

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

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING:**

<b>Introduktion .....</b>	<b>2</b>
<b>Det människorättsliga perspektivet .....</b>	<b>2</b>
<b>Det humanitära perspektivet.....</b>	<b>3</b>
<b>Det medicinsk-etiska perspektivet .....</b>	<b>4</b>
<b>Det barnrättsliga perspektivet .....</b>	<b>5</b>
<b>Det kvinnorättsliga perspektivet .....</b>	<b>7</b>
<b>Folkhälsoperspektivet .....</b>	<b>8</b>
<b>Det ekonomiska perspektivet .....</b>	<b>8</b>
Skulder .....	8
<b>Hjälp till självhjälp .....</b>	<b>9</b>
<b>Frivilligorganisationer lämnade ensamma.....</b>	<b>9</b>
<b>Sverige i jämförelse med EU-länder (PICUM studie) .....</b>	<b>10</b>
<b>Rätt till sjukvård – en migrationspolitisk fråga?.....</b>	<b>10</b>
<b>Omedelbar vård - är det tillräckligt? .....</b>	<b>10</b>
Risker .....	11
<b>Behov av kunskap .....</b>	<b>11</b>
<b>Kontakter.....</b>	<b>13</b>

## Introduktion

Det här dokumentet är ett försök att försöka samla så många argument som möjligt till stöd för att asylsökande och papperslösa migranter i Sverige idag bör ha tillgång till sjukvård på lika villkor som den övriga befolkningen. Egentligen borde den grundläggande idén om människors lika värde vara tillräckligt argument för lika vård på lika villkor för alla, men för att bredda diskussionsmöjligheterna sammanställdes argumenten i denna text.

Inledningsvis bör också göras klart att i dokumentet används definitionen papperslösa migranter. Med det begreppet avses alla de människor som vistas i Sverige utan ett specifikt tillstånd från staten att göra så. 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. Grundläggande för argumenten som presenteras är att de inte på något vis avser ta ställning till skälen att människor vistas i Sverige, utan att tillgången till sjukvård skall gälla oavsett. Inte heller tar de ställning till Sveriges policier för att reglera migration.

## 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." [Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva: United Nations Economic and Social Council. 11/08/2000]. 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)

Enligt Paul Hunt uppfyller Sverige alltså inte sina internationella åtaganden genom att behandla asylsökande och papperslösa migranter 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 man exkluderar papperslösa migranter och asylsökande från vård på lika villkor i Sverige, utsätter man inte enbart den enskilda individen för en kränkning. Här bidrar även Sverige till att underminera innebörden av de mänskliga rättigheterna genom att reducera dessa till rättigheter som 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 man vistas. Detta riskerar att allvarligt undergräva Sveriges möjligheter att på ett trovärdigt sätt arbeta för mänskliga rättigheter på det internationella planet.

Om Sverige erkänner människors lika värde – vilket är kärnan i de mänskliga rättigheterna – så måste det bli märkbart i nationell lagstiftning och policies. Implementeringen och integreringen av rätten till hälsa måste börja synas i de nationella riktlinjer och lagar som styr vården genom att asylsökande och papperslösa migranter 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.

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

## Det medicinsk-etiska perspektivet

Den medicinska etikens mest grundläggande princip är 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 och 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.

I dagens samhälle sanktioneras särbehandling av asylsökande och papperslösa i de svenska överenskommelser och riktlinjer som styr vården. För dem som är verksamma i vården och möter de vårdbehövande 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 börjar särbehandla 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 migranter. Avsaknaden av ett statligt finansierat system för att ersätta kostnaderna för vårdinrättningar som behandlar papperslösa migranter, 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 migranter inte får vård beror oftast inte på läkares ovilja att behandla utan på att systemet förhindrar att mötet mellan läkare och patient sker. Ytterst ansvariga för att den medicinsk-etiska värdegrunden skall kunna efterlevas är därför politiker och beslutsfattare inom vården. Den politiska oviljan att erkänna papperslösa migranter 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 Kongsgård, chefläkare Region Skåne skriver i Läkartidningen (Kongsgård, 2005) ”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.”

Det är inte heller kompatibelt med Hälso- och sjukvårdslagens målsättning att tillhandahålla hela befolkningen en god hälsa på lika villkor.

