

Varför ska asylsökande och papperslösa ha tillgång till sjukvård på lika villkor som svenska medborgare?

Ett argumentationsunderlag

Detta argumentationsunderlag är en uppdatering av skriften *"Varför ska asylsökande och papperslösa migranter ha tillgång till sjukvård på lika villkor som svenska medborgare?"* som togs fram i oktober 2007 av en arbetsgrupp med deltagare från Röda Korset, Rädda Barnen, IFMSA och Rosengrenska stiftelsen. Redaktör var Charlotta Arvidsson, Röda Korset. Den nya versionen färdigställdes i september 2009 av Sanna Vestin, Rädda Barnen, med hjälp av synpunkter från en motsvarande arbetsgrupp. Behovet av ett argumentationsunderlag uppkom under förberedelserna för att bilda "Rätt till Vård-initiativet".

”Att lära flyktingar och andra papperslösa veta hut genom att vägra dem vård är en högst ovanlig metod. Förutom Sverige är det i Europa endast Österrike som använder obehandlad cancer som migrationspolitisk signal. I Italien och Spanien, som har flest papperslösa i Europa, har dessa tillgång till vård på lika villkor. I Frankrike, Belgien och Holland finns statliga/kommunala fonder som betalar för vården av illegala invandrare.

Det kan tyckas inkonsekvent förstås att avsätta fonder för vård av människor som inte har rätt att vistas i landet. Men jag antar att man i dessa stater aldrig glömt att det var just bristen på konsekvens som byggde upp civilisationen. När allt kommer omkring är det inte särskilt följdriktigt att vårda fiendesoldater som man nyss försökt ha ihjäl. Likväl är det självklart att vi gör det, av medkänsla kanhända, men mest för att inte mista självrespekten. För vi är väl inga bödlar heller. Nej, just det. Och läkare är inga gränspolisier.”

Citat ur inlägg av Maciej Zaremba, journalist och författare, i Dagens Nyheter 2008-05-15

Ur FN-rapportören Paul Hunts rapport om Sverige 2006

72. The Special Rapporteur is concerned that Swedish law and practice regarding the health care accessible to asylum-seekers and undocumented foreign nationals is not consistent with international human rights law. In 2000, the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, which monitors and interprets ICESCR, advised: “States are under an obligation to respect the right to health by refraining from denying or limiting equal access for all persons, including ... asylum-seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services. In 2004, another United Nations committee of independent human rights experts took the same position. The Special Rapporteur sees no reason to take a different view. The Special Rapporteur notes that under international human rights law, some rights, notably the right to participate in elections, to vote and to stand for election, may be confined to citizens. However, human rights are, in principle, to be enjoyed by all persons.

73. A fundamental human right, the right to the highest attainable standard of health is to be enjoyed by all without discrimination. It is especially important for vulnerable individuals and groups. Asylum-seekers and undocumented people are among the most vulnerable in Sweden. They are precisely the sort of disadvantaged group that international human rights law is designed to protect.

74. As well as human rights and humanitarian reasons, there are also compelling public health grounds for treating all asylum-seekers and undocumented people on the same basis as Swedish residents. While on mission, it was not suggested to the Special Rapporteur that the estimated cost of extending the same medical services on the same basis to residents, asylum-seekers and undocumented individuals would be prohibitively expensive. The issue does not appear to be primarily one of cost. Indeed, relatively speaking, the costs of including asylum-seekers and undocumented individuals are unlikely to be significant.

75. Accordingly, the Special Rapporteur encourages the Government to reconsider its position with a view to offering all asylum-seekers and undocumented persons the same health care, on the same basis, as Swedish residents. By doing so, Sweden will bring itself into conformity with its international human rights obligations.

Citat ur ”Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt”. (Addendum Mission to Sweden)

Introduktion

Det här dokumentet är ett underlag för argumentation till stöd för att asylsökande och papperslösa i Sverige ska ha tillgång till sjukvård på lika villkor som den övriga befolkningen. Egentligen borde den grundläggande idén om människors lika värde vara ett tillräckligt argument för lika vård på lika villkor för alla, men för att bredda diskussionsmöjligheterna sammanställdes argumenten i denna text. I denna uppdaterade version ingår även en sammanfattning av aktuell lagstiftning på området.

I dokumentet används uttrycket ”papperslösa”. Med det avses alla människor som behöver tillstånd av staten för att få vistas i Sverige, men som befinner sig här utan ett sådant tillstånd, det vill säga utan ”papper”. Det kan vara människor som fått avslag på sin asylansökan, människor som blivit kvar i landet då visumet gått ut eller andra som på icke konventionella vägar kommit in i Sverige. Även barn som inte är migranter men födda i Sverige av papperslösa föräldrar inkluderas.

Grundläggande för argumenten som presenteras är att de inte på något vis berör vilka skäl människor har för att vistas i Sverige, utan gäller tillgången till sjukvård för alla oavsett status. Avsikten är inte heller att kommentera Sveriges politik för att reglera migration.

Rätt till vård-initiativet, som stöds av ett fyrtiotal organisationer, har uppmanat den svenska regeringen att ta sitt ansvar för att papperslösa och asylsökande ska få tillgång till hälso- och sjukvård på i allt väsentligt lika villkor som övriga invånare. En lagstiftning som särbehandlar eller utestänger vissa grupper är enligt Rätt till vård-initiativet inte förenlig med grundläggande mänskliga rättigheter om lika värde och icke-diskriminering. Se <http://www.vardforpapperslosa.se/>

Innehållsförteckning:

Bakgrund – dagens lagstiftning och praxis	4
Det människorättsliga perspektivet	5
Det humanitära perspektivet	6
Det medicinsk-etiska perspektivet	7
Det barnrättsliga perspektivet	9
Det kvinnorättsliga perspektivet	10
Folkhälsoperspektivet	10
Det ekonomiska perspektivet	11
Sverige i jämförelse med andra EU-länder	12
Samhällets ansvar – inte bara frivilligorganisationernas	13
Rätt till sjukvård – en migrationspolitisk fråga?	13
Omedelbar vård - är det tillräckligt?	14
Behov av kunskap och underlag för förändring	15
Web-tips för mer information	16
Kontakter	18

Bakgrund: Dagens lagstiftning och praxis

Alla människor tillerkänns i Hälso- och sjukvårdslagen rätt till "omedelbar vård" (akut vård) vid behov. För papperslösa som fyllt 18 år är detta den enda vård som landstingen är skyldiga att erbjuda. Betalningsansvaret för vården har dock patienten själv. Vården är inte subventionerad. Det innebär exempelvis att priset för ett besök på akuten kan vara ca 2 000 kr och att en förlossning kostar ca 20 000-25 000 kr om det inte tillstöter några komplikationer. En akut operation kan bli avsevärt dyrare.

Vuxna asylsökande som fortfarande väntar på beslut om uppehållstillstånd har enligt lagen utöver "omedelbar vård" också rätt till "vård som inte kan anstå" samt till mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Skyldigheten för landstingen att erbjuda sådan vård till asylsökande lagfästes först 2008 i Lagen om Hälso- och sjukvård åt asylsökande. Den vård som asylsökande har rätt till är subventionerad enligt särskilda regler, vilket innebär en låg patientavgift. Även de som har fått avslag och väntar på att utvisningsbeslutet ska verkställas räknas som asylsökande i det här avseendet, om de inte håller sig undan.

