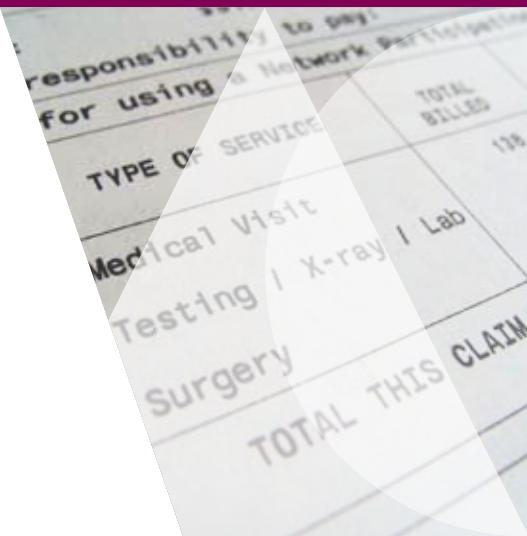


SOLIDARITET



Irreguljära migranter: Tillgång till hälso- och sjukvård i 10 av den Europeiska unionens medlemsstater



FRA

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS



Rapporten behandlar angelägenheter beträffande mänsklig värdighet (Artikel 1) och hälsoskydd (Artikel 35) under kapitlen I "Värdighet" och IV "Solidaritet" i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna.

Om det finns några frågor om denna översättning så titta i den engelska versionen som är originalet och den officiella versionen av dokumentet.

Europa Direkt är en tjänst som hjälper dig att få svar på dina frågor om Europeiska unionen

Gratis telefonnummer (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Vissa mobiltelefonoperatörer tillåter inte 00 800-nummer eller avgiftsbelägger dem.

Foto: © iStockphoto

Mer information om Europeiska unionen finns på Internet (<http://europa.eu>).

FRA – Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter
Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Wien – Österrike
Tfn: +43 (1) 580 30 - 0 – Fax: +43 (1) 580 30 - 699
Email: info@fra.europa.eu – fra.europa.eu

Kataloguppgifter finns i slutet av publikationen.

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2012

ISBN 978-92-9192-712-8
doi: 10.2811/34342

© Europeiska Unionens byrå för grundläggande rättigheter, 2011
Kopiering tillåten, utom i kommersiella syften, med angivande av källan.

Printed in Luxembourg

TRYCKTPÅ PAPPER SOM BLEKTS UTAN ELEMENTÅRTKLOR (ECF)



Irreguljära migranter: Tillgång till hälso- och sjukvård i 10 av den Europeiska unionens medlemsstater

Förord

Rätten till hälsa är inbäddad i flera människorättsinstrument, men trots detta har irreguljära migranter, och speciellt sårbara grupper ibland dem, t.ex. gravida kvinnor och barn, inom den Europeiska unionen (EU) inte samma möjligheter att utnyttja denna rätt. I de flesta europeiska länder har irreguljära migranter uteslutande tillgång till akutvård, och detta inte alltid utan kostnad. I några europeiska länder skulle till exempel en gravid kvinna som är irreguljär migrant behöva betala flera tusen euro för att föda barn.

Europeiska hälsovårdssystem kämpar med att bibehålla balansen mellan motstridiga kostnadsöverväganden och folkhälsan. På grund av den ekonomiska krisen och en åldrande befolkning står de europeiska länderna inför behovet att inskränka de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård. I denna process bör rätt till hälsa för alla, oavsett juridisk status, förbli en huvudangelägenhet.

Denna rapport undersöker rätten till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare i 10 EU medlemsstater. Den koncentrerar sig på dem som inte uppfyller villkor för inresa, uppehåll eller boende. Genom intervjuer med ett antal olika källor, inklusive nationella och lokala myndigheter, hälsovårdsspecialister, ideella organisationer som erbjuder hälso- och sjukvård och med irreguljära invandrare själva, dokumenterar den här rapporten de juridiska, ekonomiska och praktiska hinder som försvårar de irreguljära invandrarnas tillgång till hälso- och sjukvård.

Medan det är sant att andra grupper, som fattiga personer och personer utan försäkringsskydd, också möjligtvis är uteslutna från full tillgång till hälso- och sjukvård i vissa länder, utsätter de irreguljära invandrarnas situation dem för särskilda hälsorisker. Invandrarna kan bli offer för rasistiska brott och våld som hotar deras liv, och de är dessutom ofta utsatta för hälsovådliga eller livshotande arbetsförhållanden. De arbetar oftare i branscher som byggnadsarbete och hushållsarbete, där risken för arbetsolyckor är högre, och de är mer sårbara när det gäller att bli utnyttjade på arbetsplatsen samt har oftare mer otrygga bostadsförhållanden, vilket kan få till följd att deras fysiska och psykologiska välfärd undergrävs.

Byrån finner att det är huvudsakligen risken av avslöjande och utvisning som förhindrar att irreguljära invandrare söker sig till hälso- och sjukvården, också i länder där de har rätt till detta.

Denna rapport bygger på fältarbete och skrivbordsforskning och vill belysa några av de problem och hinder som irreguljära invandrare konfronteras med när de försöker få tillgång till och motta nödvändig hälso- och sjukvård som en grundläggande rättighet.

Morten Kjaerum
Direktör

Innehåll

SAMMANFATTNING	7
SYNPUNKTER.....	9
INLEDNING.....	11
1 NATIONELLA RÄTTSLIGA RAMAR.....	15
1.1. Allmän rätt till hälso- och sjukvård	15
1.2. Rättigheter i samband med särskilda sjukdomar.....	22
1.3. Rättigheter för bestämda grupper	22
2 REGIONAL OCH LOKAL HÄLSOPOLITIK	33
3 RESULTATEN AV UTESLUTNING FRÅN VÅRDEN	37
4 PRAKTISKA HINDER OCH UTMANINGAR	41
4.1. Kostnader och ersättningar.....	41
4.2. Bristande medvetenhet om rättigheter	43
4.3. Rapportering av invandrare till polisen	45
4.4. Myndigheternas bedömning.....	48
4.5. Kvalitet och kontinuitet i vården	49
SLUTSATSER.....	51
BILAGOR	53
TABELLER	
Tabell 1: Laglig tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, 10 EU-medlemsstater	16
Tabell 2: Villkor för att få hälso- och sjukvård, fyra EU-medlemsstater	18
Tabell 3: Tillgång till läkemedel för vuxna irreguljära invandrare in 10 EU-medlemsstater	20
Tabell 4: Tillgång till gratis före- och eftervård, 10 EU-medlemsstater	23
Tabell 5: Gratis tillgång till hälso- och sjukvård för barn som är irreguljära invandrare, 10 EU-medlemsstater	26
Tabell 6: Tillgång till mentalvård för irreguljära invandre in 10 EU-medlemsstater	29
Tabell A1: Förklaring av villkoren för användning och EU: s medlemsstater	53
Tabell A2: Undersökta städer och antal intervjuer per stad	54

Sammanfattning

Rapporten betraktar lagstiftning och praxis beträffande tillgång till hälsovård för irreguljära invandrare i 10 EU-medlemsstater, nämligen Belgien, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Polen, Spanien, Sverige, Tyskland och Ungern.

Europeiska hälsovårdssystem kämpar för en balans mellan kostnadsöverväganden och folkhälsan så att rådande normer för mänskliga rättigheter upprätthålls. Även om alla som bor i ett land borde ha tillgång till viss grundläggande hälso- och sjukvård – såsom akutvård och möjligheten att träffa en läkare vid allvarlig sjukdom eller en gynekolog vid graviditet – finns i praktiken ingen sådan garanti.

En fråga som ofta ställs är om inte ökade rättigheter för irreguljära invandrare skulle uppmuntra fler människor till irreguljär invandring och uppehåll i ett land. En nys genomförd utredning av den svenska regeringen fann, att trots viss osäkerhet visar erfarenheter att tillgång till hälso- och sjukvård varken inverkar på invandrades beslut att resa in i ett speciellt land eller att lämna det.

I sex av de 10 länder som undersöktes har nödlidande irreguljära invandrare i stora drag, och utan att ta hänsyn till rätten till hälso- och sjukvård för specifika grupper (som barn) eller i fall av specifika sjukdomar (som tuberkulos) inte gratis tillgång till offentlig hälso- och sjukvård, bortsett från akutvård. I vissa länder får irreguljära invandrare bara tillgång till akutvård eller vissa tjänster (som laborietester) om de betalar för dem. Det betyder att de får en räkning, och att vårdgivare kanske begär bevis på att någon kan betala innan behandlingen äger rum.