## II Fakta

### 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.

### 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. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.

### 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.

### 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.

## 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 har i sina slutsatser för år 1999 påtalat situationen för ”gömda barn” och rekommenderat Sverige att ompröva sin politik i syfte att utöka tillgänglig service utöver akut hälso- och sjukvård. I kommitténs rapport för år 2005 beklagar man att rekommendationen beträffande diskriminering av ”gömda barn” inte beaktats tillräckligt.

För närvarande är situationen i Sverige sådan att barn och ungdomar under 18 år som är asylsökande eller tidigare har varit asylsökande har rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård på samma villkor som barn och ungdomar som är bosatta inom landstinget. Denna rätt är inte stadgad i lag utan bygger på en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet.

Överenskommelsen gäller dock inte alla barn utan papper, utan grupper av barn exkluderas. *Barn som faller utanför är:*

- Barn som vistas i Sverige utan att ha ansökt om uppehållstillstånd
- Barn som vistas i Sverige och har ansökt om uppehållstillstånd grundat på anknytning
- Barn som är födda i Sverige, vars föräldrar är asylsökande och aldrig har ansökt om uppehållstillstånd för barnet

Dessa barn har inte någon uttrycklig rätt till vård utöver ”omedelbar hälso- och sjukvård” till full kostnad, på samma sätt som gömda vuxna.

Situationen idag är alltså långt ifrån vad Barnkonventionen föreskriver – som det ser ut nu är inte alla barn i Sverige berättigade till sjukvård, utan huruvida barnet har denna rätt eller ej hänger samman med barnets legala status.

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 familjernas rädsla för att kontakter med offentliga vårdinrättningar kan leda till att andra myndigheter underrättas.

Vuxnas möjlighet till god vård är av stor vikt ur ett barnrättsperspektiv. Föräldrarnas fysiska och psykiska hälsa är av avgörande betydelse för både för att den påverkar barnens hälsa och för att föräldrarna skall kunna ge barnet den omvårdnad det behöver. 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 överföras från modern till barnet.

Ytterligare en allvarlig följd av särbehandlingen av papperslösa är att nyfödda barn till papperslösa inte registreras i folkbokföringen och därför inte existerar i juridisk mening. Barnet kan inte sändas med föräldrarna till deras hemland saknar också medborgerskap och andra rättigheter i Sverige. 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 således i en extremt utsatt situation. Om barnet försvinner, kidnappas, dödas eller utnyttjas kommer sannolikt ingen att reagera.

## Det kvinnorrättsliga perspektivet

På de mottagningar som frivilligorganisationerna driver för papperslösa migranter ser man att kvinnor är en särskilt utsatt grupp. Vid Röda Korsets vårdförmedling i Stockholm är två tredjedelar av patienterna kvinnor. Kvinnors utsatta roll som barnaföderskor och som offer för sexuellt och annat våld, avspeglar sig bland de patienter som söker sig till sjukvårdsmottagningarna för papperslösa. Sverige kallas ibland för världens mest jämställda land som värnar om kvinnors mänskliga rättigheter, men de papperslösa kvinnorna och deras specifika problemsituation är i stora delar osynliggjorda i Sverige.

Sverige har ratificerat FN:s konvention om avskaffandet av alla former av diskriminering mot kvinnor där man bl.a. erkänner att kvinnor är i särskilt behov av skydd då fattigdom och oro slår extra hårt mot kvinnor och i förlängningen mot barnen.

Sverige har också nyligen haft besök av FN:s specialrapportör Yakin Ertürk som i en rapport från 2007 granskar våldet mot kvinnor i Sverige. I den rapporten lyfter han fram sårbara grupper bland kvinnor och där ser han att kvinnor utan giltiga uppehållstillstånd är särskilt utsatta. Han menar att dessa kvinnors legala status gör att de motvilligt söker hjälp hos myndigheter och de förblir därför lättare fångna i relationer där våld är vardag. De är i stora delar 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 trafficking eller människohandel. 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 presenterade under januari 2007 en proposition som innebär att kommunerna måste erbjuda bättre skydd åt misshandlade kvinnor, men den omfattade inte de papperslösa kvinnor som lever i Sverige utan uppehållstillstånd.