Utöver dessa miniminivåer har landstingen inga lagstadgade skyldigheter gentemot vuxna asylsökande eller papperslösa. Det innebär att asylsökande och papperslösa kan vägras till exempel vanlig tandvård, all planerad vård, samtal med psykolog eller psykoterapeut, behandling för kroniska sjukdomar etc. Papperslösa kan dessutom vägras "vård som inte kan anstå", det vill säga vård som inte är omedelbart akut men som ändå är nödvändig för att ett allvarligt tillstånd inte ska förvärras.

Barn som är asylsökande har laglig rätt till all vård på samma villkor som barn bosatta i Sverige. Det samma gäller papperslösa barn som har varit asylsökande. Skyldigheten för landstingen att ge barn som varit asylsökande all vård infördes år 2000 genom ett avtal mellan staten och landstingen, men lagfästes först 2008. För papperslösa barn som inte har varit asylsökande gäller dock precis som för vuxna att bara akut vård till fullt pris garanteras i lagen. Även vissa barn kan alltså helt lagligt nekas vård i Sverige.

Att landstingen inte är skyldiga att erbjuda mer än en viss vård, betyder inte att det är förbjudet att erbjuda mer. Landstingen får dock bara ekonomisk ersättning från staten för den vård som regleras i lag. Eftersom det är svårt att tolka vad som är omedelbart vård och vilken vård som inte kan anstå, varierar det från landsting till landsting och från klinik till klinik och till och med från vårdpersonal till vårdpersonal vilken vård asylsökande och papperslösa faktiskt får tillgång till. Även betalningsrutinerna varierar. En del vårdgivare avskriver stora räkningar till medellösa personer, medan andra låter kraven gå till indrivning, som kan verkställas när personen eventuellt får uppehållstillstånd.

Om läkare eller annan personal på eget initiativ beslutar att ge mer vård än den miniminivå lagen kräver, innebär det inte något lagbrott i sig. Om arbetsgivaren misstycer blir det i så fall en fråga för sjukvårdsorganisationen om vilka beslut den enskilde kan ta. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område stadgar dock att den enskilde vårdpersonalen har ett eget professionellt ansvar och skall arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Flera landsting har antagit egna riktlinjer som klargör hur papperslösa ska bemötas. Landstingens egna riktlinjer skiljer sig åt. Några av dem innehåller främst förtydliganden av lagen, till exempel att patientens betalningsförmåga i stunden inte får hindra att en patient tas emot. Andra riktlinjer innebär att papperslösa ska tas emot på mer generösa villkor, vanligen enligt samma regler som asylsökande. Se tipsen i slutet av dokumentet, för länkar till aktuella riktlinjer!

I samband med att riksdagen våren 2008 antog en lag om hälso- och sjukvård för asylsökande, uppgavs från regeringen att också frågan om vård för papperslösa ska utredas. I budgetpropositionen som riksdagen antog för år 2009 angavs åter att en utredning ska tillsättas om "vård för personer som undanhåller sig verkställighet av avvisnings- eller utvisningsbeslut, inte sökt nödvändiga tillstånd för vistelse i Sverige samt asylsökande".

■ FAKTA – Utdrag ur internationella konventioner

Ur FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter:

Artikel 12

1. Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.
2. De åtgärder som konventionsstaterna skall vidta för att till fullo tillgodose denna rätt skall innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att
 - a) minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling,
 - b) förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården,
 - c) förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt
 - d) skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.

Ur FN:s konvention om barnets rättigheter:

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

Ur FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor:

Artikel 12

1. Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor när det gäller hälsovård för att, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive sådan som avser familjeplanering.
2. Utan hinder av bestämmelserna i punkt 1 ovan skall konventionsstaterna tillförsäkra kvinnor lämplig vård vid havandeskap och förlossning samt under tiden efter nedkomsten, varvid fri vård skall stå till förfogande när det är nödvändigt, liksom även lämplig kost under havandeskapet och amningstiden.

Det människorättsliga perspektivet

Sverige har ratificerat de flesta internationella konventioner om mänskliga rättigheter i vilka det slås fast att alla människor är lika i värde och rättigheter. I dessa konventioner ingår även rätten till hälsa som en fundamental rättighet för varje enskild individ. Ett exempel utgörs av FN:s konvention om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna, där man erkänner alla individers rätt att "såväl i fysiskt som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa" (artikel 12).

FN:s särskilde rapportör för rätten till högsta uppnåeliga hälsa, Paul Hunt, besökte Sverige under januari 2006. Syftet med besöket var att undersöka hur Sverige arbetar såväl nationellt som internationellt för att varje enskild individ ska tillförsäkras rätten till hälsa. Hunt hänvisar till ett uttalande från den kommitté som övervakar konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter: "States are under an obligation to respect the right to health by refraining from denying or limiting equal access for all persons, including ... asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services." [General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health]. Vidare anser Paul Hunt efter sitt officiella besök i Sverige att "Asylum seekers and undocumented people are among the most vulnerable in Sweden. They are precisely the sort of vulnerable group that international human rights law is designed to protect...I hope the Government

will reconsider its position, with a view to offering all asylum seekers and undocumented individuals the same medical care, on the same basis, as Swedish residents.” [Hunt, 2006. Se längre utdrag sid 2.]

Enligt Paul Hunt uppfyller Sverige alltså inte sina internationella åtaganden, eftersom asylsökande och papperslösa behandlas på ett diskriminerande sätt jämfört med svenska medborgare.

Levnadsstandarden, folkhälsan och sjukvårdens kvalitet i Sverige är bland de bästa i världen. Den svenska regeringen arbetar inte bara nationellt utan även internationellt, i många utvecklingsländer, med att främja rätten till hälsa. När Sverige exkluderar papperslösa och asylsökande från vård på lika villkor i Sverige, utsätts inte enbart den enskilda individen för en kränkning. Sverige bidrar även till att underminera innebörden av de mänskliga rättigheterna genom att reducera dessa till att enbart gälla egna medborgare. Paul Hunt understryker i sin rapport om Sverige skillnaden mellan **rättigheter knutna till ett medborgarskap**, som att delta i val, rösta och ställa upp som valbar kandidat, och **mänskliga rättigheter** som omfattar alla. Sveriges diskriminering beträffande rätten till hälsa för asylsökande och papperslösa skickar signaler att mänskliga rättigheter inte gäller i alla situationer, exempelvis när man inte har ett fullvärdigt medborgarskap i landet där man vistas. Detta riskerar att allvarligt undergräva Sveriges möjligheter att på ett trovärdigt sätt arbeta för mänskliga rättigheter på det internationella planet.

Även i rapporterna från FN:s kommitté mot etnisk diskriminering och Svenska FN-förbundets parallellrapporter (år 2004 och 2008) konstateras att Sverige inte lever upp till FN:s krav. Beträffande lika rättigheter inom olika socioekonomiska områden konstaterar både kommittén och FN-förbundet att personer med utländsk bakgrund och icke-svensk etnicitet de facto diskrimineras exempelvis vad gäller tillgång till hälsovård.

Om Sverige erkänner *människors lika värde* – vilket är kärnan i de mänskliga rättigheterna – så måste detta bli märkbart i nationell lagstiftning och vid tillämpning av lagarna. Implementeringen och integreringen av rätten till hälsa måste börja synas i de nationella lagar och riktlinjer som styr vården genom att asylsökande och papperslösa får tillgång till vård i enlighet med sina mänskliga rättigheter.