I de återstående fyra länderna (Belgien, Frankrike, Italien och Spanien) kan irreguljära invandrare få tillgång till vidare hälso- och sjukvård om de uppfyller särskilda villkor. I Belgien, Frankrike och Spanien har de tillgång till primär och sekundär vård och specialistläkare och

sjukhusbehandling. I Italien har invandrare tillgång till sekundär vård, men får inte uppsöka en allmänläkare.

Rapporten behandlar också fyra specifika frågor – nämligen mödravård, barnvård (särskilt vaccinationer), mentalvård och vård för kroniska sjukdomar – och ger en överblick av de 10 länderna som täcks av rapporten. Förhållandena varierar, ibland med svårigheter att få tillgång till de mest grundläggande tjänsterna, som t.ex. vaccination av barn eller mödravård för gravida kvinnor. Tillgång till mentalvård är mycket begränsad för irreguljära invandrare.

Genom skrivbordsforskning och 221 intervjuer genomförda med irreguljära invandrare, vårdgivare, myndigheter och civilsamhället i alla de 10 länder som täcks av rapporten, framkom olikheter mellan nationell lagstiftning och vad som händer i praktiken. I länder med ett brett hälso- och sjukvårdssystem kan praktiska hinder stå i vägen för att en viss andel av de irreguljära invandrarna ska kunna utnyttja det, medan lokala initiativ i länder med begränsade rättigheter, ofta genomförda av eller genom ideella organisationer, kan lindra situationen.

Fem hinder har identifierats som de främsta utmaningarna för hur denna specifika grupp av invandrare ska få tillgång till vård: kostnaderna för vården och komplexa ersättningsförfaranden, vårdgivares och förmånstagares bristande kunskaper om rättigheter, rädsla att bli upptäckt genom vidarebefordrade uppgifter till polisen, myndigheters och hälso- och sjukvårdsmyndigheters godtyckliga makt, och kvalitet och kontinuitet i vården. Några av dessa hinder rör ofta även akutvård.

Att utesluta irreguljära invandrare från hälso- och sjukvård äventyrar deras liv och välbefinnande, höjer kostnaderna för framtida akutvård, och kan potentiellt utgöra en hälsorisk för samhället i stort.

Synpunkter

Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (*European Union Agency for Fundamental Rights, FRA*) har formulerat följande yttranden som bygger på resultaten och de jämförande analyserna i denna rapport. Dessa yttranden rör enbart de frågor som omfattas av forskningen.

Laglig rätt till vård

Papperslösa invandrare bör åtminstone enligt lag ha rätt till nödvändig vård. Sådana vårdbestämmelser bör inte begränsas bara till akutvård, utan även inkludera andra former av grundläggande hälso- och sjukvård, såsom möjligheten att träffa en läkare eller få nödvändiga mediciner.

Villkoren, till exempel behovet av att uppvisa en fast bostad eller långvarigt uppehåll över en viss tidsperiod, bör ses över i syfte att säkerställa att dessa inte leder till utestängning av personer i behov av nödvändig hälso- och sjukvård.

Samma regler för betalning av avgifter och befrielse från betalning bör gälla för irreguljära invandrare som för medborgare. För att täcka kostnaderna bör den offentliga sjukförsäkringen utvidgas till att omfatta irreguljära invandrare eller en särskild fond skapas.

Mödravård, förlossning och eftervård

Artikel 24 av FN:s Konvention om barnens rättigheter (CRC) och Artikel 12 (2) av Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering mot kvinnor (CEDAW) kräver vård under havandeskap och förlossning, samt efter förlossningen. Men rättigheten till hälso- och sjukvård för gravida kvinnor och mödrar varierar inom EU-medlemsstater.

Kvinnor som är irreguljära invandrare skall ha tillgång till den nödvändiga primära och sekundära hälso- och sjukvården vid förlossning, samt reproduktiv och mödravård på samma nivå som inhemska medborgare. Dessa bör omfatta primär och sekundär vård före och efter förlossning, liksom möjligheten att besöka en gynekolog, möjlighet att ta nödvändiga prover, hjälp med familjeplanering eller rådgivning.

Hälsovård för barn

Barn som är irreguljära invandrare har fortsättningsvis rättsliga och praktiska svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvård.

Mot bakgrund av artikel 24 i barnkonventionen skall varje barn som befinner sig inom en medlemsstat ha rätt till samma hälso- och sjukvård som landets medborgare. Detta bör även omfatta vaccinationer, som en viktig förebyggande åtgärd.

Mentalvård

Konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning gäller även för irreguljära invandrare.

De bör därför ingå i pågående europeiska initiativ inriktade på psykisk hälsa, inklusive uppföljningen av den europeiska pakten för psykisk hälsa och välbefinnande.

Kroniska sjukdomar

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa lägger allt större fokus på kroniska sjukdomar, på grund av allmän oro för folkhälsan, den inverkan de har på de drabbade individerna och de höga behandlingskostnaderna.

Begreppen akut eller nödvändig vård bör tillämpas flexibelt, för att säkerställa att vårdbehovet för alla personer med svåra kroniska sjukdomar – inklusive irreguljära invandrare – uppfylls.

Allmänna ersättningsförfaranden

Hälso- och sjukvårdspersonal berättar att de måste inleda en komplicerad process för att få ersättning från allmänna medel för hälso- och sjukvård som ges till irreguljära invandrare.

EU-medlemsstater bör införa enkla och effektiva ersättningsförfaranden. Ansökan om ersättning bör hanteras snabbt.

Medvetandegörande

Myndigheter som arbetar med irreguljära invandrare, vårdgivare, civilsamhällets aktörer och invandrarna själva är inte nödvändigtvis medvetna om regler och rättigheter som rör hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. Invandrare är rädda att kontakt med hälso- och sjukvårdstjänster skulle kunna utsätta dem för risken att bli utvisade, även när det inte finns någon sådan risk.

Medlemsstaterna bör därför hitta sätt att lösa bristen på korrekt information bland invandrare, vårdgivare och myndigheter – som att öka finansieringen av utbildning, informationskampanjer och uppsökande verksamhet i invandrargrupper, och främja partnerskap mellan vårdgivare och civilsamhället i övrigt.

Exakta uppgifter om vilken typ av information som kan och inte kan kommuniceras till migrationsmyndigheterna bör tillhandahållas åt vårdgivare och invandrare.

Rapportering av invandrare till migrationsmyndigheterna

Rädsla för att bli upptäckt, som bygger på verkliga eller upplevda utbyten av information mellan vårdgivare och migrationsmyndigheter, innebär att irreguljära invandrare skjuter upp att söka vård tills en nödsituation uppstår. Detta har negativa konsekvenser för individens hälsa och leder till dyrare ingrepp.

EU-medlemsstater bör skilja hälso- och sjukvården från invandringpolitiken och inte införa skyldighet att rapportera irreguljära invandrare för vårdgivare och myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsadministration.

Kontinuitet i vården

Irreguljära invandrare behandlas ofta informellt och utan att några journaler förs.

Hälso- och sjukvårdssystem bör finna vägar att överkomma de största utmaningarna för att ge kontinuitet i vården. Dessutom bör åtgärder vidtas för att säkerställa fortsatt vård vid smittsamma sjukdomar, såsom att upprätta en EU-omfattande remiss för tuberkulospatienter.



Inledning

Rätten till hälsa

Internationell 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.

Rätten till hälsa är en grundläggande social rättighet. Den mest allomfattande definitionen av rätten till hälsa finns i artikel 12 i Förenta Nationernas (FN:s) Internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR*) från 1966, som har ratificerats av samtliga 27 EU-medlemsstater. Texten citeras i rutan ovan.

Artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter (*Convention on the Rights of the Child, CRC*) från 1989 betonar att "Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård". Dessutom åläggs det staterna att vidta lämpliga åtgärder att "säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen".

Behovet av att tillhandahålla vård i nödsituationer är också en del av rätten till liv och förbudet mot omänsklig behandling enligt den Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter (*European*

Convention on Human Rights, ECHR).¹ Dessutom åtar sig konventionsstaterna att säkerställa tillräcklig vård vid sjukdom i enlighet med artikel 13 (1) av den Europeiska sociala stadgan (ESC)/reviderade europeiska sociala stadgan (rev ESC) som uttryckligen betonar staternas skyldighet att ge adekvat stöd till personer utan resurser.

