

Papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård: en jämförande studie mellan olika EU-länder

Ramin Baghir-Zada

Doktorand vid Malmö högskola samt Visiting Scholar på ERCOMER (the European Research Centre on Migration and Ethnic Relations) vid Utrecht University, Nederländerna.

Kontakt: Postadress: Malmö högskola, Fakulteten för Hälsa och samhälle, 205 06 Malmö. E-post: Ramin.Baghir-Zada@mah.se, arbetstelefon: 040-6657468.

Författaren till artikeln diskuterar papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige i jämförelse med situationen i andra EU länder. Denna artikel baseras på tidigare forskning i ämnet samt eget fältarbete i anslutning till pågående doktorandstudier vid Malmö högskola. Fältarbetet består av intervjuer med papperslösa, medicinsk personal, representanter för frivilliga organisationer och andra aktörer i Sverige och Nederländerna. Författaren påpekar olika typer av svårigheter och möjligheter när det gäller papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård, och avslutar med slutsatsen att även fullt subventionerad vård i sig inte nödvändigtvis kan tillfredställa deras förmenta hälsobehov. Varken läkemedel eller läkarbesök kan nödvändigtvis bemöta orsaken till papperslösas uppskattade hälsoproblem: bristen på uppehållstillstånd.

Abstract: The article discusses access to health care services of illegal aliens in Sweden compared with the situation in other EU countries. It is based on an ongoing Ph.D. research project at Malmö University. The Ph.D. fieldwork consists of interviews with illegal aliens in Sweden and the Netherlands, as well as with medical professionals and a number of other actors, such as members of non-governmental organisations. The article presents and elaborates problems and possibilities for illegal aliens in accessing health care services. It concludes that even fully subsidized care is not necessarily capable of satisfying the perceived health needs of illegal aliens. Neither medicine nor medical attention necessarily addresses what individuals might perceive as a cause of their health problems: not having a residence permit.

Inledning

Trots att antalet åtgärder i syfte att kontrollera migration och förhindra illegal invandring ökar, vistas uppskattningsvis flera miljoner människor utan tillstånd i EU. Den omständigheten ger sammantaget upphov till ett antal frågor om papperslösas livssituation och levnadsvillkor. Tillgång till hälso- och sjukvård är en sådan fråga där EU-ländernas lagstiftning och praktik avsevärt skiljer sig åt. I till exempel Spanien har papperslösa möjlighet att folkbokföra sig och man erbjuds samma rättigheter när det gäller tillgången till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet som spanska medborgare. I andra länder, så som till exempel Sverige, har man en så restriktiv lagstiftning att papperslösa endast ges akutvård eller ingen vård alls.

Inte alla aktörer i samhället är tillfredsställda med denna situation. Det finns frivilliga organisationer i Sverige och andra länder som försöker att underlätta och möjliggöra papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård och motsätter sig därmed den officiella retoriken och praktiken. Kliniker och hälsonätverk, som bedrivs av frivilliga organisationer, är ibland den enda plats där papperslösa får och vågar söka vård.

I den här artikeln skall jag diskutera denna situation i Sverige i jämförelse med situationen i andra EU länder. Denna artikel baseras på tidigare

forskning i ämnet samt eget fältarbete som består av intervjuer med papperslösa, representanter för frivilliga organisationer och andra aktörer i Sverige och Nederländerna.

Metoder

Artikeln baseras på mitt pågående doktorand projekt som handlar om papperslösas¹ tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige och Nederländerna. Projektet började 2005, och består av fältarbete med papperslösa samt ett antal aktörer som har direkt och indirekt påverkan på papperslösas hälsosituation – medlemmar av frivilliga organisationer, kyrkor, invandrarorganisationer, läkare etc. I den svenska kontexten genomfördes över nittio intervjuer inklusive mer än fyrtio med papperslösa. Avhandlingen kommer att försvaras under 2009.