Det humanitära perspektivet

Principen om humanitet betyder att alla människor skall behandlas med värdighet oavsett vilken situation de befinner sig i. Genom att lindra och förhindra mänskligt lidande och skydda liv och hälsa skapar man respekt för människovärdet och den grundläggande tanken om att alla människor förtjänar att bli behandlade med värdighet enbart på grundval av att de är en del av mänskligheten. Det här är en princip som driver individer och även stater att hjälpa människor i nöd orsakade av konflikter och naturkatastrofer, men även i humanitära kriser orsakade av politisk ovilja.

De papperslösa i Sverige står till stor del utan tillgång till vård. Detta kan få allvarliga medicinska konsekvenser för individen och leder till onödigt lidande. Frivilligorganisationer arbetar för att lindra de mest akuta lidandena men menar att det råder en humanitär kris bland de papperslösa i Sverige idag och känner oro över att situationen kan komma att förvärras. Dessa organisationer befarar att det ökade behovet kan vara svårt att möta med knappa resurser. Om Sverige som stat menar att det är viktigt att värna respekten för människovärdet måste staten också uppmärksamma de mest utsatta i vårt eget samhälle och betrakta det som omänskligt att neka människor sjukvård. Att inte värna människovärdet är inte bara till men för den enskilda individen vars lidande blir större, utan också för samhället i stort genom att brist på respekt för människoliv sanktioneras av staten.

Ur den enskilde migrantens perspektiv utgör den utsatta situationen utan tillgång ens till grundläggande sjukvård inte bara ett lidande i sig, utan också ett hinder för att angripa andra problem och förändra den egna livssituationen.

Det medicinsk-etiska perspektivet

Den medicinska etikens mest grundläggande princip är att människors rätt till vård skall vara lika för alla och enbart styras av det medicinska behovet. Ekonomisk, social eller juridisk ställning, politisk eller religiös tillhörighet, etnisk bakgrund, kön eller liknande faktorer får inte påverka den medicinska professionens handlande, som i stället ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet brukad för patientens bästa. Dessa principer utvecklades redan av Hippokrates. De genomsyrar World Medical Associations deklarationer, Läkarförbundets etiska regler och motsvarande regler för andra yrkesgrupper i vården. Att särbehandla papperslösa individer är inte heller förenligt med Hälso- och sjukvårdslagets målsättning att tillhandahålla hela befolkningen en god hälsa på lika villkor.

I dagens Sverige särbehandlas trots detta asylsökande och papperslösa i de lagar och riktlinjer som styr vården. För dem som är verksamma i vården skapar detta ett etiskt dilemma. För vårdgivaren måste den medicinska etikens mest grundläggande princip om alla människors rätt till vård efter behov vara styrande. Frågan är hur sjukvårdens värderingar och tilliten till sjukvården påverkas om den medicinska professionen särbehandlar vissa patientgrupper?

Det skall betonas att även icke-medicinsk administrativ personal på vårdinrättningar har ett etiskt ansvar men att de ofta ställs inför en omöjlig situation i sitt möte med papperslösa patienter. Avsaknaden av ett statligt finansierat system för att ersätta kostnaderna för vårdinrättningar som behandlar papperslösa leder till att personalen ställs inför det etiska dilemma att antingen behålla sin värdegrund (vård utifrån medicinska behov) eller säkra betalning åt sin arbetsgivare. Att papperslösa inte får vård beror oftast inte på läkares ovilja att behandla utan på att systemet förhindrar att mötet mellan läkare och patient kommer till stånd. Ytterst ansvariga för att den medicinsk-etiska värdegrunden skall kunna efterlevas är därför politiker och beslutsfattare inom vården. Den politiska oviljan att erkänna de papperslösa som en patientgrupp och ta ansvar för situationen skapar en situation där medicinskt professionella lämnas ensamma att hantera ett etiskt dilemma där professionens grundvalar står på spel.

Poul Kongstad, då chefläkare i Region Skåne skrev år 2005 i Läkartidningen: "För läkaryrket är den etiska dimensionen inte förhandlingsbar. Utan denna dimension skulle läkaren förvandlas till en humanbiolog, möjlig att styra i vilken riktning som helst beroende på uppdragsgivarens önskemål... I begreppet läkare finns den etiska dimensionen så tydligt att man troligen inte i längden kan kalla sig läkare endast på grundval av examen från en erkänd läkarutbildning." [Kongstad, 2005.]

■ FAKTA - Utdrag ut Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Mål för hälso- och sjukvården

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Krav på hälso- och sjukvården

2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

■ FAKTA - Utdrag ut andra lagar och riktlinjer

Ur Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531):

2 kap. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal

1 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Ur Lissabondeklarationen — World Medical Association:

Läkare och andra personer eller organ som tillhandahåller hälso- och sjukvård har ett samlat ansvar för att erkänna och upprätthålla dessa rättigheter. Närhelst lagstiftning, regeringsåtgärder, eller annan administration eller institution förnekar en patient dessa rättigheter, bör läkare vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa eller återupprätta dem.

I. Rätten till medicinsk vård av god kvalitet

- a) Varje patient har, utan åtskillnad, rätt till lämplig medicinsk vård.
- b) Varje patient har rätt att bli behandlad av en läkare som patienten vet är fri att göra egna kliniska och etiska bedömningar utan inblandning utifrån.
- c) Patienten skall alltid bli behandlad på det sätt som bäst gynnar honom/henne. Den behandling som ges skall uppfylla allmänt vedertagna medicinska principer.

Ur Tokyodeklarationen — World Medical Association:

5. A physician must have complete clinical independence in deciding upon the care of a person for whom he or she is medically responsible. The physician's fundamental role is to alleviate the distress of his or her fellow human beings, and no motive, whether personal, collective or political, shall prevail against this higher purpose.

Ur Läkarnas etiska kod (Läkarförbundets etiska regler):

1. Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
2. Läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ur Sjuksköterskornas etiska kod (svensk översättning från International Council of Nurses):

Sjuksköterskans primära ansvar är att ge människor vård. I vårdarbetet verkar sjuksköterskan för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras.

Ur Gemensamt ställningstagande från vårdprofessionerna (17 yrkesförbund, juni 2009):

(...) följande ska tjäna som utgångspunkter vid vårdpersonals omhändertagande av alla människor, inklusive asylsökande och papperslösa.

- Vårdpersonalens uppgift är att ge vård, behandling omvårdnad och rehabilitering.
- Vårdpersonalens bedömningar ska utgå från patientens behov och grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Patientens rättsliga status ska inte inverka på vårdpersonalens beslut att ge eller avstå från vård.
- Patientens betalningsförmåga ska inte vara en förutsättning för att vårdpersonalen ska erbjuda patienten nödvändig vård och akut tandvård.

Vårdprofessionerna uppmanas att protestera och agera när människor förnekas vård på grund av sin rättsliga status och ge sitt stöd för alla människors rätt till vård.

