

Irreguljära immigranter står utanför svensk sjukvård

Dags för Sverige att erkänna
människors lika värde



MATTIAS OHLSON, Stockholm;
Läkare utan gränser (MSF); pro-
jektansvarig, MSFs sjukvårds-
förmedlingsprojekt för irreguljä-

ra immigranter i
Sverige 2005–2006
info@mattias-ohlson.se

Enligt den internationella migrationsorganisationen IOM (International organization for migration) är var 35:e människa i världen en internationell migrant [1]. Internationella migranter består av många olika grupper, bl a asylsökande, flyktingar och gästarbetare.

Under de senaste åren har antalet migranter som uppehåller sig i EU utan legal status, s k irreguljära immigranter, ökat dramatiskt. Man vet inte särskilt mycket om hur stor denna grupp är men uppskattar att mellan 120 000 och 500 000 människor per år kommer in i EU utan nödvändiga papper, och antalet ökar [2]. IOM uppskattar att närmare tre miljoner irreguljära immigranter bodde i Västeuropa 1998 [2]. Osäkerhet råder om det exakta antalet irreguljära immigranter som vistas i Sverige.

Även andra termer än irreguljära immigranter används: »gömda«, »gömda flyktingar«, »papperslösa« eller »illegala invandrare«. På engelska används ofta termerna »undocumented migrants«, »illegal migrants«, »rejected asylum seekers«; i fransktalande länder »sans papier«. I Sverige är det svårt att inte använda termen »gömda«, eftersom den är så inarbetad i medierna. Trots det används här i stället termen »irreguljära immigranter«, vilket är en mer neutral term (i den grad det är möjligt) som undviker att beskriva individen utifrån hennes förhållande till staten (»papperslös«, »illegal«, »gömd») [3].

Drygt 1 300 vårdkonsultationer förmedlade i MSF-projekt

Under perioden januari 2004 till februari 2006 förmedlade svenska MSF drygt 1 300 konsultationer åt irreguljära immigranter. Projektet överlämnades sedan till Röda korset.

Personer i behov av vård fick kontakt med MSF genom ett 30-tal olika frivilligorganisationer, kyrkor och religiösa samfund, advokatbyråer, lokalradiostationer eller genom någon vän eller anhörig som kände till MSFs projekt. Den vårdsökande fick först träffa en sjuksköterska från MSF. I enstaka fall blev personen hjälpt direkt, t ex med receptfri medicin, men i de allra flesta fall hänvisades patienten till någon av det 50-tal specialisläkare, barnmorskor och sjukgymnaster som deltog som volontärer i projektets nätverk.

Konsultation skedde sedan – oftast med hjälp av tolk – direkt

»Enligt organisationen PICUM (Platform for international cooperation on undocumented migrants) tillhör Sverige de mest restriktiva länderna i EU vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård för människor utan legal status ...«

på volontärens ordinarie arbetsplats. Journalföring sköttes av volontären, men MSF behöll övergripande information och samordnade eventuell uppföljning, vidare remittering, provtagning eller uthämtning av mediciner. Komplexa fall krävde ofta dussintals telefonsamtal för all samordning med olika instanser, eftersom det visade sig praktiskt taget omöjligt att använda sjukhusens normala administrativa rutiner.

Patienten behövde inte betala något för konsultationen, men fick betala mediciner själv till fullt pris (MSF betalade mediciner åt de patienter som omöjligt skulle ha klarat detta själva).

Lagar och vårdrutiner

Sverige och andra EU-länder erkänner alla individers rätt att »såväl i fysiskt som psykiskt avseende åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa« [4]. Länder som Belgien, Frankrike, Italien och Spanien har lagstiftat i frågan och ger därmed irreguljära immigranter tillgång till fri eller subventionerad hälso- och sjukvård. Lagarna omsätts dock inte alltid i praktiken så att irreguljära immigranter får tillgång till vården.