Det är viktigt att notera att man kan skilja mellan olika typer av papperslösa – icke-medborgare som befinner sig olagligt i landet. En typ är de papperslösa som gått igenom asylproceduren men fått avslag och håller sig undan så att beslut om utvisning eller avvisning inte kan verkställas. En annan typ av papperslösa är de som aldrig har varit i asylproceduren i Sverige men vistas i landet utan giltigt tillstånd. Detta kan till exempel vara så kallade ”overstayers” (turister, studenter, arbetare) som har haft lagligt tillstånd att vistas (eller bosätta sig) i landet tillfälligt, och har stannat utöver beviljad tid eller människor som aldrig har haft något

1 I den här artikeln använder jag temanumrets begrepp ”papperslösa” – som tillsammans med ”gömda”, är bland de vanligaste begreppen som användes i den svenska kontexten.

tillstånd alls.

Papperslösas ”rätt” till sjukvård i Sverige

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar ”hälsa” som ”högsta möjliga välbefinnande hos den enskilde individen, fysiskt, psykiskt och socialt och ej enbart frånvaro av sjukdom” [1]. Rätten till ”högsta möjliga hälsa” är formulerad i ett antal av internationella konventioner som Sverige har undertecknat och ratificerat. I januari 2006, besökte Paul Hunt, FN:s särskilde rapportör för rätten till hälsa, Sverige med syfte att granska hur Sverige lever upp till de krav som ställs på rätten till hälsa enligt FN:s konventioner. I sin efterföljande rapport och sina kommentarer kritiserade Hunt hårt hur bl.a. Sverige bryter mot flera av FN:s konventioner i dess behandling av papperslösa [2]. Oavsett FN:s kritik samt motstånd från ett antal andra aktörer såsom Vårdförbundet, Röda korset, Rädda Barnen, Sveriges Läkarförbund trädde i juli 2008 Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. i kraft [3]. Lagen fastställde bl.a. tidigare praxis om landstingets skyldigheter att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård till papperslösa under 18 år (dock endast forna asylsökande) på samma villkor som bosatta svenska barn, medan den negligerade bestämmelser kring andra typer av papperslösa.

Begreppet ”bosättning” är avgörande för att man ska kunna förstå papperslösas tillgång till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Hälso- och

sjukvårdslagen [4] samt Tandvårdslagen [5] skiljer dem som är ”bosatta” inom landstinget från dem som är icke ”bosatta”, och kategoriserar landstingskommunens ansvar till tre grupper:

Grupp 1: ”Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård [en god tandvård] åt dem som är bosatta inom landstinget.”

Grupp 2: ”Landstinget skall även erbjuda en god hälso- och sjukvård [en god tandvård] åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.”

Grupp 3: ”Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård [tandvård], skall landstinget erbjuda sådan vård.”

De som är lagligt bosatta i Sverige får ett identifikationsnummer (personnummer) efter att ha blivit folkbokförda. Folkbokföringslagen [6] omfattar inte papperslösa; de är inte berättigade att få personnummer, och att vara folkbokförda. Generellt betraktas papperslösa som en tredje grupp människor som inte har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt EEG (Europeiska ekonomiska gemenskapen). Därför är landstingskommunens ansvar för papperslösa begränsat till

”omedelbar” hälso- och sjukvård samt tandvård, och papperslösa förväntas att stå för alla kostnader. Papperslösa under 18 år som har varit inom asylprocedur är däremot berättigade till fullt subventionerad vård på samma villkor som bosatta svenska barn.

Som alla andra människor är papperslösa skyddade av Sekretesslagen [7]. Sekretesslagen skyddar personliga uppgifter från att spridas mellan olika myndigheter. Det finns dock undantag till exempel när det gäller tvångsvård, eller bestämmelser enligt Smittskyddslagen [8]. Dessutom är sjukvårdspersonalen enligt lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [9] ”...skyldig att lämna ut sådana uppgifter...som gäller huruvida någon vistas på en sjukvårdsinrättning om uppgifterna i ett särskilt fall begärs av...[bland annat] polismyndighet.”

Oavsett den restriktiva lagstiftningen har enskilda landsting samt sjukhus uttryckligen valt att erbjuda subventionerad vård till åtminstone en del av papperslösa. Till exempel beslutade Region Skåne i april 2008 att erbjuda subventionerad ”akut och annan omedelbar nödvändig vård” till en grupp av papperslösa: ”personer som sökt och fått avslag på sin asylansökan” [10]. Andra papperslösa – d.v.s. de som aldrig sökte om asyl – omfattas dock inte av policyn. Dessutom finns även andra landsting – åtminstone 9 av 21 inklusive Region Skåne – som bestämt att följa egen policy när det gäller subventionerad vård för papperslösa [11]. Sahlgrenska universitetssjukhus

i Göteborg har också bestämt sig att erbjuda ”akut och annan omedelbart nödvändig vård” oberoende av papperslösas förmåga att betala [12].