Den 61:a Världshälsoförsamlingen som hölls i Genève i maj 2008 godtar resolutionen WHA61.17 om hälsa hos invandrare, som uppmanar medlemsstaterna att "utarbete mekanismer för att förbättra hälsan hos alla grupper av människor, även invandrare, särskilt genom att identifiera och fylla luckor i på vad sätt som vården ges".

Artikel 168 i Fördraget om Europeiska Unionens funktionssätt betonar att "En hög hälsoskyddsnivå för människor ska säkerställas vid utformningen och genomförandet av all unionspolitik och alla unionsåtgärder". Unionens aktioner skall "komplettera medlemsstaternas insatser" och "inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för den fysiska och mentala hälsan".

Rätt till hälso- och sjukvård ingår också i stadgan om de grundläggande rättigheterna i den Europeiska Unionen. Enligt Artikel 35 innefattar rätt till hälsovård rätten för varje person att ha tillgång till "förebyggande hälsovård och till medicinsk vård på de villkor som fastställs i nationell lagstiftning och praxis". Enligt Artikel 51 måste EU-inrättningar och medlemsstater iakttä stadgan när de tillämpar unionsrätten.

¹ Se Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (ECtHR), *Găgiu v. Romania*, No. 63258/00, 24 feb. 2009, punkt 57; *Tais v. France*, No. 39922/03, 1 juni 2006, punkt 98, båda beträffande personer tagna i förvar.

I juni 2006 antog rådet Europeiska Unionens gemensamma värden för EU:s hälso- och sjukvårdssystem, som inkluderar allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, samt rättvisa och solidaritet.² Rådets slutsatser 2007 om hälsa och migration inom EU³ betonar att "det är av grundläggande betydelse att uppmärksamma migranters hälsa för att uppnå den bästa hälsonivån och det största välbefinnandet för alla som lever i EU".

Rätten till hälsa för irreguljära invandrare

Artikel 12 (1) från ICESCR om rätten till hälsa gäller även för irreguljära invandrare.⁴ 1985 begränsade FN:s "Deklaration om mänskliga rättigheter för individer som inte är medborgare i den stat de bor i" tillgången till hälsovård, utbildning och socialtjänster för de invandrare som uppehöll sig **legalt** i ett land. Men kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (*Committee on Economic, Social and Cultural Rights*, CESCR) specificerade senare i två allmänna kommentarer att irreguljära invandrare har rätt till hälso- och sjukvård: CESCR betonade att "stater är skyldiga att respektera rätten till hälsa genom att bland annat avstå från att neka eller begränsa alla människors lika rätt, även fångar eller personer tagna i förvar, minoriteter, asylsökande och irreguljära invandrare, till förebyggande, botande och palliativ hälso- och sjukvård".⁵ Att fastställa kärnskyldigheterna som följer denna rättighet är mer komplext. Enligt kommittén har "alla människor, oberoende av nationalitet, boendeort eller invandrarstatus, rätt till primär och akut hälso- och sjukvård".⁶ Allmänna kommentarer ger icke-bindande råd till medlemsstater om hur rätten till hälsa skall tolkas under ICESCR.

Europeiska bestämmelser om mänskliga rättigheter tillåter vissa skillnader i tillgången till hälso- och sjukvård mellan legala och irreguljära invandrare. Enligt bilagan till ESC är rätten till social och medicinsk hjälp begränsad till lagligt bosatta utlänningar. Dock fann den Europeiska kommittén för sociala rättigheter vid

två tillfällen, 2004 och 2006, att irreguljära invandrare har rätt till akutvård under artikel 13 (4) ESC/rev ESC.⁷ Kommittén beslutade i *FIDH mot Frankrike* att all lagstiftning eller praxis som förnekar tillgång till medicinsk hjälp strider mot artikel 13 (4) ESC,⁸ oavsett invandrarstatus. Det här speciella fallet rörde hälso- och sjukvård för papperslösa invandrarbarn där kommittén drog en direkt parallell med "rätten till livet som sådant och [] människans värdighet". Emellertid har åtta EU-medlemsstater inte skrivit under artikel 13 (4) ESC/rev ESC. Dessa medlemsstater är Bulgarien, Cypern, Estland, Litauen, Polen, Rumänien, Slovakien och Slovenien.

Resultatet är att den enda garantin för tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare bland Europarådets instrument som är verkställbar och bindande för alla EU-medlemsstater är statens förpliktelse att ge akut hälso- och sjukvård till följd av rätten till liv och förbudet för omänsklig behandling under den europeiska konventionen för de mänskliga rättigheterna (ECHR).

Internationella människorättsinstrument bekräftar också behovet av skydd för grupper med speciella behov, framför allt barn, gravida kvinnor och mödrar.⁹ Som nämnts ovan måste enligt artikel 24 i 1989 års FN-konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) stater säkerställa barns tillgång till hälso- och sjukvård samt lämplig före- och eftervård för mödrar. Barnkonventionen har ratificerats av alla EU-medlemsstater och gäller alla barn inom deras jurisdiktion.

Artikel 12 (2) av Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering mot kvinnor (CEDAW) från 1979 kräver uttryckligen att staterna skall 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". Sådana rättigheter kan betraktas som en del av de grundläggande mänskliga rättigheter som den av CEDAW inrättade kommittén anser skall garanteras för alla, inklusive papperslösa kvinnliga invandrare.¹⁰

2 Europeiska unionens råd, (2006), *Rådets slutsatser: Mot moderna, flexibla och hållbara hälso- och hälso- och sjukvårdssystem*, OJ 2006 C 146, s. 1.

3 Europeiska unionens råd, (2007) för sysselsättning och socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor, *Hälsa och migration i EU*, rådets slutsatser antagna vid EPSCO mötet i december 2007, finns på: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/sv/07/st15/st15609.sv07.pdf> (alla hyperlänkar åtkomst den 29 juni 2011).

4 Se CESCR, allmän kommentar nr.14: rätten till bästa möjliga hälsa (artikel 12), E/C.12/2000/4, punkt 34; CESCR, allmän kommentar nr.19: rätten till social trygghet (artikel 9), E/C.12/GC/19, punkt 37. Allmänna kommentarer innehåller tolkning av innehållet av kommitténs människorättsbestämmelser.

5 CESCR (2000), allmän kommentar nr. 14, rätten till bästa möjliga hälsa, punkt 34.

6 CESCR, allmän kommentar nr. 19, rätten till social trygghet, 4 februari 2008, E/C.12/GC/19, punkt 37.

7 Klagomål nr. 14/2003, Internationella federationen för mänskliga rättigheter (FIDH) mot Frankrike (beslut i sak baserade på 8 september 2004, slutsatser XVIII-1 och 2006, allmän inledning, artikel 13 punkt 4).

8 Se den Europeiska kommittén för sociala rättigheter, *Internationella federationen för mänskliga rättigheter (FIDH) mot Frankrike*, kollektivt klagomål nr. 14/2003, beslut baserat på 8 september 2004 på engelska under: www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC14Merits_en.pdf.

9 FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (UDHR), från 10 december 1948, artikel 25.

10 Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering mot kvinnor, rekommendation nr. 26 om kvinnlig invandrad arbetskraft, 5 december 2008, CEDAW/C/2009/WP.1/R at l.

De begränsade möjligheterna att genomdriva rättsligt bindande internationella bestämmelser om rätten till hälsa, det vaga språket (t.ex. tillräcklig vård) såväl som behovet att genomföra internationella och europeiska normer i länder med mycket olika hälso- och sjukvårdssystem har lett till avvikande tolkning och tillämpning av det befintliga regelverket inom EU, som i sin tur leder till avvikande hälso- och sjukvårdserbjudanden till irreguljära invandrare.