Utöver det att den svenska staten inte erbjuder skydd och vård åt alla våldsutsatta kvinnor i dagens Sverige så kränks även papperslösa gravida kvinnors rätt till hälsa genom avsaknad av nationellt regelverk som ger dem tillgång till mödra- och förlossningssjukvård. Denna avsaknad av mödravård utsätter gravida kvinnor och deras barn för allvarliga akuta och långsiktiga risker. I ett fall utvecklade en gravid kvinna i Stockholm havandeskapsförgiftning vilket utan behandling leder till död både för mor och barn. Hon blev nekad kontroller på en mödravårdscentral då hon saknade pengar att betala. När kvinnans tillstånd blev akut kördes hon till sjukhus av vänner. Där genomgick hon ett akut kejsarsnitt för att rädda barnets och hennes liv. Barnet svävade mellan liv och död under några veckor, gravt utvecklings hämmat och kvinnans tillstånd krävde eftervård och uppföljning under flera månader.

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



## **Folkhälsoperspektivet**

En annan aspekt av särbehandlingen av papperslösa migranter i svensk vård är att det kan påverka folkhälsan. 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. När den Svenska staten väljer att exkludera en grupp i samhället från sjukvård, de papperslösa migranterna, så är inte detta enbart en kränkning av deras rätt till hälsa utan man utsätter även större delar av samhället för fara.

Det blir extra tydligt i de fall då människor med tuberkulos söker sig till frivilligorganisationerna för hjälp med behandling. Under det senaste året har 4-5 personer, som lever som papperslösa migranter i Sverige, via Röda Korset konstaterats lida av tuberkulos som varit behandlingskrävande. 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.

## **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 sista ändan. Papperslösa migranter i Sverige har tillgång till så kallad ”omedelbar vård”, vilket i praktiken innebär att en papperslös tvingas att vänta tills dess 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.

## **Skulder**

Det är också viktigt att poängtera att den vård papperslösa migranter erbjuds är omedelbar vård, men med eget betalningsansvar. När individen saknar möjlighet att betala för den utförda vården får individen en skuld till lanstinget. 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 efter ett sådant besök på sjukhuset uppgå till 63 000 kronor. 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. Inte sällan uppgår en patients skuld till landstinget till fem eller sexsiffriga belopp.

Enligt Stockholms läns landstings nuvarande praxis för hantering av dessa skulder skall vårdgivarna göra en betalningsutredning och lämna ärendet vidare till inkasso respektive kronofogden.

När många familjer fick uppehållstillstånd enligt den nya utlänningslagen väcktes frågan om hur fordringarna skulle hanteras av landstingen. 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 att de inte har råd med den absolut nödvändiga vården. Med det systemet riskerar vi att få en situation där papperslösa migranter 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 till landstinget.

## Hjälp till självhjälp

Hälsa är en viktig förutsättning för hållbar mänsklig utveckling med direkta konsekvenser för reducering av fattigdom, social välfärd, politisk stabilitet och ekonomisk tillväxt. Man brukar säga att hälsa och ohälsa är länkat till den enskilda individens uppfattning om sina möjligheter att agera och påverka sin egen situation.

För att en individ ska kunna lyfta sig själv ur sin förlamning och ta sig vidare från ”papperslösheten” så bör man åtminstone ha den mest grundläggande rätten att få sjukvård. Många papperslösa migranter i Sverige har så dålig hälsa att de hamnat i en nedåtgående spiral och har inga möjligheter att hjälpa sig själva till någon form av beslut.

## Frivilligorganisationer lämnade ensamma

Vetskapen om situationen för papperslösa är inte ny. Bristen på tillgång till vård för papperslösa migranter uppmärksammades redan för många år sedan, bland annat av Läkare i världen som 1995 startade den första hemliga mottagningen med frivilliga läkare och annan medicinsk personal gav hjälp och stöd till sjuka människor som befann sig utan uppehållstillstånd i Sverige. Det är tolv år sedan. Sedan dess har nya kliniker öppnats bland annat i Göteborg där Rosengrenska Stiftelsen finns sedan 1998. I Malmö startade Delta Stiftelsen år 2000. Läkare utan gränser började sin vårdförmedling år 2004 och som nu Röda korset driver sedan 2006. Behovet av ett parallellt vårdssystem byggt på frivillig insatser ser år 2007 inte ut att minska utan snarare tvärtom. Trots detta förblir gruppen papperslösa migranter i stort sett osynliga för de politiskt ansvariga i Sverige. Frivilligorganisationer har vi upprepade tillfälle rapporterat om den utsatta situation som människor lever i, men känner att de fortsatt lämnas ensamma att hantera den svåra situation som människor hamnar i när de inte får vård. Den politiska viljan finns inte att synliggöra de mest utsatta i vårt samhälle. Det här är en situation som skapar stor press på lokala aktörer som frivilligorganisationer och även vårdpersonal som ofta arbetar med begränsade resurser. Dessa frivilligorganisationer konfronteras dagligen med hur papperslösa migranter 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. Genom att inte föra en diskussion kring papperslösas situation osynliggör de politiskt ansvariga inte bara papperslösa, men också det arbete som frivilligorganisationer gör.