Praxis: tillgång till hälso- och sjukvård

Det är viktigt att operationalisera begreppet ”tillgång” till hälso- och sjukvård som ofta används när man pratar om papperslösas situation. I den här artikelns kontext innebär begreppet ”tillgång” till hälso- och sjukvård att en papperslös får och vågar söka vård. ”Får” söka vård – anknys till lagliga samt finansiella hinder. Som beskrivs tidigare är landsting inte skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård till människor som vistas i landstinget utan att vara bosatta där och papperslösa förväntas betala icke-subventionerad avgift för läkarbesök och eventuell behandling. Kostnaderna är höga – speciellt för människor utan formell tillgång till arbetsmarknad och förmåner av välfärdsstaten. Till exempel, förlossning utan komplikationer kan kosta 21,000 kronor, vårdbesök på akutmottagning – 2,000 kronor, insulinbehandling – 13,000 kronor per år [13].

”Vågar” söka vård har att göra med papperslösas potentiella rädsla att söka vård inom det allmänna vårdssystemet. Icke-subventionerat läkarbesök och eventuell behandling, avsaknad av personnummer, rädsla att bli rapporterad till myndigheterna och utvisas, okunskap om hur hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och vilka rättigheter man har – är bland de van-

liga aspekter som hindrar papperslösas tillgång till hälso- och sjukvårdssystemet. En annan relevant aspekt handlar om hur man definierar ”omedelbar” vård. Lagstiftningen erbjuder ingen operationalisering av begreppet, och det blir upp till tolkning av vårdgivaren att bestämma om vad som är ”omedelbar” och vad som inte är det. En annan oklarhet i lagstiftningen som påverkar papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård handlar om betalning. Det finns inga bestämmelser om betalning skall ske innan eller efter behandling/läkarbesök.

Frivilliga kliniker och hälsonätverk i Sverige

För att underlätta och även möjliggöra papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård bedrivs informella kliniker och hälsonätverket i olika delar av Sverige. Fyra största av dem är:

1. Médecins du Monde (MDM) – Läkare i Världen, Stockholm (sedan 1995)
2. Rosengrenska stiftelsen, Göteborg (sedan 1998) (se separat artikel av Anne Sjögren i detta temanummer)
3. Deltastiftelsen, Malmö (sedan 2001)
4. Röda korsets flyktingcenter, Stockholm (sedan 2006)

Utän tvivel har Läkare i Världen i Stockholm och Rosengrenska i Göteborg störst erfarenhet när det gäller aktiviteter riktade mot papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård. Båda organisationerna bedriver ”kliniker”

– mottagningar som är öppna en kväll varje vecka. Papperslösa får besöka klinikerna utan tidsbeställning – drop-in-tider gäller, men det finns också patienter som bokar tid innan de kommer.

Deltastiftelsen som är aktiv i Malmö sedan 2001, bedrevs i början bara som ett nätverk av volontärer som jobbade i ett jourssystem utan någon mottagning. I mars 2007, i fotspår av sina kollegor i Stockholm och Göteborg, kunde Deltastiftelsen öppna en egen mottagning. Mottagningen är öppen en kväll varannan vecka, men i motsats till verksamheterna vid MDM och Rosengrenska, har man inte drop-in-tider. Alla besök måste bokas i förväg.

Röda korsets flyktingcentrum i Stockholm började sitt hälsonätverk riktat mot papperslösas hälsobehov i början av 2006. Aktiviteten var egentligen en fortsättning av ett projekt som bedrevs av Médecins Sans Frontières (MSF) – Läkare Utan Gränser mellan 2004-2006. Röda korsets flyktingcentrum tog över MSFs projekt, och fortsatte i nästan samma regi. De har en egen mottagning. Vid den första undersökningen bedöms eventuella vårdbehov vilka vid behov förmedlas till frivillig medicinsk personal inom nätverket - mottagning.