Sekundär EU-lagstiftning innehåller hänvisningar till hälso- och sjukvård av irreguljära invandrare. Införlivningen av denna lag måste genomföras i enlighet med stadgan av de grundläggande rättigheterna. Artikel 14 av EU:s återvändandedirektiv anger speciellt att "akut hälso- och sjukvård och nödvändig behandling av sjukdomar ska tillhandahållas" till irreguljära invandrare under den tidsfrist för frivillig avresa som beviljats och under tidsperioder för vilka verkställigheten av avvisningen skjutits upp.¹¹ Mot bakgrund av denna strävan att samordna lagstiftningen enligt återvändandedirektivet, inbjuder resultaten av denna rapport till en kritisk läsning av de nuvarande avvikande nationella åtgärderna.

Europeiska parlamentet tog upp den grundläggande rätten till hälsa för irreguljära invandrare för första gången i mars 2011. I en resolution om ojämlikhet i hälsa medgav det att vården inte kan garanteras, varken i praxis eller juridiskt, för papperslösa invandrare och uppmanade medlemsstaterna att bedöma möjligheten att främja vård för irreguljära invandrare, genom att ge en definition baserad på gemensamma principer för grundläggande element i hälso- och sjukvården, som angivet i den nationella lagstiftningen. Den uppmanade också medlemsstaterna att se till att alla barn och gravida kvinnor, oavsett status, har rätt till och faktiskt får socialt skydd enligt definitionen i den nationella lagstiftningen.¹²

I sin kommunikation om *Solidaritet inom hälso- och sjukvården för att minska ojämlikheten i hälsa i EU*,¹³ förutser Europeiska Kommissionen en möjlig roll för Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) i insamlandet av information om i vilken utsträckning sårbara grupper inom EU kan drabbas av orättvis hälsovård. Genom att belysa de särskilda utmaningar som rör irreguljära invandrare

hoppas den här rapporten kunna bidra till att hitta sätt att tillgodose vårdbehov hos individer som står inför en ökad risk att inte komma åt hälso- och sjukvård.

Att utesluta irreguljära invandrare från hälso- och sjukvård äventyrar deras liv och välbefinnande, höjer kostnaderna av framtida akutvård, och kan potentiellt utgöra en hälsorisk för samhället i stort.

FRA's forskning

Även om vissa aspekter av rätten till hälsa gäller för alla, också personer som befinner sig illegalt i ett land, så är genomförandet av internationella och europeiska mänskliga rättigheter högst komplicerat.¹⁴

Denna tematiska rapport betraktar de grundläggande rättigheterna för irreguljära invandrare i 10 EU-medlemsstater, nämligen Belgien, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Polen, Spanien, Sverige, Tyskland och Ungern i teori och praktik. Dessa länder valdes ut för att täcka olika geografiska regioner i unionen och olika hälso- och sjukvårdssystem, och eftersom de var lämpliga för en andra tematisk rapport om utmaningarna i grundläggande rättigheter för irreguljära invandrare som arbetar i hushåll.

Medan forskningen presenterar resultat från intervjuer i 10 medlemsstater, pekar dess resultat mot utmaningar för de grundläggande rättigheterna som troligen också gäller i andra medlemsstater. Denna tematiska rapport omfattar inte tillgång till hälsovårdstjänster för personer som tagits i förvar.

Denna rapport fokuserar på rättsliga och ekonomiska hinder för tillgången till vård för irreguljära invandrare. Rapporten analyserar inte inverkan av andra hinder, som mycket väl kan påverka hur vården söks eller hur den skulle kunna förbättras, såsom kulturella eller kommunikationshinder eller hur könsnormer och värderingar. Bland de hinder som beskrivs är vissa typiska för irreguljära invandrare, medan andra också är typiska för andra missgynnade grupper.

Denna rapport är del av ett större FRA-projekt om grundläggande rättigheter för irreguljära invandrare i EU:s 27 medlemsstater. En första tematisk rapport om irreguljära invandrare som är anställda i hushåll publicerades i juli 2011.¹⁵

11 Artikel 14 (1b) och artikel 16 (3) av Europaparlamentets och rådets direktiv 2008/115/EC från 16 december 2008 om gemensamma normer och förfaranden för återvändande av tredjelandsmedborgare som vistas olagligt i medlemsstaterna.
12 Se Europaparlamentet (2011), Resolution om att minska ojämlikheten i hälsa i EU, P7_TA(2011)0081, Bryssel, 8 mars 2011, vid punkt 5 och 22.
13 Europeiska kommissionen (2009), *Solidaritet inom hälso- och sjukvården för att minska ojämlikheten i hälsa i EU*, COM(2009) 567 final, Bryssel, s. 8.

14 För principen om icke-diskriminering som del av människorättstraktat se: PICUM (2007), *Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework*, s. 10-11, finns på: http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Undocumented_Migrants_Have_Rights.pdf.
15 FRA (2011), *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*, Luxembourg, Europeiska Unionens publikationsbyrå.

Denna rapport kompletterar en mer omfattande översikt över de grundläggande rättigheterna för sådana invandrare i hela EU, som kommer att publiceras i slutet av 2011.

Denna rapport bygger främst på intervjuer med invandrare, offentliga myndigheter, vårdpersonal, och representanter för civilsamhället. Sammantaget omfattade fältarbetet 221 semi-strukturerade kvalitativa intervjuer: 36 med myndigheter, 43 med representanter för civilsamhället, 67 med hälso- och sjukvårdspersonal, och 75 med irreguljära invandrare. Den insamlade informationen analyserades i skenet av material som sammanställts med hjälp av skrivbordsundersökningar och frågeformulär. Som en del av det bredare projektet om situationen för irreguljära invandrare sändes frågeformulär ut till nationella och lokala myndigheter och representanter för civilsamhället i de 27 EU-medlemsstaterna. Denna rapport ger ingen statistik över hur ofta invandrare kan eller inte kan få tillgång till offentlig hälsovård. Istället beskriver den, med utgångspunkt från intervjuer, den typ av utmaningar som invandrare och vårdpersonal konfronteras med och hur de hanterar dessa utmaningar.

Den empiriska forskningen utfördes i 21 städer i de tio medlemsstaterna, där man hoppades hitta exempel på intressanta lösningar. Intervjuer genomfördes i följande städer i de 10 EU-medlemsstater som studerades: Antwerpen, Bryssel och Gent (Belgien), Paris och omgivande förorter (Frankrike), Aten (Grekland), Dublin och Lacken (Irland), Brescia, Legnano och Milano (Italien), Warszawa och Piastow (Polen), Barcelona (Spanien), Stockholm (Sverige), Bissendorf, Bochum, Bremen, Dortmund, Duisburg, Köln och Wuppertal (Tyskland) och Budapest (Ungern). Den situation som beskrivs i denna rapport syftar inte till att ge en fullständig bild av situationen i varje land som en helhet, och inte heller till att uttrycka situationen i hela EU. Snarare är syftet att framhäva utmaningar som invandrare såväl som vårdpersonal ofta möter.

Forskningsarbetet för denna publikation har utförts av nationella experter som har samordnats av *International Centre for Migration Policy Development (ICMPD)* och plattformen för internationellt samarbete om papperslösa migranter (*Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, PICUM*). Utkastet till rapporten spreds för kommentarer till myndigheter i de 10 länder som omfattas samt till andra utvalda intressenter, däribland Världshälsoorganisationen (*World Health Organization, WHO*), Internationella organisationen för migration (*International Organization for Migration, IOM*), kontoret för FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter (*Office of the High Commissioner for Human Rights, OHCHR*) och

Europeiska Kommissionen. Alla organisationer samt vissa nationella myndigheterna har givit respons.

Rapporten bygger på resultat från andra forskningsprojekt om hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, däribland projektet *NowHereLand*,¹⁶ PICUM:s arbete,¹⁷ hälsonätverket för papperslösa och asylsökande (*Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers Network, HUMA*),¹⁸ samt den europeiska undersökningen om papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård av *Médecins du Monde*.¹⁹ FRA-rapporten är av kompletterande värde, då den studerar andra länder och fokuserar på de rättigheter och de hinder som möter särskilt utsatta grupper av irreguljära invandrare, såsom kvinnor och barn. Dessutom ger den senaste jämförande uppdateringen om rätten till hälsa för irreguljära invandrare i Europa.

Innehållet i denna rapport är uppdelat i fyra delar. Den första beskriver den nationella lagstiftningen. Detta följs av regionala och lokala strategier för tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. De tredje och fjärde delarna handlar om följderna av utestängning från hälso- och sjukvård och om praktiska hinder och utmaningar. Rapporten bygger inte på överenskomna indikatorer, men de överväganden som den föreslår kommer att användas av FRA, tillsammans med resultaten av projektet om varierande diskriminering inom hälso- och sjukvården, i dess arbete med att utveckla struktur, förfaringssätt och resultatsindikatorer inom hälso- och sjukvårdsområdet.²⁰

16 Se Healthcare in NowHereLand, *Improving services for undocumented migrants in the EU*, finns på: www.nowhereland.info.