## **Sverige i jämförelse med EU-länder (PICUM studie)**

PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) är en plattformorganisation och som jobbar för papperslösa människors rättigheter i Europa. De håller just nu på att göra en jämförande studie om tillgängligheten för vård för papperslösa migranter inom elva EU länder, däribland Sverige. Utav dessa elva länder tillhör Sverige de mest restriktiva länderna i EU i hur stor tillgängligheten är för vård för papperslösa. Enligt PICUM har länder som Belgien, Frankrike, Italien och Spanien lagstiftat i frågan och ger därmed människor utan legal status tillgång till olika grad av fri eller subventionerad hälso- och sjukvård. I Sverige finns det inget regelverk som nämner gruppen papperslösa migranter och fram tills nu verkar man ha valt att betrakta gruppen som inte existerande. ([www.picum.org](http://www.picum.org))

## **Rätt till sjukvård – en migrationspolitisk fråga?**

Vård skall inte styras av den politiska agendan. Att lindra människors lidande är en fråga som inte skall kopplas till migrationspolitik eller 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 och medicinsk behandling efter behov och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Uppfattningen att tillgång till eller brist på tillgång till sjukvård skulle kunna utgöra en ”*pull-factor*”, d.v.s. locka migranter till landet, eller en ”*push-factor*”, d.v.s. en faktor som får papperslösa att lämna landet motsägs bestämt av aktuell forskning. Genom att beröva papperslösa deras sociala rättigheter och använda deras hälsa som påtryckningsmetod för att få dem att lämna landet, använder sig svenska staten av en omänsklig och oacceptabel form av utpressning som är ovärdig ett civiliserat land.

## **Omedelbar vård - är det tillräckligt?**

Vad det gäller papperslösa migranter är det enligt de frivilligorganisationer som möter gruppen rimligt att anta att de inte är lika rörliga som tillfälliga turister eller gästarbetare. Brist på rörlighet hos en patientgrupp innebär även att vård måste ses inom ett motsvarande och rimligt tidsperspektiv. Ett argument som att ”ingen nekas akutvård” räcker inte för papperslösa migranter eftersom de vistas i Sverige under längre tidsperioder och i de flesta fall inte har möjlighet att söka vård utanför Sverige.

Det har också mot bakgrund av definitioner som ”omedelbar vård” ifrågasatts om livsavgörande behandling som inte krävs för överlevnad idag men om två veckor kan sättas in eller inte. Otydligheten i vad som ingår i begreppet ”omedelbar vård” medför även att patienterna utlämnas till olika oftast villrådiga vårdgivares bedömning. I

praktiken innebär det oerhört olika bedömningar och en godtycklighet som medför att patienterna blir utlämnade på ett sätt som står i klar motsättning till HSL §2.

Det är också orimligt att söka avgränsa insatserna så att de inte omfattar fortsatt behandling av vissa kroniska sjukdomar som exempelvis diabetes, hypertoni, cancerkontroller och HIV.

Asylsökande erbjuds i Sverige vård som kan definieras som ”omedelbar vård” och ”vård som inte kan anstå”. I EG-direktivet 2003/9/om miniminormer för mottagande villkor för asylsökande i medlemsstaterna 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. Sverige har i tillägg 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 utsatta för andra svåra övergrepp får den fysiska och psykiska rehabilitering de behöver. Därför måste det anses som angeläget att sjukvården ges utan diskriminering så att det bland annat för asylsökande betyder att de har rätt till behandling för t.ex. tortyrskador och post traumatisk stress.