I Sverige finns det inget regelverk som ger rätt till subventionerad vård för irreguljära immigranter. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen [5] måste landstingen erbjuda »omedelbar vård« till alla som befinner sig inom landets gränser, vilket inkluderar såväl irreguljära immigranter som turister. Men vad gäller irreguljära immigranter är praxis att betalningsansvaret hamnar hos den vårdsökande. MSFs erfarenhet är att vårdinrättningar visar en ovilja att behandla denna patientgrupp, eftersom det är liktydigt med ett inkomstbortfall.

Enligt organisationen PICUM (Platform for international cooperation on undocumented migrants) tillhör Sverige de mest restriktiva länderna i EU vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård för människor utan legal status [Nele Verbruggen, Bryssel, pers medd, 2005].

Svenska MSFs erfarenheter visar att när irreguljära immigranter uppsöker sjukhus på grund av akut vårdbehov (t ex vid hjärtinfarkt eller förlossning) nekades de inte behandling, men de måste själva betala hela kostnaden. Många sjukhus är dock obnägna att ta emot irreguljära immigranter som lider av mindre akuta problem. Vårdcentraler tar nästan aldrig emot irreguljära immigranter. Mödravårdscentraler tar emot dem ibland men oftast endast under förutsättning att hela vårdavgiften be-

SAMMANFATTAT

Irreguljära immigranter som saknar legal status i Sverige har till stor del ingen tillgång till icke-akut primärvård och specialistvård.

I många fall får irreguljära immigranter med allvarliga kroniska besvär ingen adekvat behandling, och individer med livshotande sjukdomar som cancer står helt utan vård eller får bara en del av vetenskapligt beprövad vård.

I andra fall ges inte uppföljande vård eller rehabilitering, och gravida har inte tillgång till mödravård.

Under 2005 genomförde författaren tillsammans med Läkare utan gränser en studie av 102 irreguljära immigranter i Stockholmsområdet, vilken sammanfattas här.

TABELL I. Demografiska fakta om de 102 studiedeltagarna.

Land/ursprungsregion	Antal (procent)	Medelålder, år	Könsfördelning, män/kvinnor
Mellanöstern (inklusive Iran, Irak, Turkiet)	38 (37,3)	37,0	16/22
Syd- och Centralamerika	20 (19,6)	32,0	5/15
Forna Sovjetunionen	18 (17,6)	38,4	4/14
Afrika	13 (12,7)	31,7	5/8
Södra, östra och centrala Asien	7 (6,9)	38,1	5/2
Forna Jugoslavien	6 (5,9)	32,3	3/3
Totalt	102	35,3	38/64

TABELL II. Förändring i upplevd hälsa under tiden som irreguljär immigrant, 102 studiedeltagare.

	Försämring (procent)	Oförändrad (procent)	Förbättring (procent)	Ej svarat (procent)
Fysisk hälsa	66 (64,7) ¹	28 (27,5)	7 (6,9)	1 (1,0)
Psykisk hälsa	65 (63,7) ²	29 (28,4)	6 (5,9)	2 (2,0)

¹ 40 (39,2 procent av 102 studiedeltagare) ansåg att deras fysiska hälsa hade försämrats mycket.

² 48 (47,1 procent av 102 studiedeltagare) ansåg att deras psykiska hälsa hade försämrats mycket.

talas i förskott, vilket enligt MSFs erfarenhet är omöjligt för de flesta irreguljära immigranter.

Barn som tidigare omfattats av Lagen om mottagande av asylsökande m fl [6] har full rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård på samma villkor som svenska barn. Barn som inte varit inne i asylprocessen omfattas inte [7] av denna lag. Dessutom är hälso- och sjukvården (omfattande bl a akutvård, mödravård och fortlöpande behandling av allvarliga kroniska sjukdomar) tillgänglig endast i begränsad omfattning för asylsökande som fortfarande befinner sig i en asylprocess [6].

Anonymiteten hos irreguljära immigranter som söker vård är skyddad enligt Sekretesslagen [8]. Sjukvårdspersonal är dock tvungen att besvara frågor från polisen om huruvida en specifik person finns på vårdinrättningen vid den aktuella tidpunkten [9], vilket gäller för irreguljära immigranter såväl som för svenska medborgare.