17 Se PICUM (2007), *Access to health care for undocumented migrants in Europe*, finns på: picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf.

18 Se *Médecins du Monde* webbsida startad av HUMA-nätverket, finns på: www.huma-network.org/.

19 Se *Médecins du Monde* European observatory survey on access to healthcare (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*, finns på: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatory_fullreportseptember2009.pdf.

20 Se projektbeskrivningen på: http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/Multiple_discrimination_Factsheet_SV.pdf.

1

Nationella rättsliga ramar



1.1. Allmän rätt till hälso- och sjukvård

1.1.1. Tillgång till behandling

Det finns tydliga skillnader i de nationella rättsliga ramarna beträffande tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare i de 10 länder som har studerats.

Beroende på typ av hälso- och sjukvårdssystem varierar kraven för tillgång, med eller utan kostnad, till offentlig hälso- och sjukvård (t.ex. medborgarskap, bosättning, medlemskap i ett försäkringssystem) samt utbudet av tillgänglig hälso- och sjukvård för förmånstagare.²¹ I stora drag arbetar fem av de 10 länder som täcks av rapporten med försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem (Belgien, Frankrike, Polen, Tyskland, Ungern), fyra har skatte-baserade nationella hälso- och sjukvårdssystem (Irland, Italien, Spanien, Sverige), medan hälso- och sjukvården i Grekland är både försäkrings- och skattebaserad.²²

Sex av de 10 undersökta länderna (alla utom Irland, Polen, Sverige och Ungern) har infört uttryckliga bestämmelser om tillgång till hälso- och sjukvård

för irreguljära invandrare.²³ I Sveriges fall finns särskilda regler för asylsökande som fått avslag och står till myndigheternas förfogande, liksom för alla barn vars asylansökan avslås.²⁴ Men graden av tillgång till hälsovårdstjänster för irreguljära invandrare beror inte nödvändigtvis på huruvida sådana uttryckliga bestämmelser finns. De kan dock bidra till rättslig klarhet.

För att kunna jämföra graden av tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare skiljer FRA mellan tre former av vård: akuta, primära eller sekundära vårdtjänster (och därtöver). I akutvård ingår livsreddande åtgärder samt medicinsk behandling som krävs för att förhindra allvarlig skada på en persons hälsa. Primärvården omfattar viktiga behandlingar av relativt vanliga mindre allvarliga sjukdomar som tillhandahålls inom öppenvården eller på samhällsnivå (t.ex. tjänster av allmänläkare). Sekundär vård omfattar medicinsk behandling av specialister och en del sjukhusvård.²⁵

21 E. Mossialos, S. Allin, J. Figueras, (eds.) (2006), *Health Systems in Transition Template, European Systems of Health Systems and Policy*, finns på: www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2006.publications/2006.allin_HS.pdf.

22 Europeiska observationsorganet för hälso- och sjukvård, *Health System in Transition – HIT landsprofiler*, finns på: www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits.

23 Tyskland, *Asylbewerberleistungsgesetz*, BGBI. I S. 2022 (5 augusti 1997), sektion 1; Grekland, *Lagen om inresa, bosättning och social integration av tredjelandsmedborgare inom det grekiska territoriet*, nr. 3386/2005 (23 augusti 2005), artikel 84 (1); Italien, *lagdekret 1998/286 (Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286)*, ändrad lydelse, artikel 35.3; Frankrike, *Code de l'action sociale et des familles*, artiklar L251-1, L254-1; Spanien, *Ley Organica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11 januari 2000) artikel 12; Belgien, *Loi organique des CPAS* (8 juli 1976) artikel 57.

24 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. 2008:344, artikel 4, sista punkten, finns på: www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080344.htm.

25 Se WHO (2009), *Health Promotion Glossary*, finns på: www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf; Kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, allmän kommentar nr. 14, 2000, fotnot 9. Andra projekt använder olika kategoriseringar baserade på en något annorlunda logik, se till exempel HUMA-nätverket (2009), eller *NowHereLand* projektet på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=368.

Tabell 1: Laglig tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, 10 EU-medlemsstater

	Tillgång till akutvård (med betalningskomponent)	Gratis tillgång till vidare vård, men förpliktande rapportering	Gratis tillgång till vidare vård
Belgien			X
Frankrike			X
Grekland	X		
Irland	X		
Italien			X
Polen	X		
Spanien			X
Sverige	X		
Tyskland		X	
Ungern	X		

Anmärkning: Begreppet "gratis" utesluter inte att medlen prövas eller att symbolisk eller reducerad betalning tas ut istället.

Källa: FRA, 2011, baserat på nationell lagstiftning

Baserat på dessa kategorier, och beroende på om full betalning krävs eller inte, har FRA grupperat EU:s medlemsstater i tre huvudkategorier (se tabell 1). Undantag om vårdtillgång för vissa kategorier (t.ex. barn) eller vissa sjukdomar (t.ex. tuberkulos) samt initiativ på lokal nivå granskas inte här, men behandlas separat nedan.

Som illustreras in Tabell 1, har nödlidande irreguljära invandrare bara rätt till akutvård i fem av de 10 undersökta länderna (men tillgång till annan offentlig hälso- och sjukvård mot betalning kan finnas).²⁶

I Tyskland har irreguljära invandrare enligt lagen samma tillgång till hälso- och sjukvård som asylsökande. I princip omfattar denna tillgång också vård utöver akutvård;²⁷ i praktiken är den begränsad till akutvård, eftersom förfarandet för att ersätta invandrare för kostnaderna för akut vård är konfidentiellt, medan det som används för ersättning av icke-brådskande vård inte är det. För ersättning av akutvård vänder sig vårdgivaren efter behandlingen till socialkontoret, en process som innefattar

även socialkontoret i tystnadsplikten.²⁸ Irreguljära invandrare som har mottagit icke-akut behandling måste själva vända sig till socialkontoret, vars personal sedan har skyldighet att rapportera sådana migranter till polisen. Denna risk gör tillgång till icke-akut vård meningslös. Socialkontoret är förpliktat att rapportera irreguljära invandrare till polisen om de mottar hälso- och sjukvård som inte kan betraktas som akut vård.²⁹

I de undersökta länderna som begränsar rätten till akut hälso- och sjukvård kan akuta ingripanden endast vara tillgängliga mot **betalning**. Detta innebär inte bara att irreguljära invandrare kommer att faktureras, men också att vårdgivarna kan kräva verifiering av en persons betalningsförmåga före behandlingen.

I Sverige är akutvård inte gratis för papperslösa patienter, trots att läkarna är skyldiga att ge vård i sådana fall. Irreguljära invandrare får alltså en räkning efter att de har mottagit akut behandling. I Grekland måste irreguljära invandrare betala de fulla kostnaderna för laboratorietester.³⁰ I Irland är tillgången till akutvård inte gratis, men betalning beror på vårdgivarens bedömning.³¹ I Ungern

26 Se, för Tyskland (*Asylbewerberleistungsgesetz*) BGBl. I S. 2022 (5 augusti 1997), Sektioner 1 och 4; för Grekland, Lagen om inresa, bosättning och social integration av tredjelandsmedborgare inom det grekiska territoriet, nr. 3386/2005 (23 augusti 2005), artikel 84 (1); för Ungern, Lag om hälsa, Akt CLIV från 1997 (23 december 1997), artiklar 94 (1) och 142 (2) se också förordning 52/2006 som innehåller 31 situationer som anses som nödfall; för Irland, *Immigration, Residence and Protection Bill*, lagförslag nummer 2 av 2008 (14 januari 2008); och för Polen, Lag om hälso- och sjukvård som finansieras av offentliga medel (27 Augusti 2004), *Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz. U. 2004, poz. 2135.

27 *Asylbewerberleistungsgesetz*, BGBl. I S. 2022 (5 augusti 1997), Sektion 1.