Det barnrättsliga perspektivet

Genom att ratificera Barnkonventionen har Sverige förbundit sig att respektera och tillförsäkra konventionens rättigheter för varje barn som vistas i landet, *utan åtskillnad av något slag*. I konventionens artikel 24 stadgas statens skyldighet att erkänna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. FN:s kommitté för barnets rättigheter i Genève påtalade redan i sina slutsatser för år 1999 situationen för "gömda barn" och rekommenderade Sverige att ompröva sin politik i syfte att utöka tillgänglig service utöver akut hälso- och sjukvård. I kommitténs rapport för år 2005 beklagade kommittén att rekommendationen beträffande diskriminering av "gömda barn" inte beaktats tillräckligt. År 2009 välkomnade FN-kommittén att Sverige lagfäst rätten till vård för barn som varit asylsökande, men uttryckte också sin oro för att alla papperslösa barn inte inkluderats.

Som nämnts har barn och ungdomar under 18 år som är asylsökande eller tidigare har varit asylsökande i Sverige rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård. Denna rätt gäller dock inte alla barn utan papper.

Barn som faller utanför är:

- Barn som rest in och vistas i Sverige utan att ha ansökt om uppehållstillstånd
- Barn som vistas i Sverige och har ansökt om uppehållstillstånd grundat på anknytning (ej asyl)
- Barn som är födda i Sverige av utländska föräldrar som inte har ansökt om uppehållstillstånd för barnet

Dessa barn har inte någon lagfäst rätt till vård utöver "omedelbar hälso- och sjukvård" till full kostnad. Dessutom kan barn falla utanför genom att de saknar bevis för att de varit asylsökande, till exempel de som har utvisats och sedan återkommit till Sverige utan att söka asyl på nytt.

Även barn som tidigare varit asylsökande och därför har rätt till sjukvård har i praktiken ofta svårt att tillgodogöra sig en god vård, bland annat på grund av rädsla för att kontakter med vårdinrättningar kan leda till att andra myndigheter underrättas. Situationen idag är alltså långt ifrån vad Barnkonventionen föreskriver. Barnets tillgång till vård hänger fortfarande samman med barnets legala status.

Vuxnas möjlighet till god vård är av stor vikt ur ett barnrättsperspektiv. Föräldrarnas fysiska och psykiska hälsa är av avgörande betydelse för barnet, både för att den påverkar barnens hälsa och för att den påverkar föräldrarnas förmåga att ge barnet omvårdnad. Barn utan papper lever ofta utan större sociala kontaktnät och är än mer hänvisade till sina föräldrar än andra barn. De blir därför särskilt sårbara i förhållande till sina föräldrars fysiska och psykiska hälsa.

För gravida kvinnor utan papper gäller samma regler avseende mödravård och förlossning som för annan vård, dvs. rätten omfattar endast omedelbar vård till full kostnad. I Barnkonventionens artikel 24 stadgas att konventionsstaterna skall vidta lämpliga åtgärder för att minska spädbarns- och barnadödligheten och säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen. Att papperslösa kvinnor saknar rätt till mödra- och förlossningsvård medför att såväl kvinnorna som deras barn utsätts för stora risker, bl.a. kan komplikationer vid en förlossning inte förebyggas och smittsamma sjukdomar riskerar att överföras från modern till barnet. I vissa landsting erbjuder man idag papperslösa kvinnor subventionerad mödravård, men enbart de som varit asylsökande, vilket åter leder till diskriminering genom att övriga papperslösa exkluderas. Den legala statusen avgör fortfarande vem som får vård.

Ytterligare en allvarlig följd av särbehandlingen av papperslösa är att nyfödda barn till papperslösa riskerar att inte få något medborgarskap. Barnet kan registreras hos skattemyndigheten, men många föräldrar och även vårdpersonal är osäkra om rutinerna och om det innebär någon risk. Därmed riskerar barnet att inte registreras och inte existera i juridisk mening. Förutom att barnet saknar medborgerliga och andra rättigheter i Sverige, riskerar det oregistrerade barnet dessutom att inte bli accepterat som medborgare vid en utvisning till föräldrarnas hemland. Detta strider mot Barnkonventionens artikel 7 som deklarerar att varje barn har rätt att registreras efter födelsen, ett namn och ett medborgarskap. Dessa barn befinner sig i en extremt utsatt situation. Om barnet försvinner, kidnappas, dödas eller utnyttjas kommer sannolikt ingen utanför familjen att reagera.

Det kvinnorrättsliga perspektivet

På de mottagningar som frivilligorganisationerna driver för asylsökande och papperslösa är kvinnor en stor och särskilt utsatt grupp. Kvinnors utsatta roll som barnafödorskor och som offer för sexuellt och annat våld, avspeglar sig bland patienterna. Sverige kallas ibland för världens mest jämställda land som värnar om kvinnors mänskliga rättigheter. Sverige har ratificerat FN:s kvinnokonvention som erkänner att kvinnor drabbas särskilt hårt av fattigdom och oro. Kvinnokonventionen tillförsäkrar kvinnor vård vid havandeskap och förlossning samt efter nedkomsten, oavsett om hon kan betala eller ej. Även rätten till familjeplanering finns inskriven. Trots detta är de papperslösa kvinnorna och deras specifika problemsituation i stora delar osynliggjorda i Sverige

Sverige har haft besök av FN:s rapportör om våld mot kvinnor, Yakin Ertürk. I sin rapport år 2007 lyfter hon fram sårbara grupper bland kvinnor och noterar att kvinnor utan tillstånd att vistas i Sverige är särskilt utsatta. Hon menar att dessa kvinnors legala status gör att de motvilligt söker hjälp hos myndigheter och att de därför lättare förblir fångna i relationer där våld är vardag. De är i stort sett helt utelämnade åt den man som slår och eventuellt sexuellt utnyttjar dem utan möjligheter till skydd och sjukvård.

Den grövsta formen av våld mot kvinnor utgör människohandel för sexuella ändamål. Även dessa kvinnor står i stort sett utan stöd och vård i dagens Sverige om de skulle ha möjlighet att fly sina förövare, men inte vågar eller vill anmäla till polisen. Regeringen har nyligen antagit en handlingsplan och satt igång åtgärder som bland annat innebär att kommunerna måste erbjuda bättre skydd åt misshandlade kvinnor, men stödet omfattar inte de papperslösa kvinnor som lever i Sverige utan tillstånd. En lag har antagits som innebär att kvinnor som utsatts för människohandel kan få ett halvårs uppehållstillstånd om de bidrar till att lagföra människohandlarna, men kvinnor som inte vågar vittna eller vågar återvända till hemlandet efter att ha vittnat, riskerar att hamna bland de papperslösa.

Genom att den svenska staten inte erbjuder skydd och vård åt våldsutsatta kvinnor i dagens Sverige om de är papperslösa, särbehandlas en extremt utsatt grupp.

Även papperslösa gravida kvinnors rätt till hälsa kränks genom avsaknad av nationellt regelverk som ger dem subventionerad tillgång till mödra- och förlossningssjukvård. Avsaknad av mödravård utsätter gravida kvinnor och deras barn för allvarliga akuta och långsiktiga risker. Att gravida kvinnor nekas mödravård eller avstår på grund av att de inte har råd att betala, kan i vissa fall vara livsfarligt för både mor och barn.

Regelbundna mödravårdskontroller är ett erkänt enkelt och billigt sätt att främja hälsa och förebygga mödra- och spädbarnsdödligheten. Svensk mödrahälsovård har varit mycket framgångsrik och är internationellt välkänd. Uteslutningen av papperslösa kvinnor från denna vård riskerar inte bara att öka riskerna för lidande och för tidig död utan riskerar även att bli kostsam för svenska staten.