Hjärtbesvär, diabetes, mödrahälsovård/gynekologiska sjukdomar, tandvård, psykosomatiska och psykiatriska problem – är några av vanliga besvär som patienter försöker att få hjälp med från frivilliga organisationer.

Ofta handlar det också om att bara ha någon att prata med – stödsamtal. Det är inte alltid möjligt att erbjuda lämplig vård/hjälp med resurser som finns inom nätverken. Det handlar till exempel om behov av operation eller strålbehandling som kan kräva intagning till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Denna möjlighet är dock begränsad, och är inte alltid lyckad. En annan stor utmaning handlar om psykosomatiska och psykiskt hälsorelaterade problem (såsom depression, ångest, självmordstankar, etc.). De är mycket vanliga bland besökande patienter och på samma gång ofta oerhört svåra att behandla trots att man erbjuder både stödsamtal och/eller läkemedelsbehandling. Anledningen till detta är inte bara brist på psykiatrer och vårdpersonal. Som många av mina informanter bland papperslösa påpekade anknyts deras psykiska ohälsa till illegal vistelse i Sverige. Jag fick ofta höra denna typ av uttalande från mina informanter: ”jag behöver uppehållstillstånd för att må bättre, inte läkemedel eller folk som säger till mig: ’ta det lugnt, det ordnar sig!’” Behandlingens effektivitet påverkas naturligtvis också av patienternas socioekonomiska situation. Det är särskilt komplicerat när det gäller kroniska och andra sjukdomar som kräver kontinuerlig behandling och trygg miljö, vilket många papperslösa saknar.

Situationen i andra EU länder

Tillgång till hälso- och sjukvård är en sådan fråga där EU-ländernas lagstiftning och praktik avsevärt skiljer sig åt. I en studie om papperslösa hälso- och sjukvårds situation i 11 EU länder, som genomfördes av den internationella organisationen PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants), gjordes följande kategorisering [14]:

1. Spanien, Italien
2. Frankrike, Belgien, Nederländerna
3. Storbritannien, Portugal
4. Ungern, Tyskland
5. Österrike, Sverige

Den här rangordningen baseras på både lagstiftning och praxis med Spanien och Italien bland de bästa och Österrike och Sverige bland de sämsta när det gäller tillhandahållande av hälso- och sjukvård till papperslösa. I stor utsträckning handlar det om papperslösa är berättigade till (fullt) subventionerad vård eller inte, och i vilken omfattning. I Italien är papperslösa berättigade till ett så kallat STP-kort som utfärdas av en statlig myndighet och möjliggör tillgång till subventionerad ”akutvård” och ”nödvändig vård” (så som primärvård, slutenvård, behandling av smittsamma sjukdomar, mödrahälsovård, och behandling av kroniska sjukdomar). Papperslösa skall dock betala en avgift (liksom italienska medborgare) till vissa behandlingar inom öppen vård där staten subventionerar behandlingen bara delvis.

I Spanien behöver papperslösa – i stor motsats till Sverige – inte ha giltigt uppehållstillstånd för att folkbokföra sig. Om en papperslös (eller någon annan icke-medborgare) klarar sig att folkbokföra sig då är man berättigad till hälsoförsäkringskort och subventionerad vård på samma villkor som spanska medborgare. Barn under 18 år och gravida kvinnor behandlas på samma villkor som spanska medborgare även utan folkbokföring. Situationen har försämrats för papperslösa sedan 2003 då polismyndigheterna fick tillgång till folkbokföringsregistret. Detta skapar rädsla att bli utvisad och avskräcker papperslösa från att folkbokföra sig. Dessutom skall papperslösa generellt ha giltig legitimation för att kunna folkbokföra sig (t.ex. giltigt pass) samt bevis angående hemadress (t.ex. från hyresvärd), vilket inte alla kan presentera.

I Frankrike, Belgien och Nederländerna kan papperslösa erbjudas subventionerad vård, men detta kan bara genomföras med hjälp av statliga fonder som bestämmer om en papperslös är berättigad till subventionerad vård eller inte. Ofta handlar det om tolkning av begreppen ”akutvård” och ”nödvändig” vård. I Nederländerna, till exempel, är papperslösa inte berättigade till medicinsk försäkring men kan få ”medicinskt nödvändig vård”. Det finns en statlig fond – Koppe-lingsfonds – där allmänläkare, barnmorskor, farmaceuter och tandläkare eventuellt kan få ersättning för behandling av papperslösa. Fonden omfattar dock inte slutenvård, men sjukhusen brukar göra en budget med

tanken att en del av räkningen inte skall betalas av patienter.

