt T, Lundin S, Nilsson J**
Nattarbete, tänkande och processtyrning: en simulatorstudie av kontrollrumsopera-
törer. 1999
- 285 **Göranson B, Åkerstedt T, Kecklund G, Gillberg M**
Utvärdering av införande av 12 timmars helgskift vid Birka Service AB. 1999
- 284 **Lindblad F, Holm M, Kaldal A**
Sexuella övergrepp på daghemmet Glädjen i Karlstad – myndigheternas och föräld-
rarnas perspektiv. 1999
- 283 **Liljeholm Johansson Y, Theorell T**
Orkestrarnas psykosociala arbetsmiljö. 1999
- 282 **Lowden A, Åkerstedt T**
Självalda arbetstider inom Handels – psykosociala effekter. 1999
- 281 **Olsson B, Åkerstedt T, Ingre M, Holmgren M, Kecklund K**
Kortare arbetsdag, hälsa och välbefinnande. 1999
- 280 **Ekblad S, Käsälä R, Al-Falahe N, Cirgic Z, Wennström C,
Larsson-Ericsson S**
Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund.
Metodutveckling under det fjärde projektåret. 1998
- 279 **Kecklund G, Axelsson J, Lowden A, Åkerstedt T**
8 och 12 timmars skift inom samma skiftschema: effekter på sömn och vakenhet.
1998
- 278 **Ekblad S, Marttila A**
Att möta människor från andra kulturer i livets slutskede. Rapport från en uppfölj-
ning med fokusgruppsintervjuer av kompetensutvecklingsinsatser på tre hospiceen-
heter. 1998
- 277 **Mårtensson F**
Leva eller bara överleva. Det finns bruk för alla ur ett deltagarperspektiv – en stöd-
jande miljö utanför den ordinarie arbetsmarknaden. 1997
- 276 **Westerlund H, Bergström A**
Det finns bruk för alla – en metod i utveckling. Empowerment, aktivering, rehabili-
tering och försök att skapa nya arbetstillfällen genom underifrånstyrda verksamheter
för arbetslösa, långtidssjukskrivna och andra utanför den ordinarie arbetsmarknaden
i Södra Skaraborg. 1997
-

- 275 **Åkerstedt T, Arnetz B, Ficca G, Paulsson L-E, Kallner A**
Effekter av låg-frekventa elektromagnetiska fält på sömn och vissa hormoner. 1997
- 274 **Åkerstedt T**
Arbetsid, hälsa och säkerhet – en sammanfattning. 1997
- 273 **Ekblad S; Eriksson N-G; Klefbeck E-L; Flygare K; Basgül Y; Sunnman S; Ljungman P; Karimi M; Guici T; Yildirim S**
Ett hälsoblad som screeninginstrument för nyanlända flyktingar. Del 1. Rapport; Del 2. Handbok; Del 3. Frågeformulär, Hälsobladet. 1997
- 272 **Ekblad S; Eklundh T; Wennström C; Al-Falahe N; Känsälä R; Westin M**
Posttraumatiskt stressyndrom bland patienter med invandrarbakgrund. En utveckling av ett pågående tvåårigt rehabiliteringsprojekt på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning. 1997
- 271 **Åkerstedt T; Westerlund M; Andersson G**
Mot bättre tider. En utvärdering av några av vårdens arbetstidsmodeller med avseende på välbefinnande och hälsa. 1996
- 270 **Åkerstedt T**
Arbetsdier, hälsa och säkerhet. 1996
- 269 **Lowden A; Kecklund G; Axelsson J; Åkerstedt T**
Övergång från 8 till 12-timmars skift. 1996
- 268 **Moser V; Blom M; Eriksson I; Högbom M; Wamala S P; Schenck-Gustafsson K; Orth-Gomér K**
Psykosocial stress hos kvinnor med hjärtsjukdom – en inventering och metodutveckling. 1996
- 267 **Ekblad S; Belkic K; Eriksson N-G**
Health and Disease Among Refugees and Immigrants. A Quantitative Review Approaching Meta-Analysis, Implications for Clinical Practice and Perspectives for Further Research, Part 1: Mental Health Outcomes. 1996
- 266 **Hansen E**
Stress, Stream of Affect, and Emotions. Exploratory Experiment with Poetry Reading. 1996
- 265 **Åkerstedt T**
Tidzoner och oregelbundna arbetstider – en handbok om sömn och trötthet. 1996
- 264 **Åkerstedt T; Ficca G; Gillberg M; Kecklund G**
Fatigue and irregular duty patterns – A review of causes and countermeasures. 1995
- 263 **Ekblad S; Lindblad F; Ahlin M; Hogg B; Lidberg-Brante K**
Gravida bosniska kvinnor – en studie om trauma och hälsa. Litteraturoversikt och test av metoder. 1995
- 262 **Ekblad S**
Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. En ettårsuppföljning på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. 1996
-