Folkhälsoperspektivet

En annan aspekt av särbehandlingen av papperslösa patienter i svensk vård är att folkhälsan riskeras. Denna risk skall inte överdrivas men faktum är att det från ett folkhälsoperspektiv är olämpligt att låta en folkgrupp stå utanför vården eftersom det kan medföra en ökad risk för spridning av smittsamma sjukdomar. Smittskyddet innebär ett ansvar för att skydda befolkningen och förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och resistenta bakterier. När den svenska staten väljer att exkludera en grupp i samhället från sjukvård så är detta inte enbart en kränkning av dessa individers rätt till hälsa utan staten utsätter även andra delar av samhället för fara.

Detta blir extra tydligt i de fall då människor med tuberkulos eller HIV söker sig till frivilligorganisationerna för behandling. Ett antal papperslösa patienter som har vänt sig till Läkare i Världen eller Röda Korsets vårdnätverk har konstaterats lida av behandlingskrävande tuberkulos. Det har förekommit att

gravida kvinnor som visat sig vara HIV-positiva inte har fått diagnosen förrän strax innan eller efter att barnet fötts, eftersom de inte varit på mödravårdskontroller under graviditeten. Därmed har insatser för att hindra smittöverföring till barnet påbörjats alltför sent, med ökad risk för HIV även hos barnet. Utan ett tydligt regelverk har det visat sig vara svårt att få dessa patienter under behandling trots att det föreligger en uppenbar risk för spridning av en livshotande sjukdom.

Föreningen Läkare mot aids skriver i sitt remissyttrande angående lagrådsremissen kring smittspridning: *"Alltför ofta vågar inte gömda personer söka sig till sjukvården på grund av kostnader och oro för att vårdpersonal i strid mot sekretesslagen kommer att kontakta polisen. Detta kan leda till att allvarliga och smittsamma sjukdomar som exempelvis hiv-infektion och tuberkulos förblir oupptäckta och obehandlade längre än nödvändigt med ökat lidande och ökad smittspridning som konsekvens."*

Det ekonomiska perspektivet

Det är ett välkänt faktum att akutvård är betydligt dyrare än förebyggande vårdinsatser inom primärvården. Sveriges satsningar på utbyggnad och förstärkning av primärvården drivs bland annat av den ekonomiska kalkylen att förebyggande sjukvård blir ekonomiskt lönsam i ett långsiktigt perspektiv. Att papperslösa i Sverige enbart har tillgång till så kallad "omedelbar vård", innebär i praktiken att en papperslös patient tvingas att vänta tills sjukdomstillståndet blir så akut att man kan söka sig till en akutmottagning. Detta innebär inte bara ett stort lidande för dessa patienter utan även ökade kostnader för samhället. Mycket talar alltså för att sjuk- och hälsovård på lika villkor även för papperslösa och asylsökande skulle minska samhällets kostnader. Detta har bekräftats till exempel av siffror från Stockholms Läns Landsting, där vården för asylsökande år 2004 utökades istället för att begränsas till den lagstadgade miniminivån "vård som inte kan anstå". Resultatet blev att flyktingsjukvården fick en budget i balans efter att tidigare ha gått back med 30 miljoner om året. Förklaringen var, enligt dåvarande sjukvårdssamordnaren Christan Foster, att när patienterna tas emot i den billiga öppenvården undviks dyra akutinläggningar. (Refererat från hearing i Riksdagshuset 13 februari 2008. Se även intervju Sydsvenskan 07-06-09)

Skulder

Det är viktigt att poängtera att den akuta vård papperslösa patienter erbjuds är vård med eget betalningsansvar. När patienten saknar möjlighet att betala för den utförda vården får individen en skuld till landstinget. För ett enkelt besök till en akutmottagning blir den papperslöse skyldig 2000 kronor. En okomplicerad förlossning kostar allt ifrån 20 000 kronor och uppåt. Skulle man ha otur att bryta benet kan räkningen uppgå till 60 000 kronor eller mer. De papperslösa patienter frivilligorganisationerna möter på sjukvårdsklinikerna är oftast mycket fattiga. De har inte möjlighet att betala dessa summor och sannolikheten att hamna i en skuldfälla är stor. I enstaka fall kan en patients skuld till landstinget till fem eller sexsiffriga belopp. Sveriges kommuner och landsting har uppmärksammat staten på problematiken men inte fått gehör för kraven på ett statligt kostnadsansvar.

Det är orimligt att personer som fått permanent uppehållstillstånd efter förnyad asylansökan skall börja sin vistelse i landet med en stor skuld till landstinget som de saknar möjlighet att hantera. Det är också orimligt att skicka signaler till redan utsatta individer som kan leda till att de inte söker vård av oro för att de inte ska ha råd. Med det systemet riskerar vi att få en situation där papperslösa patienter inte ens upplever sig ha tillgång till akutvård och där valet står mellan skuldsättning eller akut hjälp. Detta måste lösas genom att ge subventionerad vård även till papperslösa och genom att möjliggöra avskrivning av fordringar för papperslösa och före detta papperslösa som redan nu står i skuld.

I medierapporteringen om vård för papperslösa missuppfattas ofta kravet på att vårdbehövande inte ska behöva betala den fulla kostnaden. Journalisten kanske inte inser vilka belopp det rör sig om utan tror att frågan handlar om att slippa patientavgiften som alla andra får betala. Har man inte heller uppfattat hur snävt begreppet "akut vård" är, så är steget inte långt till rubriker om gratis vård för illegala och en

snedvriden diskussion. Men kravet från vårdpersonal och frivilligorganisationer är inte att papperslösa ska prioriteras framför andra, utan tvärtom att ingen ska särbehandlas. En annan sak är att vården inte bara ska finnas i teorin utan den ska också vara tillgänglig för patienten. Den ovan nämnda kommentaren CG14 till FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter talar "availability" och "accessibility". Det betyder att fattiga patientgrupper, såväl papperslösa som andra, kan behöva mer subventionerad vård för att vården i praktiken skall kunna ges på lika villkor.

Sverige i jämförelse med andra EU-länder

Att Sverige inte kan erbjuda en högre vårdnivå än andra jämförbara länder framförs ibland som ett argument mot tillgång till vård för asylsökande och papperslösa. Men verkligheten är den omvända. PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) är en samorganisation som arbetar för papperslösa människors rättigheter i Europa. År 2007 genomförde PICUM en jämförande studie över tillgängligheten för vård för papperslösa inom elva EU länder, däribland Sverige. Efter genomgång av tillgången till vård i dessa elva länder, kunde författarna dela upp länderna i sex kategorier.

Sverige hamnade tillsammans med Österrike i den "lägsta" kategorin, det vill säga med den mest restriktiva lagstiftningen. I den andra änden av skalan utmärkte sig Italien och Spanien som när undersökningen gjordes erbjöd fri vård till alla (även om tillämpningen enligt PICUM kunde brista). Övriga undersökta länder, främst Frankrike, Belgien och Nederländerna, har lagstiftat i frågan och ger människor utan legal status tillgång till olika grad av fri eller subventionerad hälso- och sjukvård. Även Storbritannien, Portugal, Tyskland och Ungern har liknande möjligheter i sin lagstiftning, men i mer begränsad omfattning. I Sverige finns det över huvud taget inget regelverk som nämner gruppen papperslösa, vilket placerar oss i bottenligan när det gäller lagstiftning.