METOD

Studien (som tidigare har rapporterats på webbplatsen för Läkare utan gränser [10]) genomfördes i Stockholmsområdet mellan juli och september 2005 av MSF. Mervärdet av studiedeltagarna var antingen nya patienter som tog kontakt med MSF under studieperioden eller tidigare patienter som bokats in för uppföljning. Övriga studiedeltagare valdes ut från en fullständig förteckning över alla MSFs tidigare omkring 200 patienter. Den stora majoriteten av dessa gick inte längre att komma i kontakt med, men alla som MSF lyckades nå ombads delta.

Mer än 95 procent av alla som tillfrågades deltog. Samtliga har deltagit frivilligt. Alla patienter gav sitt samtycke till att delta i studien på villkor att svaren var anonyma och konfidentiella. När så behövdes skötte MSF-teamet undersökningen med hjälp av tolk.

Totalt 102 irreguljära immigranter besvarade en enkät om hälsa och sociala behov. Enkäten täckte tre huvudsakliga områden:

- Grundläggande demografisk information.
- Familjesituation och social situation i Sverige och i hemlandet.
- Upplevd hälsa och erfarenheter av vård i Sverige – däribland hälsotillstånd, behov av vård och svårigheter att få hälso- och sjukvård.

Det är i princip omöjligt att avgöra hur representativ denna he-

terogena grupp studiedeltagare från Stockholmsregionen är för irreguljära immigranter i Sverige i stort.

RESULTAT

Demografi. Av de 102 personer som deltog i studien hade 80 (78,4 procent) tidigare sökt asyl men fått avslag. De 22 återstående (21,6 procent) uppgav att de bodde i Sverige utan giltiga dokument. Vid studietillfället hade studiedeltagarna varit i Sverige i genomsnitt 3,6 år, och de uppgav att de hade levt utan legal status under i genomsnitt 1,2 år. Studiedeltagarna var från 34 olika länder i totalt sex regioner (Tabell I).

Respondenterna uppgav att de bodde under svåra och otrygga socioekonomiska förhållanden. Irreguljära immigranter saknar all sorts statligt stöd i Sverige och har inte laglig rätt att arbeta.

Sammanlagt 77 procent rapporterade att de var beroende av omgivningens stöd för sitt uppehälle. Flera uttryckte oro över att de inte hade råd att betala vare sig för läkarbesök vid offentliga vårdinrättningar eller för läkemedel.

Upplevd hälsa. Studiedeltagarna uppgav förändring i sin hälsa under tiden som irreguljär immigrant enligt Tabell II.

Kontaktorsak. Av studiedeltagarna fick 14 (13,7 procent) hjälp av MSF till offentliga vårdcentraler eller sjukhus. De återstående 88 (86,3 procent) personerna slussades vidare till specialistläkare, barnmorska eller sjukgymnast via MSFs volontärnätverk. Utifrån de problem som studiedeltagarna anförde vid första samtalet med MSF fick de träffa olika specialister (Fakta).

Av de två kvinnor som sökte för abort hade den ena tidigare försökt få hjälp vid olika privata kliniker. Båda kvinnorna fick genomgå medicinsk abort vid offentligt sjukhus.

Av de tre som sökte för hjärt-kärlbesvär (invärtesmedicin) behövde samtliga vidare remiss till hjärtspecialist. En av dem skickades då direkt till akutmottagningen på grund av EKG-fyndet; slutdiagnosen efter genomgångna undersökningar blev ockluderade kärl ledande till instabil angina.

Samtliga tre personer som genomgick elektiv kirurgi krävde narkos och uppföljning efter operationen.