## **Risker**

Särbehandlingen av papperslösa immigranter 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 migranter 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**

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. Inte desto mindre finns i Sverige en generell brist på kvalitativa och kvantitativa studier och utredningar som visar på den komplexa livssituation och behov som papperslösa migranter har. Myndigheternas bild av situationen är ofta förenklad och formad av att de vill bekämpa den ”illegala” invandringen.

Det är i det här klimatet som diskussioner om tillgång till vård som ”push” eller ”pull” faktor uppstår. Det är dock svårt att hitta vetenskapliga studier som tyder på ett tydligt samband mellan migration och tillgång till vård. Det finns idag faktiskt flera studier som istället motsäger att sjukvård och sociala förmåner fungerar som push- eller pullfaktorer. Erfarenheter pekar på att ”medicinsk turism” till Sverige är ovanligt men trots det är tron på att den är vanlig och ett stort problem utbredd. Detta föder myter med grymma undertoner, nämligen att papperslösa migranter kommer att lämna landet om de

konsekvent fråntas alla rättigheter, inklusive tillgång till vård. Är det rimligt att en person från Iran eller Somalia – kanske med hela sin familj – väljer att inte försöka ta sig till Sverige, eller väljer att åka tillbaka till sitt hemland, bara för att ett läkarbesök kostar 2000 kr i Sverige? Är det inte mer rimligt att de kommer att stå utan vård? Frivilligorganisationernas bild av dessa individers vistelse i Sverige är att det styrs av helt andra faktorer än tillgång till vård.

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.

Det lagförslag som kom år 2005 om sjukvård för asylsökande med flera ändades även det myndigheternas brist på kunskap eller ovilja att söka kunskap om den grupp människor det gällde. Lagförslaget led av en närmast total avsaknad av patientperspektiv. Ett lagförslag av detta slag måste bygga på ett underlag i form av en beskrivning av behoven av hälso- sjuk- och tandvård hos de människor förslaget berör. Detta saknades liksom en beskrivning av dessa människors bakgrund och behov. Inte heller gjordes några hälsomässiga konsekvensbeskrivningar av lagförslaget.

Det nya lagförslaget som nu skrivs utformas av Justitiedepartementet och inte av Socialdepartementet vilket är anmärkningsvärt då SD normalt har ansvar och kompetens för frågor som rör hälso- och sjukvård. Att överlåta ansvaret för sjukvårdsfrågor till JD p.g.a. att det rör asylsökande är lika orimligt som om ansvaret för en tuberkulosepidemi på landets fängelser skulle läggas på Justitiedepartementet. Detta lagförslag har inte heller det föregåtts av någon utredning vilket återigen riskerar att resultera i ett dåligt förslag.

I Region Skåne har man under sommaren och hösten 2007 velat undersöka närmare hur vårdbehovet ser ut hos papperslösa migranter. Under utredningens gång har det visat sig att det varit svårt att få tag på objektiv information kring de papperslösas situation i Skåne och i Sverige, vilket har varit problematiskt. Man säger därför från Region Skåne att man bör undersöka möjligheterna att genomföra årligen återkommande enkätstudier enligt den modell som används i Stockholms läns landsting inom Skåne för att få en bättre bild av antalet papperslösa som söker vård i regionen.

## Kontakter

För kontakt med de mottagningar som ger vård till papperslösa i Sverige kontakta:

### *Rosengrenskastiftelsen (Göteborg)*

Kontaktperson, Anne Sjögren, ordförande

Tel: 0705-75 34 15

e-post: [anne@rosengrenska.org](mailto:anne@rosengrenska.org)

<http://weblog.rosengrenska.org>

Jourtelefon: 0704-06 66 70

### *Deltastiftelsen (Malmö)*

Kontaktperson, Åsa Wieslander,

e-post: [deltastiftelsen@gmail.com](mailto:deltastiftelsen@gmail.com)

Hjälptelefon: 0739-08 48 28

### *Läkare i världen (Stockholm)*

Kontaktperson, Lina Gamble

Tel: 08- 664 66 87

e-post: [info@lakareivarlden.org](mailto:info@lakareivarlden.org)

[www.lakareivarlden.org](http://www.lakareivarlden.org)

### *Svenska Röda Korset (Stockholm)*

Kontaktperson, Charlotta Arwidson, samordnare

Tel: 070-655 8774

e-post: [papperslos@redcross.se](mailto:papperslos@redcross.se)

Hjälptelefon: 0709- 406 723