Det är dock inte bara lagstiftningen som är ett hinder för att få vård. 2008 genomförde Läkare i världen en uppföljande undersökning om tillgång till vård för papperslösa i Europa (*Läkare i världens kartläggning av tillgången till vård i Europa, 2009*). Av denna framgår att tillgång till vård påverkas av många faktorer. Sammanlagt medverkade 1218 papperslösa genom att svara på frågor om hälsotillstånd och levnadsförhållanden. Undersökningen genomfördes i 11 länder – Belgien, Frankrike, Grekland, Italien, Nederländerna, Portugal, Schweiz, Spanien, Storbritannien, Tyskland och Sverige.

Nästan 70 % av de tillfrågade hade stött på hinder då de sökt vård. De vanligaste hindren som nämns är komplicerade vårdssystem och kostnader för läkarbesök. 69 % uppgav att vårdsystemen var komplicerade och att de haft administrativa svårigheter (intyg som var svåra att få fram, att de skickades från ett ställe till ett annat, mm) Dessa hinder var vanligast i Belgien, Storbritannien och Sverige.

Av de intervjuade uppgav 14 % att de blivit nekade vård vid det senaste sjukdomstillfället. Denna andel var störst i Nederländerna – där det inte finns några särskilda inrättningar för papperslösa – (en tredjedel av de intervjuade), i Storbritannien och i Sverige (en fjärdedel av de intervjuade).

Rasism i allmänhet och rasism i vården nämns ofta. Av de intervjuade hade 36 % utsatts för rasism under det senaste året, varav en femtedel hade stött på rasism i vården (i synnerhet i Sverige, Storbritannien och i Grekland).

Enligt rapporten från Läkare i världen är det också vanligt att papperslösa ger upp att söka vård, även bland dem som har kroniska eller allvarliga sjukdomar. Av de intervjuade hade 41 % gett upp att söka vård för sig själva under de senaste tolv månaderna (uppemot 68 % i Sverige, vilket är det högsta procentuella antalet i jämförelsen), och 29 % hade till och med avstått från vård för sina barn. Oftast handlade det då om läkarbesök och vaccineringsar. Att avstå från vård var tre gånger så vanligt bland dem som saknade täckning för vårdkostnader. Detta visar hur stor betydelse de ekonomiska begränsningarna har.

Samhällets ansvar – inte bara frivilligorganisationernas

Vetskapen om situationen för papperslösa i Sverige är inte ny. Bristen på tillgång till vård för papperslösa uppmärksammades redan för många år sedan, bland annat av Läkare i världen som 1995 startade den första mottagningen där frivilliga läkare och annan medicinsk personal gav hjälp och stöd till sjuka människor som befann sig i Sverige utan tillstånd, och som föreföll osynliga för lagstiftare och beslutsfattare. Sedan 1995 har nya kliniker öppnats bland annat i Göteborg där Rosengrenska Stiftelsen finns sedan 1998 och nu drivs i samarbete med Röda Korset. I Malmö startade Deltastiftelsen år 2000. Läkare Utan Gränser introducerade ytterligare en vårdförmedling i Stockholm år 2004, som nu Röda Korset driver sedan 2006. Därefter har liknande initiativ tagits i Linköping, Borås och Varberg. Behovet av ett parallellt vårdsystem byggt på frivilliga insatser finns kvar så länge frågan inte är löst nationellt. Men samtidigt har en utveckling skett i samhället. De papperslösa är inte längre osynliga.

Frivilligorganisationer har vid upprepade tillfälle rapporterat om den utsatta situation som människor lever i, och frågan har diskuterats i riksdagen, i media, vid manifestationer och seminarier.

Medvetenheten om de medicinska och humanitära aspekterna har växt, vilket visar sig på flera sätt.

- Landstingspolitiker och vårdgivare är på många håll beredda att erbjuda vård till papperslösa. I flera landsting och på enskilda sjukhus har detta konkretiserats i nya riktlinjer.
- Vårdprofessionerna är engagerade. I juni 2009 antog 17 yrkesförbund ett gemensamt policyuttalande om att alla människor ska erbjudas vård. Flera vårdyrkesförbund har antagit egna liknande dokument.
- De flesta politiska partier stöder numera kravet på alla människors rätt till vård.

Frivilligorganisationerna är inte längre lämnade ensamma.

Samtidigt som papperslösa på en del håll i landet får tillgång till den vård de behöver, så drabbas andra svårt sjuka människor fortfarande av att vården inte finns för dem. Så länge alla människors rätt till vård på lika villkor inte är lagstadgad och finansierad av samhället, så kommer behövande människor att ställas utanför. Ytterst kommer det i så fall fortfarande att vara frivilligorganisationer som tar ansvar både för att synliggöra de utsatta och driva frågan politiskt - och att ge den vård som annars saknas. Det här är en situation som skapar stor press på enskilda i frivilligorganisationer och även vårdpersonal som vill ta sitt ansvar men arbetar med begränsade resurser. Dessa konfronteras med hur papperslösa kränks genom att de nekas tillgång till sjukvård, men också av den högst otillfredsställande egna situationen att möta en människas basala behov av sjukvård med frivilliginsatser och omvägar.

Rätt till sjukvård – en migrationspolitisk fråga?

Vård skall inte styras av migrationspolitik. Att lindra människors lidande är en fråga som inte skall kopplas till frågan om människor har rätt att vara i landet eller inte. Vårdens uppgift är inte att agera förlängd arm åt Migrationsverket eller svensk polis, utan att ge vård efter behov, enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Trots detta berövas papperslösa sina sociala rättigheter och deras hälsa används som påtryckning för att få dem att lämna landet.

Frivilligorganisationernas bild av asylsökande individers vistelse i Sverige är att den styrs av helt andra faktorer än tillgång till vård. Frågan är om det är ett rimligt antagande att en person från Iran eller Somalia – kanske med hela sin familj – väljer att inte försöka ta sig just till Sverige, eller väljer att åka tillbaka till sitt hemland, för att ett läkarbesök kostar 2000 kr? Att döma av frivilligorganisationernas erfarenheter är det betydligt troligare att personen kommer att stå utan vård.

Av den europeiska kartläggningen från Läkare i världen som publiceras 2009 framgår att de papperslösa som intervjuats framför allt har flytt från fattigdom, faror eller frihetsinskränkningar och vill säkra en framtid för sina barn. 56 % uppger att de migrerat av ekonomiska skäl. Mycket ofta uppger de att de kommit av politiska, religiösa eller etniska skäl, sexuell läggning eller flykt undan krig (26 %) – skäl som egentligen ska ge rätt till politisk asyl. Endast 6 % uppger att de kommit till Europa av hälsoskäl. Ändå hade 16 % något kroniskt hälsoproblem vid undersökningstillfället som de hade känt till innan de emigrerade.

Undersökningen visar inget samband mellan migration av hälsoskäl och vilken tillgång papperslösa har till vård i mottagarlandet. Efter Frankrike, som har en relativt fördelaktig inställning till allas tillgång till vård, är det i Grekland och Sverige, två länder där det inte finns någon möjlighet till ersättning för vårdkostnader, som personer oftast uppger att hälsan varit ett skäl till deras migration.