- 261 **Brunnberg H; Blomkvist V**
Arbetsätt och kontorsmiljö. Utvärdering av en ny kontorsmiljö på ett företag i Stockholm. 1995
- 260 **Ekblad S; Westin M**
Sjukvård- och psykosociala insatser för flyktingar och invandrare. Del I: En inventering av projekt utöver ordinarie verksamhet hos sjukvårdshuvudmännen samt resurser 1990–95. Del II: Bilaga 1–7. 1995
- 259 **Theorell T m fl**
Konstpsykoterapi vid långvariga psykosomatiska tillstånd. 1995
- 258 **Petterson I-L; Levi L**
Att mäta psykosocial arbetsmiljö och hälsa: Utveckling av en Metoddatabas. 1995
- 257 **Petterson I-L**
Psykosocial arbetsmiljö och hälsa: En sammanställning av instrument från databasen Metod. 1995
- 256 **Belkic K; Savic C; Theorell T; Cizinsky S**
Work Stressors & Cardiovascular Risk: Assessment for Clinical Practice. Part I. 1995
- 255 **Orth-Gomér K m fl**
Psykosociala riskfaktorer för kranskärslsjukdom hos kvinnor. 1995
- 254 **Åkerstedt T; Lowden A; Kecklund G; Gillberg M**
Tidsomställning (jet lag) och oregelbundna tider hos flygbesättningar. 1995
- 252 **Kecklund G**
Sleep and Alertness: Effects of Shift Work, Early Rising, and the Sleep Environment. 1996
- 251 **Kecklund G; Åkerstedt T; Gillberg M**
Sömnhighet, arbetsmiljö och olyckor. Slutrapport. 1994
- 250/ **Arnetz BB; Petterson IL; Arnetz JE; Hörte LG; Magnusson A**
249 Sjuksköterskors arbetsmiljö. Om arbetsmiljö, hälsa och verksamhetsutveckling inom vården. 1994
- 248 **Åkerstedt T; Kecklund G (eds.)**
Work hours, sleepiness and accidents – Sept 8-10 1994. Proceedings and abstracts. 1994
- 247 **Namukasa PS; Orth-Gomér K**
Multiple roles, living conditions and health of urban working women in Uganda. Comparison of samples from 3 work environments. 1994.
- 246 **Arnetz B; Anderzén I; Ekekrantz K; Backman L; Edeborg G**
Produktions- och arbetsmiljöfaktorer i relation till fysiologiska och psykologiska stressmarkörer. 1994
- 245 **Orth-Gomér K (ed.)**
Behavioral and psychosocial aspects of prevention. 1:st international teaching seminar in behavioral medicine, May 1993. Summary and abstracts. 1994
- 244 **Blomkvist V; Theorell T**
Socialhistorisk dokumentation om HIV-smitta hos blödersjuka i Sverige. 1994
-

- 243 **Göranson B; Kecklund G; Söderberg K; Åkerstedt T**
Rapport om projekt Skift vid Västerås Stads Kraftvärmeverk. 1993
- 242 **Kecklund G; Åkerstedt T; Göranson B; Söderberg K**
Omläggning av skiftschema: Konsekvenser för välbefinnande, hälsa, sömn/vakenhet och arbetstrivsel. 1994
- 241 **Lowden A; Åkerstedt T**
Jet lag in air crew – a 9 day fields study. 1994
- 240 **Wallin B-M**
Kollektiva copingstrategier inom olika yrken. 1994
- 239 **Arnetz B; Anderzén I; Petterson IL; Edeborg G**
Mätningar av effekterna av genomförda förändringar i arbetsmiljön. 1993
- 238 **Kecklund G; Åkerstedt T**
Säsongsbundet skiftarbete under avställningsperioden vid ett svenskt kärnkraftverk: effekter på sömn och vakenhet. 1993
- 237 **Lowden A; Åkerstedt T**
Jet lag in air crew – a questionnaire study. 1993
- 236 **Grahn M; Undén AL; Orth-Gomér K**
Socialt stöd i småstad och storstad, glesbygd och tätbefolkat område. 1993
- 235 **Ahlberg-Hultén G**
Infektionsvård möter narkomanvård. Effekter för personalen. Den psykosociala arbetsmiljön på en specialavdelning för infektionssjuka missbrukare vid Roslagstulls sjukhus. 1992
- 234 **Kecklund G; Åkerstedt T; Göranson B; Söderberg K**
Omläggning av skiftschema: konsekvenser för välbefinnande, hälsa och arbetstrivsel. 1992
- 233 **Theorell T; Ahlberg-Hultén G; Jodko M; Sigala F; Söderholm M**
Att förbättra arbetsmiljön i vård. 1992
- 232 **Arnetz B; Berg M; Lidén S; Eneroth P; Kallner A; Fjellner B**
Psykofysiologiska aspekter på hudsymtom vid informationsteknologiskt arbete. 1992
- 226 **Orth-Gomér K; Eriksson I; Fredlund P; Elofsson S**
Boende, social miljö och hälsa. 1993
-