28 Se tyska uppehållslagen (*Aufenthaltsgesetz*), BGBl. I S. 162 (30 juli 2004), Sektion 88 (2) och förordning om uppehållslagen (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG*), GMBL. I S. 878

29 Se tyska uppehållslagen (*Aufenthaltsgesetz*), BGBl. I S. 162 (30 juli 2004), Sektion 87 (2) och förordning om uppehållslagen (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, VwV-AufenthG*), GMBL. I S. 878 (26 oktober 2009), Sektion 87.0.4.

30 Se Nowhereland (2010), landsrapport om Grekland, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*, s. 12.

31 Björngren Cuadra (2010), *Country Report Ireland*, i: *Health Care in Nowhereland, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU 27*, s. 11.

har papperslösa invandrare inte tillgång till den obligatoriska försäkringen;³² i princip måste de själva bära kostnaderna. Men om invandraren inte kan betala för akut vård kategoriseras räkningen som icke återbetalningsbar och vårdgivare kan få ersättning av staten.³³ I Polen är tjänster som tillhandahålls av medicinska akutteam utanför sjukhus gratis, medan ersättning för andra akuta behandlingar fortfarande är oklara. Enligt den polska högsta domstolen kan sjukhusen även begära kostnadstäckning i fall av akutbehandling. Det är dock fortfarande oklart om och hur kostnadstäckningen gäller för invandrare.³⁴

I Sverige ledde inskränkningen av hälso- och sjukvården till endast akuttjänster till frågor som föranlett regeringen att inleda en utredning om hur man mer effektivt kan reglera hälso- och sjukvård för asylsökande och irreguljära invandrare. En utredningskommitté, vars mandat var inskränkt till förslag som inte uppmuntrade irreguljär invandring, blev tillsatt för att studera vilka möjligheter regeringen har. Kommittén presenterade sitt förslag i maj 2011 i en rapport som publicerades i den svenska SOU-serien (*Statens Offentliga Utredningar*, SOU).³⁵ Utredningen rekommenderade att asylsökande och papperslösa, oavsett ålder, ska erbjudas subventionerad hälso- och sjukvård av landstinget i det område där de bor eller vistas. Vården bör erbjudas i samma utsträckning och på samma villkor som erbjuds till fast bosatta. Regeringen överväger för närvarande utredningens rekommendationer.

I Belgien, Frankrike, Italien och Spanien är irreguljära invandrare i stort sett förutom akut hälso- och sjukvård berättigade till primär och sekundär hälso- och sjukvård, men under vissa villkor. Tillgång till tjänsterna är antingen kostnadsfri eller avgiftsbelagd, men i allmänhet uppgår avgifterna inte till hela kostnaden. I Belgien och Italien hänvisar nationell lagstiftning till "väsentlig" eller "brådskande" vård, begrepp som väl kan vara vilseledande eftersom de i allmänhet omfattar ett brett spektrum av förebyggande, primära, och även sekundära hälsovårdstjänster samt mödravård och grundläggande mediciner. I Belgien har institutet för hälsa och invaliditetsförsäkring (*Institut national d'assurance maladie-invalidité*, INAMI; *Rijksinstituut Voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering*, RIZIV) utarbetat en lista över återbetalningsbar hälso- och sjukvård. I Italien har irreguljära invandrare tillgång

till förebyggande, akut och nödvändig behandling av sjukdomar och vård som anses nödvändigt av hälsoskäl (t.ex. mödravård, behandling av infektionssjukdomar).³⁶

I Belgien kan irreguljära invandrare få tillgång till förebyggande, primär och sekundär hälso- och sjukvård genom att ansöka om brådskande medicinsk hjälp (*Aide Médicale Urgente*, AMU) på socialkontoret (*Centre public d'aide sociale*, CPAS; *Openbaar Centrum voor maatschappelijk*, OCMW). De måste visa att de lever i det distrikt där de ansöker och har otillräckliga ekonomiska medel att betala för hälso- och sjukvård. Dessutom måste "nödvändigheten" av vård intygas av en läkare eller sjuksköterska. Efter att dessa kriterier har kontrollerats, ställer socialbyrån ut ett hälsokort som gäller i tre månader, vilket kan förnyas.

Även i Frankrike kan irreguljära invandrare tillgå all grundläggande hälso- och sjukvård under ett parallellt administrativt system för statlig medicinsk hjälp (*Aide Médicale d'État*, AME) när de har: visat att de har varit bosatta i Frankrike i mer än tre månader, presenterat en identitetshandling och en adress, och visat att de saknar tillräckliga ekonomiska medel. Om en person inte uppfyller kraven för eller ännu inte har fått en AME, kan hon/han få tillgång till akut och grundläggande hälsovård på en hälsoavdelning (*Permanences d'Accès aux Soins de Santé*, PASS), som varje sjukhus åtminstone i teorin är skyldigt att upprätta.³⁷ Tills nyligen beviljades tillgång till vård under AME systemet gratis till personer som tjänar mindre än EUR 634 per månad, men en årlig avgift på EUR 30 har nu införts, vilket har utlöst betydande motstånd från ideella organisationer inom vårdsektorn.³⁸ Dessutom kan en person som var inskriven i det nationella socialförsäkringssystemet bibehålla sociala förmåner för ytterligare 12 månader³⁹ även om han/hon inte längre uppfyller villkoren, till exempel om hans/hennes uppehållstillstånd har löpt ut.

I Italien måste irreguljära invandrare skriftligt ange att de inte har råd att betala för behandling för att få gratis tillgång till "brådskande" eller "väsentlig" vård. Detta inkluderar primär och sekundär vård som erbjuds av institutioner, men inte rätten till att besöka en allmänläkare.⁴⁰ För att komma åt sådan viktig vård behöver irreguljära invandrare en

32 Dekret 87/2004 (X.4.) ESZCSM om föreskrifter om vård för människor som vistas i Ungern, som listar kategorier av personer som har rätt till obligatorisk försäkring.

33 Information som ges till FRA i juni 2011 av institutionen för folkhälsa i ministeriet för ungerska nationella resurser.

34 Se HUMA-nätverket (2011), *Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, s. 100-1. Se högsta domstolen, 8 augusti 2007, I CSK 125/07, finns på: LexPolonica, Serwis Prawniczy LexisNexis, <http://lexpolonica.lexisnexis.pl>.

35 Se resultaten av denna utredning på SOU 2011:48: www.regeringen.se/content/1/c6/16/98/15/1ce2f996.pdf.

36 Lagdekret 1998/286, ändrad lydelse, artikel 35 (3).

37 France, *Loi n° 98-657 29 juli 1998* (lag mot social utestängning), Artikel 76; FRIM intervju med myndighet Frankrike B-8.

38 Se relaterade diskussioner i den franska parlamentsförsamlingen den 2 november 2010: www.assemblee-nationale.fr/13/cr/2010-2011/20110036.asp; gemensam kommentar av franska civilsamhället om ändringen: www.lh-france.org/IMG/pdf/Dossier_parlementaire_AME_octobre_2010.pdf.

39 Se PICUM (2007), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, s. 28.

40 Se lagdekret 1998/286, ändrad lydelse, artikel 35 (3). Se också: www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue-guida_alla_salute_in_italiano_1794.html.

temporär utlänningskod (*Stranieri Temporaneamente Presenti, STP*). Det är en kod som utfärdas av en läkare eller administrativ personal och används för att kunna spåra personen för att säkerställa kontinuitet i vården. Den gäller i sex månader, är förnyelsebar och täcker även förebyggande vård. Invandraren kan också underteckna en försäkran om fattigdom som tillåter honom eller henne att få tillgång till vård kostnadsfritt, med undantag för självriskan som krävs av varje medborgare. I vissa fall är invandrare helt undantagna från egenavgifter. Dessutom har en del regioner infört särskilda regler för att kunna ge irreguljära invandrare bredare tillgång till sjukvård.⁴¹

I Spanien har irreguljära invandrare full tillgång till alla tjänster under det nationella hälsosystemet på samma villkor som medborgare.⁴² För tillgång till hälsosystemet måste irreguljära invandrare ansöka om ett individuellt hälsokort på samma villkor som vanliga invånare. Detta innebär registrering hos den lokala folkbokföringen, vilket kräver att en giltig identitetshandling uppvisas och att bostad/adress bekräftas, även om barn och gravida kvinnor är befriade från dessa krav. Då utfärdas hälsokortet, som gäller i två år.