När det gäller papperslösas rättigheter till vård i Storbritannien och Portugal är lagstiftningen vag och otydlig men det finns bestämmelser om subventionerad vård. I Storbritannien, till exempel, kan papperslösa få subventionerad primärvård och ”akutvård” men är inte berättigade till subventionerad sekundärvård. Även ”akutvård” är inte alltid subventionerad och beror på omständigheter kring behandlingen. I Portugal är lagstiftningen ännu mer otydlig. Papperslösa kan få subventionerad vård om de kan bevisa att de vistats i samma bostadsområde i minst 90 dagar, och kan då registrera sig hos en allmän läkare i samma område. Ofta kan det i praktiken vara mycket komplicerat att göra, vilket innebär att papperslösa (förutom barn under 18 år) endast kan få akutvård och måste betala för den.

I Ungern och Tyskland är papperslösa endast berättigade till (subventionerad) ”akutvård”. I Tyskland är dessutom offentliga myndigheter skyldiga att anmäla papperslösa till polismyndigheterna, vilket naturligtvis avskräcker människor från att söka vård. När det gäller Österrike – som enligt PICUMs rapport är i samma kategori som Sverige – är papperslösa berättigade till subventionerad vård endast då det gäller fall av tuberkulos. Även i det här fallet är behandlingen inte alltid i praktiken möjlig, eftersom många papperslösa saknar levnadsvillkor för kontinuerlig behandling.

Slutliga kommentarer

Után tvivel finns det många hinder när det gäller papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige och andra länder. Det finns många faktorer som påverkar och bestämmer om man får vård (och på vilka villkor) eller inte. Det kan handla om restriktiv/mindre-restriktiv (tolkning av) lagstiftning, typ av behandling man behöver, socioekonomisk status av patient, och ibland ren tur – att en papperslös bemöts av ”rätta” människor i ”rätt” tid och på ”rätt” plats. Det gäller både det formella hälso- och sjukvårdssystemet samt de frivilliga organisationer som erbjuder vård. På samma gång innebär tillgången till hälso- och sjukvård i sig – t.ex. möjlighet att besöka läkare och även få fullt subventionerad behandling - inte nödvändigtvis att det tillfredställer människors förmenta hälsobehov. Det handlar bl.a. om psykosomatiska och psykiatriska tillstånd där varken läkemedel eller läkarbesök kan nödvändigtvis bemöta orsaken till papperslösas uppskattade hälsoproblem: bristen på uppehållstillstånd.

Referenser

1. WHO (1946), Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
2. Hunt P. (2007), "Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Mission to Sweden.", United Nations General Assembly, Human Rights Council, Report No A/HRC/4/28/Add.2.
3. Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 2008:344.
4. Hälso- och sjukvårdslagen. 1982:763.
5. Tandvårdslagen. 1985:125.
6. Folkbokföringslagen. 1991:481.
7. Sekretesslagen. 1980:100.
8. Smittskyddslagen. 2004:168.
9. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. 1998:531.
10. Region Skåne (2008) [online], "Tillämpningsanvisningar vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar.", [Besökt 2008-11-21] Tillgänglig: URL: <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/riktlinjer/vard%20till%20gömda%20flyktingar.pdf>.
11. Sveriges Radio - Ekot (2008), "Landsting ger papperslösa vård", [besökt 2008-11-21] Tillgänglig: URL: <http://www.sr.se/ekot/artikel.asp?artikel=2414502>.
12. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2006) [online], "PM för Sahlgrenska Universitetssjukhuset vid akut och annan omedelbart nödvändig vård för asylsökande och gömda flyktingar". [Besökt 2008-11-21] Tillgänglig: URL: sahlgrenska.se/upload/SU/ovrigt/Kvalitetsutveckling/Etiskt%20Forum/PM_asyl_flyktingar.pdf.
13. MSF (2006), "Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser", Stockholm.
14. PICUM (2007). "Access to health Care for Undocumented Migrants in Europe", Brussels.