De tolv kvinnor som behövde mödravård sökte i genomsnitt efter tre månaders graviditet: en redan efter en månads graviditet, två först efter sju månaders graviditet. Två av dem födde

■ FAKTA. Orsak till behov av vårdkontakt

Specialistområde

Allmänmedicin (37)
Besvär från buken (11)
Övriga problem (10)

Besvär i övre luftvägarna (4)
Besvär i nedre luftvägarna (4)
Dermatologiska besvär (3)

Hjärt-kärlbesvär (5)

Gynekologi (18)

Invärtesmedicin (9)

Kirurgi (3)

Mödravård (12)

Ortopedi (11)

Psykatri (4)

Venereologi (5)

Övriga (3)

Orsak till vårdkontakt

Gastrit (8), förstoppning (1), njursten (1), somatisering (1)
Uppföljning och behandling av hypotyreoos (3) och diabetes (2), besvär från urinvägar/testiklar (2) och skelett (1), svag efter infektion (1), kroniska besvär efter att ha druckit syra under självmordsförsök (1)
Öroninfektion (1), tonsillit (1), faryngit (2)
Astma (2), tuberkulos (1)¹, bronkit (1)
Kliande utslag/glutenintolerans (1), utbredd akne (1), infekterat sår efter att ha spillt het olja på benet i arbetet (1)
Förhöjt blodtryck (3), bröstsmärtor/psykosomatiska bröstsmärtor (2)
Smärta och oro (7), undersökning av knöl i bröstet (3), oregelbundna menstruationer (2), kraftiga menstruationer (2), abort (2), misstänkt sexuellt överförd sjukdom (1), preventivmedelsrådgivning (1)
Hjärt-kärlbesvär (3), otillräckligt behandlad diabetes (1), tyreotoxikos (1), misstänkt Crohns sjukdom (1), funktionsbortfall i hand och fot (1), uppföljning av tidigare magsår (1) respektive ventrikelcancer (1)
Operation av bräck (2), operation av gallblåsa (1)
Ryggont (5), problem från skuldror (3), handled (2), höft (1)
Misstanke om sexuellt överförd sjukdom (5)
Klåda (1), förstoppning (1), ögonbesvär (1)

¹Patienten fick vidare behandling av specialist.

friska barn under studiens gång (en av dem betalade 21 000 kronor i sjukhusavgifter för förlossningen), en fick missfall.

Antalet personer som blev direkt hänvisade till psykiater var lågt, eftersom det rådde brist på frivilliga psykiatrer i MSFs nätverk.

Av de elva personerna med ortopediska problem fick tre hjälp av läkare, resterande av sjukgymnast. Flera hade tunga arbeten (tre personer nämnde arbetet som orsak till problemen).

De tre personerna med övriga problem fick hjälp av MSFs sjuksköterska med receptfria mediciner och behövde inte träffa läkare.

Hinder för hälso- och sjukvård. Totalt 55 (53,9 procent) av de 102 studiedeltagarna uppgav att de inte hade försökt att komma till en läkare sedan de blivit irreguljär immigrant. Dock angav 47 (46,1 procent av de 102) i denna grupp att de var i behov av vård men att de avhållit sig från att söka hjälp på grund av olika hinder att nå vården (se »Indirekta hinder« nedan). Sammanlagt 46 (45,1 procent) av studiedeltagarna hade försökt söka vård, 37 av dem uppfattade att det fanns hinder för att få adekvat vård (en svarade inte på denna fråga) (se »Direkta hinder« nedan).

Således erfor 84 (82,2 procent) av de 102 studiedeltagarna antingen direkta hinder för att få vård (t ex att bli nekad vård) eller indirekta hinder (t ex att de var för rädda för att söka vård).

- **Direkta hinder** (irreguljära immigranter som sökt vård). Sammanlagt 37 (36,3 procent) av studiedeltagarna stötte på en eller flera av följande direkta hinder när de sökte vård:
 - höga kostnader för konsultation och läkemedel: 14 (13,7 procent)
 - nekad vård när giltiga dokument inte kunde uppvisas: 9 (8,8 procent)
 - andra hinder: 14 (13,7 procent); dessa hinder inbegrep svårigheter eller dröjsmål att träffa läkare eller specialist och svårigheter att få tandvård. Två av dem uppgav att de hade använt någon annans identitetskort för att få behandling.