Vart och ett av dessa fyra länder (Belgien, Frankrike, Italien och Spanien) har olika program att tillgå hälso- och sjukvård och vissa villkor som måste uppfyllas, ofta desamma som inrättats för behövande personer. Normalt inkluderar detta behovet av att visa upp: bevis på avsaknad av tillräckliga medel, en fast adress och en identitetshandling, som visas i tabell 2.

I tre av dessa länder krävs av de irreguljära invandrarna för att de ska kunna utnyttja hälso- och sjukvården att de måste visa att de saknar tillräckliga ekonomiska medel för att betala för den, samt att de lever under en viss ekonomisk nivå. I Italien är invandraren endast

skyldig att underteckna ett intyg om detta. I Belgien konstaterade en representant för socialkontoret att det var nödvändigt för invandrare att visa att de har otillräckliga ekonomiska resurser. En irreguljär invandrare i Bryssel berättade till exempel att en representant för socialkontoret besökte hennes hus för att kontrollera hennes ekonomiska situation. Antalet rum och TV-apparater såsom el- och gasräkningar kontrollerades. En representant för civilsamhället förklarade kravet att kontrollera ekonomiska förhållanden samt avslag på vissa ansökningar med det faktum att människor som omfattas av AMU sjukförsäkring, även irreguljära invandrare, faktiskt kan ha tillräckliga ekonomiska medel att betala för hälso- och sjukvården själva då de ofta arbetar svart. Eller så blockeras deras tillgång eftersom de kanske bor inneboende hos någon, exempelvis en familjemedlem, som har visat att han/hon har ekonomiska medel för att täcka deras vårdbehov. Kravet på att behöva visa brist på ekonomiska resurser medför en motsägelse: även om de juridiskt inte har rätt att arbeta, tvingas irreguljära invandrare därigenom att visa en inkomst som de lagligen inte borde ha.

Frankrike och Spanien kräver bevis på identitet (det vill säga ett pass). En invandrare i Barcelona, vars avvisande avbröts, förklarade att avsaknad av pass hindrade honom från att kunna registrera sig hos det lokala inskrivningskontoret. Den ideella organisationen *Spanish Commission Helping Refugees* (CEAR) hjälpte honom slutligen att få tillåtelse att skriva in sig. Men efter att han hade flyttat till en annan stad i Spanien har han återigen misslyckats med att skriva in sig utan pass.

I vissa länder är det nödvändigt att visa bevis på faktisk vistelse i landet, eller i en viss stad, under en viss tid, dvs ett antal dagar eller månader. Till exempel i Frankrike, där irreguljära invandrare måste bevisa att de har haft en fast "hemvist" (*résidence habituelle*),

Tabell 2: Villkor för att få hälso- och sjukvård, fyra EU-medlemsstater

	Bevis på avsaknad av tillräckliga medel	Identifikation	Faktisk bostad
Belgien	✓		✓
Frankrike	✓	✓	✓
Italien	✓		
Spanien		✓	✓

Källa: Informationen bygger på PICUM (2007), Access to healthcare for undocumented migrants in Europe; HUMA-nätverket (2009), Access to healthcare for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries

⁴¹ Ibid.

⁴² Spanien, *Ley Organica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social* (11 januari 2000).

i Frankrike i minst tre månader. En socialarbetare på en vårdcentral i Paris sade att många människor inte uppfyller kravet för allmän sjukförsäkring (*Aide Médicale d'État*, AME). Socialarbetaren menade att dessa personer nyss hade anlänt till Frankrike eller att de inte kunde ge något bevis som styrker tre månaders uppehåll, till exempel en stämpel i ett pass, ett förfallet visum, eller en el- eller gasräkning. Om denna bevisning inte tillhandahålls, kan de offentliga myndigheterna avslå begäran om en AME, under förutsättningen att personen inte permanent bor i Frankrike. Hälso- och sjukvårdspersonalen nämnde i intervjuerna att det innan 2004 inte var nödvändigt att bevisa tre månader uppehåll, men att regeringen ändrade kraven för att göra det svårare för irreguljära invandrare att få tillgång till vård. En representant för civilsamhället anmärkte att ett av problemen ligger i avsaknaden av en juridisk definition för "hemvist" (*résidence habituelle*). Trots att en dom i stadsrådförsamlingen har definierat begreppet, sade den intervjuade att administrationen inte använde den definitionen och valde att tillämpa en mer restriktiv tolkning.

Avsaknad av fast adress är ett annat hinder för att få vård. I vissa länder måste irreguljära invandrare ha sin faktiska hemvist i området för att kunna söka vård. I Belgien och Spanien har många irreguljära invandrare svårt att bevisa sådana "faktiska vistelser", särskilt när de bor hos vänner, i kyrkor, på härbärgen eller är hemlösa. Ofta finns det stor handlingsfrihet på lokal nivå för att avgöra vad som utgör tillräckliga bevis för faktisk bostad.

En illustration: i april 2008 inledde en grupp irreguljära invandrare i Ixelles-distriktet i Bryssel en hungerstrejk i en kyrka, som protest mot att den belgiska regeringen inte hade infriat ett löfte som de hade gett i mars 2008, om att etablera kriterier för legalisering. En av demonstranterna hade vistats i kyrkan sedan hans ankomst några veckor tidigare. Under strejken drabbades han av starka magsmärter men hade inte ett hälsokort som berättigade honom till kostnadsfri sjukhusvård. För att hjälpa honom följde några av de andra hungerstrejkande med honom till Ixelles socialkontor för att göra en ansökan om akut medicinsk vård (AMU). Men Ixelles socialkontor avslög denna begäran och sade att kyrkan inte ansågs vara en bostad. Enligt kontoret var den sökande inte bosatt inom orten Ixelles och måste därför söka andra sätt att få medicinsk hjälp.⁴³

43 Även då Europadomstolen i fallet med *Cisse mot Frankrike* (9 april 2002, nr 51346/99) godkände att skyddet för folkhälsan kan motivera ett ingripande för att skingra en liknande samling i en kyrka, ska detta inte påverka migranters rättigheter att mottaga hälso- och sjukvård.

1.1.2. Tillgång till läkemedel

Tillgången till läkemedel spelar också roll för vilken verkan den medicinska behandlingen får. I vissa länder kan irreguljära invandrare, om de kvalificerar sig för tillgång till vård, få vissa läkemedel till reducerat pris eller gratis. I andra länder måste de emellertid köpa dem till samma pris som landets egna medborgare, eller betala mer. Detta avsnitt ger en kort översikt över tillgången till läkemedel. Det omfattar dock inte särskilda regler som kan finnas för barn eller specifika sjukdomar (t.ex. tuberkulos eller antiretroviral behandling).

Som framgår av tabell 3 kan vuxna irreguljära invandrare få utvalda läkemedel till reducerad eller ingen kostnad i Belgien, Frankrike, Italien, Spanien och Tyskland. I Belgien och Frankrike kommer irreguljära invandrare med tillgång till offentlig sjukförsäkring också kunna få vissa läkemedel gratis. I Italien måste innehavare av en STP (*Stranieri Temporaneamente Presenti*) kod själva betala en viss del av kostnaderna, beroende på typ av medicinering, vilket också är fallet för medborgare.