Uppfattningen att tillgång till sjukvård skulle utgöra en ”*pull-factor*”, d.v.s. locka migranter till landet, medan brist på sjukvård skulle vara en ”*push-factor*”, d.v.s. något som får papperslösa att lämna landet motsägs även av tidigare forskning. En serie forskningsrapporter beställda av det brittiska inrikesdepartementet om asylsökandes incitament och val av asylland (främst Zetter m.fl. nr 259/2003) samt en bred studie av 20 OECD-länders försök att styra asylinvandringen under en femtonårsperiod (Thielemann 2004), visar liknande resultat. Det avgörande för mängden asylsökande är enligt dessa rapporter händelseutvecklingen i ursprungsländerna. Vart flykten ställs beror delvis av historiska band med mottagarländerna, men också av de praktiska möjligheterna att nå olika länder. Dessa kan påverkas av visumregler och liknande, men också av smugglares val. Ytterligare en faktor som kan få kraftig effekt på tillströmningen är asylpolitiken i respektive land, d.v.s. möjligheten att få skydd – liksom tillgången på arbete har betydelse för arbetssökande. Men övriga förhållanden i mottagarländerna, såsom sociala rättigheter för asylsökande, har knappast visat någon mätbar effekt. Detta mönster noteras även i en kommande artikel av Hans E. Andersson och Susanna Nilsson, som undersökt orsakerna till att Sverige flera gånger valt att utöka vissa sociala rättigheter för asylsökande och papperslösa.

Det är svårt att hitta vetenskapliga studier som visar på ett samband mellan migration och tillgång till vård. Trots detta finns en utbredd tro på att ”medicinsk turism” är vanlig och utgör ett stort problem. Detta föder myter med grymma undertoner, nämligen att de papperslösa kommer att lämna landet om de konsekvent fråntas alla rättigheter, inklusive tillgång till vård. Om så vore, så skulle det vara ytterligare ett skäl till att skilja vårdfrågan från migrationspolitiken. Det är inte en anständig metod för migrationspolitik att människor som blir sjuka i sin exil ska tvingas från Sverige genom att nekas vård.

På frågan om lika tillgång till vård kan leda till medicinsk turism svarar Henry Ascher, läkare och medicinskt ansvarig för Rosengrenska kliniken: ”Det är inte där problemet ligger. Vi ska också hjälpa grovt kriminella som Engla-mördare och skattesmitare. Självklart ska vi göra det eftersom det inte är vår uppgift att skipa rättvisa. Det ska andra samhällsorgan göra.” [Dagens medicin, 2008-05-20.]

Omedelbar vård - är det tillräckligt?

Lagstiftningen som innebär att den som vistas i Sverige utan tillstånd ändå ska ha tillgång till akutvård, bygger på en bedömning av vad som är nödvändigt för tillfälliga besökare som turister eller gästarbetare. Dessa kan förväntas ha tillgång till full vård vid återvändande till hemlandet. Men det är inte rimligt att anta att papperslösa är lika rörliga som turister. Vårdbehovet måste ses inom ett motsvarande och rimligt tidsperspektiv. Ett argument som att ”ingen nekas akutvård” räcker inte för papperslösa eftersom de vistas i Sverige under längre tidsperioder och i de flesta fall inte har möjlighet att söka vård utanför Sverige. Otydligheten i vad som ingår i begreppet ”omedelbar vård” medför även att patienterna utlämnas till olika oftast villrådigas vårdgivares bedömning. Det har till exempel ifrågasatts om livsavgörande behandling som inte krävs för överlevnad idag men om två veckor kan sättas in eller inte. I praktiken kan det förekomma helt olika bedömningar och en godtycklighet som medför att patienterna blir utlämnade på ett sätt som står i klar motsättning till Hälso- och Sjukvårdslagen. Det finns också en risk att insatserna avgränsas så att de inte omfattar kontroll och fortlöpande behandling av vissa kroniska sjukdomar som exempelvis diabetes, hypertoni, cancerkontroller och HIV. Sådana kontroller kan minska riskerna för allvarliga och livshotande komplikationer.

Asylsökande erbjuds i Sverige vård som kan definieras som ”omedelbar vård” och ”vård som inte kan anstå”. I EU-direktivet 2003/9/EG om miniminormer för mottagande av asylsökande lyfts frågan fram om människor som varit utsatta för tortyr eller andra svåra övergrepp. Artikel 18 behandlar underåriga och artikel 20 offer för tortyr och våld. Medlemsstaterna skall, om nödvändigt, se till att personer som

utsatts för tortyr, våldtäkt eller andra grova våldshandlingar erbjuds nödvändig behandling för skador som förorsakats av dessa gärningar. EU-direktivet är bindande. Sverige har dessutom ratificerat FN:s konvention mot tortyr där Sverige bl.a. påtagit sig ansvaret att rehabilitera människor som varit utsatta för tortyr. Erfarenhet visar dock att med en begränsning i tillgång till vård för asylsökande så är det ingen självklarhet att asylsökande och flyktingar som upplevt krig på nära håll, blivit torterade eller utsatts för andra svåra övergrepp får den fysiska och psykiska rehabilitering de behöver. Även av den anledningen måste det anses som angeläget att sjukvården ges utan diskriminering så att asylsökande får den behandling de har rätt till för t.ex. tortyrskador och posttraumatisk stress.

Särskilda risker

Särbehandlingen av papperslösa gör inte bara att de ofta står utan vård; det kan också leda till behandlingar som är osäkra både för patienten och för vården själv. Exempelvis förekommer det regelbundet att papperslösa desperat lånar någon annans identitet för att få vård. Även journalföring blir lätt bristfällig t.ex. då patienter för att skydda sig själva ibland uppger olika namn vid olika tillfällen.

Behov av kunskap och underlag för förändring

För att möjliggöra utveckling av ett nationellt regelverk som speglar den komplicerade socio-ekonomiska verkligheten som människor av idag möter, krävs det av lagstiftarna att de har kunskap. Även vårdgivarna och de enskilda utövarna behöver kunskaper om mänskliga rättigheter, etik och om patienternas behov. Inte desto mindre finns i Sverige en generell brist på kvalitativa och kvantitativa studier och utredningar kring den komplexa livssituation och varierande behov som de papperslösa har. Detta ger utrymme för en förenklad bild av situationen.

I brist på kunskap uppstår diskussionen om vård som "push-" eller "pull-factor", och i förlängningen av detta tanken att tillgången till vård kan användas för att reglera invandringen. De studier som presenterats ovan motsäger att sjukvård eller sociala förmåner avgör vart flyktingar söker sig.

Jämförelser kan göras med den diskussion som uppkom inför EU-utvidgningen då det talades om "social turism" och om rädslan för att en våg fattiga östeuropéer skulle komma till Sverige och utnyttja våra välfärdssystem. Idag ser vi att det inte blev så och att denna oro var byggd på obefogad rädsla och inte på kunskap. Samma obefogade rädsla tar sig nu nya uttryck i diskussionerna kring papperslösas och asylsökandes rätt till vård i Sverige.

Diskussionen inför antagandet av "Lag om Hälso- och sjukvård för asylsökande" 2008 präglades inte bara av brist på respekt för mänskliga rättigheter, utan också av brist på kunskap eller ovilja att söka kunskap om den grupp människor det gällde. Patientperspektivet saknades, liksom hälsomässiga konsekvensbeskrivningar.