- **Indirekta hinder** (irreguljära immigranter som undvikit att söka vård). Totalt 47 (46,1 procent) av studiedeltagarna uppgav att de hade avstått från att söka vård, de hade alltså upplevt indirekta hinder:

- 25 (24,5 procent) ansåg att rädslan för att uppsöka vården och därmed bli rapporterad till myndigheterna avskräckte dem från att söka vård
- 13 (12,7 procent) trodde att de inte hade rätt att söka en vårdinrättning och avstod därför trots att de var i behov av vård
- 9 (8,8 procent) ansåg att de höga kostnaderna för konsultation och läkemedel, som de inte hade möjlighet att betala, hindrade dem från att söka vård trots att de behövde det.

Majoriteten av studiedeltagarna – 68 personer (66,7 procent) – uppfattade att det förelåg en »ganska hög« eller »mycket hög« risk att bli rapporterad till myndigheterna, gripen av polisen och avvisad från Sverige om de sökte sjukhusvård och därmed identifierades som irreguljär immigrant av sjukvårdspersonalen. Fem (4,9 procent) av studiedeltagarna angav att de hade en nära vän eller familjemedlem som blivit gripen av polisen antingen på sjukhus eller strax efter sjukhusbesök. Sammanlagt 68 procent av studiedeltagarna rapporterade att de kände sig extremt rädda för att återvända till sina hemländer. Hela 53 procent av studiedeltagarna befarade att de då skulle dödas eller skadas allvarligt.

DISKUSSION

Irreguljära immigranter är en av samhällets absolut mest utsatta grupper. Majoriteten av irreguljära immigranter är beroende av omgivningens stöd för sitt uppehälle. Trots detta kostar det cirka 1 400–2 000 kr för en irreguljär immigrant att träffa en läkare eller cirka 21 000 kr för att föda barn.

Som studien tydligt visar är irreguljära immigranternas tillgång till vård kraftigt begränsad. Individer med allvarliga kroniska sjukdomar som diabetes och astma eller smittsamma sjukdomar som tuberkulos samt gravida kvinnor och kvinnor med gy-

Trots detta saknas lagar och regelverk i Sverige som berör denna särskilda grupp av icke-medborgare. Inte heller styrs vården av Läkarförbundets etiska regler eller FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna.

nekologiska problem ingick bland dem studiedeltagarna, vilket i sig är anmärkningsvärt.

Hela 82 procent av personerna i studien erfor antingen direkta eller indirekta hinder, bl a höga kostnader, nekad vård eller rådsla för att uppsöka sjukhus. Två tredjedelar tyckte att deras fysiska respektive psykiska hälsa försämrats under tiden som irreguljär immigrant.

Medicinskt etiskt och människorättsligt perspektiv

Grundläggande för medicinsk etik är att vård skall ges på lika villkor utifrån medicinska behov. Poul Kongstad (chefläkare Region Skåne) har skrivit [11]:

»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.«

Att irreguljära immigranter inte får vård beror inte nödvändigtvis på läkares ovilja att behandla utan på att systemet förhindrar att mötet mellan läkare och patient sker. Ytterst ansvariga för att den medicinskt etiska värdegrunden skall kunna efterlevas torde därför vara politiker och beslutsfattare inom vården. Poul Kongstad belyser denna problematik:

»I antiken var det etiska ansvaret direkt kopplat till den enskilde patientens behandling. Idag kan och bör läkaretiken användas betydligt vidare, eftersom läkare arbetar i nätverk med flera andra vårdyrkeskategorier.«

Sveriges brist att erkänna irreguljära immigranter som en patientgrupp försätter vårdpersonal i en svår situation: att välja mellan läkaretiken och att kringgå vårdens arbetsrutiner. Dessutom går detta emot grundläggande mänskliga rättigheter, som Sverige erkänt. Paul Hunt, FN:s särskilde rapportör för rätt till hälsa, poängterade under ett officiellt besök i Sverige i januari 2006:

»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« [12].

Etiska regler och mänskliga rättigheter satta ur spel

Irreguljära immigranter är inte lika mobila som exempelvis turister eller gästarbetare och kan därför i allmänhet inte anses kunna söka vård i sitt hemland. Sverige har ett tillfälligt ansvar för dessa individer vad gäller vård, även om de är icke-medborgare och vården måste ges på rimliga villkor och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, precis som för alla andra. Detta gäller även de individer som inte tidigare sökt asyl.

Tillgången till vård för irreguljära immigranter skulle förbättras markant om det fanns ett regelverk och ett kostnadsersättningsystem för vårdinrättningar som gett behandling. Trots detta saknas lagar och regelverk i Sverige som berör denna särskilda grupp av icke-medborgare. Inte heller styrs vårdens praxis av Läkarförbundets etiska regler eller FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna.

Vi ser i stället en situation där politiska ambitioner om kon-

trollerad migration överordnas medicinsk konsekvensbedömning, folkhälsoperspektiv, smittskyddsperspektiv och rättighetsperspektiv på hälsa.

Samtidigt har ansvariga inom vården under en lång tid generellt sett inte opponerat sig utan snarare följt politiska beslut. Nyligen har det dock börjat ske en positiv förändring i Västsverige: Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg har beslutat att »gömda flyktingar och andra personer utan avtal eller försäkring skall erhålla akut och annan omedelbart nödvändig vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, oavsett betalningsförmåga i ögonblicket«. Vidare har ett antal etikseminarier för berörd personal bokats in på sjukhusledningens uppdrag, vilket visar på en tydlig intention att förändra beslutet [Ann-Christine Andersson, Göteborg, pers medd, 2006].

Frågan om vård för irreguljära immigranter har diskuterats i minst ett decennium [13, 14]. Är det inte tid för förändring och för Sverige att leva upp till att erkänna människors lika värde?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

1. Scott P. Undocumented migrants in Germany and Britain: the human »rights« and »wrongs« regarding access to health care. *Electronic Journal of Sociology*. 2004. ISSN: 1198 3655. <http://www.sociology.org/content/2004/tier2/scott.html>
2. Romero-Ortuno R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *Eur J Health Law*. 2004;11:245-72.
3. Khosravi S. Territorialisering av mänsklig rättighet: Irreguljära immigranter och det nakna livet. *SOU* 2006:37, p. 283-307.
4. Förenta nationerna. Artikel 12 av den Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FN 1966); artikel 25 av den Allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna (FN 1948); artikel 5 av den Internationella konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (FN 1965); artikel 12 av den Internationella konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FN 1979); artikel 24 av Konventionen om barnets rättigheter (FN 1989).
5. Hälsa- och sjukvårdslag. SFS 1982:763.
6. Lag om mottagande av asylsökande m fl. SFS 1994:137.
7. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande m fl. Stockholm: Utrikesdepartementet, Landstingsförbundet; 2004. <http://www.migrationsverket.se/index.jsp?swedish/press/dokument/overenshalsovard.html>
8. Sekretesslag. SFS 1980:100.
9. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. SFS 1998:531.
10. Läkare utan gränser. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. <http://www.lakareutan-granser.se/gomda>
11. Kongstad P. Läkaretiken och de apatiska flyktingbarnen. *Läkartidningen*. 2005;102:1960-1.
12. Hunt P. Visit of UN Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of health, to Sweden from 10-18th January [presskonferens]. <http://www.humanrights.se/upload/files/2/Nyheter/Sweden%20press%20conference%20revised%20remarks%2019%20Janu-ry%202006.pdf>
13. Läkaretik, HSL och SoS samstämmiga. »Illegal» skall få vård [ledare]. *Läkartidningen*. 1996;93:2793.
14. Ohlson M. Irreguljära immigranter: osynliggjorda och diskriminerade inom vården. *SOU* 2006:78, p. 137-70.