Den utlovade utredningen och kommande lagförslag rörande vård till papperslösa måste istället utgå från ett MR-perspektiv. I sina konkreta detaljer måste lagförslaget bygga på ett en beskrivning av behoven av hälso- sjuk- och tandvård hos de människor förslaget berör, en beskrivning av dessa människors bakgrund och behov samt en konsekvensbedömning. Även behovet av fortbildning och system för uppföljningsansvar behöver utredas.

Ett lagförslag om vård för papperslösa som utgår från mänskliga rättigheter och den medicinska etiken måste inkludera alla papperslösa och inte diskriminera någon grupp. Begreppet "vård som inte kan anstå" har redan lett till allt för många problem inom ramen för lagen om vård för asylsökande. Ett nytt lagförslag måste bygga på principen om allas tillgång till sjukvård på lika villkor, utan kategorisering av vården och utan kategorisering av patienterna.

Stockholm september 2009 /SV

Web-tips för mer information

Svensk författningssamling

Här finns alla svenska lagar och förordningar i fulltext:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3910>

Lokala beslut och riktlinjer angående sjukvård för papperslösa

Denna sammanställning från Rosengrenska innehåller information från följande landsting m.m: Blekinge, Jönköping, Norrlandstingen, Östergötland, Skåne, Stockholm, Sahlgrenska, Sörmland, Linköping, Värmland, Västra Götaland:
<http://www.rosengrenska.org/pdfs/Landstingsbeslut>

Fler notiser om lagar och regler

Från Rosengrenska weblog, innehåller bland annat policybeslut från olika vårdförbund:
<http://www.rosengrenska.org/weblog/rosengrenska/Omlagarochregler/>

Rätt till vård-initiativet

Initiativet, undertecknarna samt länkar till artiklar och annan information:
<http://www.vardforpapperslosa.se/>

Papperslösas rätt till vård

Ett projekt inom IFMSA-Sweden. Hemsidan innehåller aktuell information och kampanjer:
<http://www.vardforalla.se/>

Exempelsamling

Denna sida från IFMSA innehåller exempel på vilka konsekvenserna kan bli för patienterna av den nuvarande särbehandlingen av papperslösa. Exempelen kommer både från landstingsvård och från frivilligorganisationer:
<http://www.vardforalla.se/fallbeskrivningar.asp>

Vårdsnätverken, allmän information

Rosengrenska: <http://weblog.rosengrenska.org>
Läkare i världen: <http://www.lakareivarlden.org>
Nätverket för papperslösa i Linköping: <http://www.papperslosa.se>
Svenska Röda Korset: <http://www.redcross.se/prohealth>

Barn utan papper

Rädda Barnens hemsida Utanpapper.nu innehåller frågor och svar för barn samt nyheter för vuxna:
<http://www.utanpapper.nu/>

Internationellt

Internationella konventioner

Konventionerna om mänskliga rättigheter på svenska, från regeringens särskilda mr-hemsida:
http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/pod/?action=pod_show&id=32

Paul Hunts rapport till FN om tillgång till hälsovård i Sverige

Från regeringens mr-sida:
<http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/news/?id=540>

Rapporter från FN:s kommitté för barnets rättigheter

Välj Convention (CRC) och Country (Sweden) för att hitta relevanta dokument:
<http://tb.ohchr.org/default.aspx>

Yakin Ertürks rapport om våld mot kvinnor i Sverige:

http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/faq/?module_instance=3&action_question_show.3041.o.=

Rapport från FN:s kommitté mot rasdiskriminering, samt länk till FN-förbundets parallellrapport:

http://www.humanrights.gov.se/extra/pod/?id=47&module_instance=5

Världshälsoorganisationens rapporter om hälsa och mänskliga rättigheter

Välj Issue No 4, "International migration, health and human rights":
<http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/>

EU-direktivet om minimivillkor för mottagande av asylsökande

Hämta från EU-kommissionens databas EUR-Lex:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003L0009:SV:HTML>

Lissabondeklarationen och Tokyodeklarationen

Hämta policydokument från The World Medical Association på Läkarförbundets hemsida:

<http://www.slf.se/templates/ArticleList.aspx?id=21041>

PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants

Sök till exempel rapporten "Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe":

<http://www.picum.org/>

Läkare i världens kartläggning av tillgången till vård i Europa, andra rapporten, september 2009

<http://www.lakareivarlden.org/>

Övriga källor som nämns i dokumentet:

Intervju med Christian Foster om kostnaderna för vård till asylsökande i Stockholm:

<http://sydsvenskan.se/skane/article244534/Oppna-dorrrar-gav-lagre-kostnader.html>

Artikel av dr Poul Kongstad i Läkartidningen 2005; sök på namn och årtal:

<http://lartarkiv.lakartidningen.se/>

Intervju med dr Henry Ascher i Dagens Medicin 08-05-20:

<http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2008/05/20/lakare-vadjar-till-politik/>

Vaughan Robinson and Jeremy Segrott: *Understanding the decision-making of asylum seekers*. Home Office Research Study 243, 2002.

Roger Zetter m.fl: *An assessment of the impact of asylum policies in Europe 1990-2000*, Study 259, 2003.

Hämta rapporterna genom att skriva in titeln på "Home Office" söksida:

<http://search.homeoffice.gov.uk/search?entqr=o&proxycustom=%3CADVANCED/%3E>

Eiko R. Thielemann: *Why EU Policy Harmonisation Undermines Refugee Burden-Sharing*. National Europe Centre Paper No. 101, London School of Economics:

<http://dspace.anu.edu.au/handle/1885/41488>

Kommande: Hans E. Andersson och Susanna Nilsson: *Asylum Seekers and Undocumented Migrants' Increased Social Rights in Sweden*. Kommande nr av International Migration, IOM:

http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=index&cPath=6

Kontakter

Adresser för kontakt med de mottagningar som ger vård till papperslösa i Sverige:

Läkare i världen (Stockholm)

Jourtelefon: 0708-16 21 61
Tel: 08-664 66 87
Fax: 08-663 66 86
E-post: info@lakareivarlden.org
<http://www.lakareivarlden.org>

Svenska Röda Korset (Stockholm)

Jourtelefon: 0709-40 67 23,
telefontid månd-torsd 9.30 – 11.30
E-post: papperslos@redcross.se
<http://www.redcross.se/prohealth>

Rosengrenska/Röda Korset region Väst (Göteborg)

Jourtelefon: 0704-06 66 70
E-post: kliniken@rosengrenska.org
<http://www.rosengrenska.org>
<http://www.redcross.se/prohealth>

Deltastiftelsen (Malmö)

Jourtelefon: 0739-08 48 28
E-post: deltastiftelsen@gmail.com
<http://www.deltastiftelsen.se>

Liljengrenska (Varberg)

Jourtelefon: 0768-93 95 93,
telefontid alla kvällar 18.00 – 19.00
E-post: liljengrenska@hotmail.com

”Porten” (Borås)

Jourtelefon: 0735-63 20 80,
telefontid onsdagar 17.30 – 19.00

Tinnerökliniken

Vård för Papperslösa i Östergötland
E-post: info@papperslosa.se
<http://www.papperslosa.se>