I Spanien kan irreguljära invandrare som har ett individuellt hälsokort få tillgång till läkemedel mot subventionerad avgift (40 %, utom för vissa kroniska sjukdomar) som är samma villkor som medborgare har. I Tyskland måste en irreguljär invandrare ansöka om och få ett försäkringsintyg (*Krankenschein*) från socialkontoret för att få kostnadsfria läkemedel. Men eftersom kontorspersonal är skyldig att rapportera irreguljära invandrare till polisen, hindrar detta dem i praktiken från att få kostnadsfria mediciner. Därför kommer sannolikt endast de med ett 'toleranstillstånd' (*Duldung*) i verkligheten att kunna få gratis tillgång till läkemedel.⁴⁴

I andra länder måste invandraren själv betala för läkemedel. Hälso- och sjukvårdspersonal som intervjuades i Grekland, Ungern och Polen angav att irreguljära invandrare normalt inte skulle kunna få tillgång till läkemedel kostnadsfritt eller till reducerat pris, om dessa inte tillhandahålls av ideella organisationer. I Grekland bekräftade myndigheterna att om människor inte arbetar och inte har ett socialförsäkringsnummer (IKA), kan de inte få medicinsk-farmaceutisk omsorg, utom för tjänster som erbjuds av ideella organisationer. I Ungern sade vårdpersonal att läkaren informerar patienten om att han/hon inte kan förskriva läkemedel till reducerat pris (delvis finansierat av försäkringen), och att patienten är tvungen att betala fullt pris för läkemedlen. Enligt hälso- och sjukvårdspersonal i Polen måste papperslösa personer betala för de tjänster som

44 HUMA-nätverket (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, s. 68.

Tabell 3: Tillgång till läkemedel för vuxna irreguljära invandrare i 10 EU-medlemsstater

	Kostnad av läkemedel helt täckt eller delvis täckt	Kostnad av läkemedel som allmänt måste betalas av invandraren
Belgien	✓	
Frankrike	✓	
Grekland		✓
Irland		✓
Italien	✓	
Polen		✓
Spanien	✓	
Sverige		✓
Tyskland	✓	
Ungern		✓

Källa: Uppgifterna i denna tabell inhämtades från HUMA (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries, och är sammanställd tillsammans med resultat av FRA:s intervjuer

de utnyttjar, inklusive undersökningar, behandlingar och läkemedel. I Irland beviljas inte de hälsokort som berättigar till gratis hälso- och sjukvård till irreguljära invandrare. I Sverige måste irreguljära invandrare faktiskt betala mer för sina mediciner och läkarvård än svenska medborgare då de debiteras en "turist-avgift", en avgift som tycks begäras av turister som besöker Sverige om de behöver vård under sin tillfälliga vistelse eller semester.⁴⁵

1.1.3. Regional och lokal tillämpning av nationell lagstiftning

Det finns markanta skillnader i hur regioner och kommuner tillämpar befintlig nationell lagstiftning, med följd att irreguljära invandrare inte kan dra lika stor nytta av hälso- och sjukvården i hela landet. Detta avsnitt visar hur regionala och lokala myndigheter på olika sätt tolkar lagen så att den ska främja hälsan, även för de irreguljära invandrarna. Det illustrerar vilken typ av offentlig hälso- och sjukvård som är tillgänglig för irreguljära invandrare i de undersökta städerna, utan att syfta till att ge en heltäckande bild av all offentlig hälso- och sjukvård tillgänglig för irreguljära invandrare.

I ett allmänt restriktivt sammanhang har de lokala myndigheterna i de tyska städerna Bremen, Frankfurt am Main och Köln, liksom Stockholms stad valt en mer gynnsam hälsopolitik gentemot irreguljära invandrare jämfört med situationen i de båda länderna som helhet.

I Sverige har irreguljära invandrare tillgång till akut hälso- och sjukvård, men måste betala för den. Dock har flera landsting beslutat att ge hälso- och sjukvård till asylsökande som har fått avslag och/eller alla irreguljära invandrare, eller har utvidgat tillämpningsområdet för akut vård till irreguljära invandrare till att även omfatta "omedelbar nödvändig vård".⁴⁶

Inspirerande förfarande

Främja tillgången till hälso- och sjukvård på lokal nivå I

I januari 2009 utfärdade Stockholms kommunfullmäktige riktlinjer för behandling av papperslösa och gömda personer i hälso- och sjukvården i Stockholm. Riktlinjerna råder vårdgivare att ge akut och omedelbar nödvändig vård till irreguljära invandrare, inklusive vård i livshotande situationer, och vid cancer eller andra systemiska sjukdomar och allvarliga psykiska tillstånd. Dessutom, för att förhindra nödförlossningar och komplikationer under graviditeten, skulle mödravård ges till irreguljära invandrade kvinnor på samma villkor som för alla andra kvinnor. Men det politiska dokumentet tar inte uttryckligen upp frågan om betalning, som kan betraktas som en av de största hindren för irreguljära invandrare för att få tillgång till vård i Sverige.

Se verkställighetsbeslut av Stockholms läns landsting från 1 januari 2009: www.rosengrenska.org/pdfs/CheflakVerstallighetBeslutGomda.pdf

45 Anmärkning av fältarbetare i Sverige.

46 E. Sigvardsson (2009), *Vård för papperslösa i Sveriges landsting – lokala riktlinjer och Tillämpningsanvisningar*, finns på: <http://erikasigvardsson.files.wordpress.com/2009/11/vard-for-papperslosa-i-sverige2.pdf>.

I länder där irreguljära invandrare har rätt till primära och sekundära hälsovårdstjänster, som Belgien, Italien eller Spanien, finns också regionala och lokala skillnader i hur den nationella lagstiftningen genomförs. I Italien, där irreguljära invandrare enligt lag har rätt att få tillgång till alla förebyggande, akuta och nödvändiga behandlingar av sjukdomar samt vård som anses nödvändigt av hälsoskäl, är vissa regioner (som t.ex. Lombardiet) kända för att tillämpa en mycket restriktiv tolkning av lagen och begränsa tillgången för irreguljära invandrare till akuttjänster, medan andra regioner (t.ex. Lazio) tolkar lagen mer generöst och ger tillgång till ett betydligt bredare utbud av offentlig hälso- och sjukvård.⁴⁷ Detta betonades som följer av en representant för en myndighet:

“Problemet i Italien är inte rätten, utan hur den organiseras, och detta är regionernas ansvar. Piedimont-regionen anser att denna rätt bör organiseras på sätt A, Lombardiet på sätt C, och så vidare. Vissa regioner har öppnat vårdcentraler för irreguljära invandrare, vissa har hänvisat dem till en husläkare, och andra regioner arbetar tillsammans med frivilligorganisationer och välgörenhetsorganisationer. Detta är inte föreskrivet i lagen, utan varje region ordnar detta på det sättet de tror är bäst.”

Regional myndighet, Italien

Även om vissa kommuner anser att de bör agera, kan de känna sig bakbundna av restriktiva lagar. Detta exemplifieras av en irländsk hälsotjänsteman som sade att Irland inte skulle kunna inrätta program för irreguljära invandrare, då de enligt irländsk lagstiftning inte har rätt till annan hälso- och sjukvård än akutvård. Irreguljära invandrare i Irland skulle därför huvudsakligen förlita sig på en “praktisk insats” av vårdgivare som kommer i kontakt med dem. Denna uppfattning delades också av myndigheter i Aten.

I städer som omges av en mer gynnsam nationell miljö såsom Belgien, Frankrike eller Italien betraktar inte alla inom den kommunala administrationen det som sitt ansvar att införa kompletterande åtgärder för att underlätta tillgången till vård i praktiken. I Italien är till exempel regionen Lombardiets officiella inställning till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare att det inte finns något behov av att inrätta särskilda tjänster, eftersom akutmottagningar redan tillfredsställande garanterar den hjälp som föreskrivs i den nationella lagstiftningen. I Bryssel har bara några av de lokala socialkontoren (*Centre Public d'Action Sociale, CPAS; Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van Brussel, OCMW*) som ansvarar för hälso- och sjukvård

för irreguljära invandrare inom ramen för programmet för akutvård (*Aide Médicale Urgente, AMU*) enligt intervjuade myndigheter infört särskilda arbetsgrupper som behandlar deras svårigheter att få tillgång till systemet.

Inspirerande förfarande

Etablera socialt kompetenscenter för att hjälpa irreguljära invandrare

Socialkontoret (*Centre Public d'Action Sociale, CPAS; Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn van Brussel, OCMW*) i Molenbeek, ett distrikt i Bryssel, Belgien, har skapat en särskild enhet som ägnar sig åt att ge hälso- och sjukvård till irreguljära invandrare. Enheten ses som en bra utgångspunkt för att förbättra tillämpningen av belgisk nationell lagstiftning i fråga om irreguljära invandrades möjlighet att få hälsovård. Distriktets borgmästare gav politiskt stöd att skapa enheten – politiskt stöd som också underlättar enhetens förbindelser mellan myndigheter och målgrupper som irreguljära invandrare, i syfte att människor ska kunna leva värdiga liv, oavsett social och juridisk status.

Myndigheter i Sverige förklarade att om ingen myndighet på nationell, regional eller lokal nivå tar ansvar för att skydda rätten till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, tvingas man hitta informella och flexibla lösningar som enbart förlitar sig på välviljan hos den första människa som invandraren råkar komma i kontakt med, ofta administrativ personal, sjuksköterskor eller läkare.

Kunskap om situationen och om irreguljära invandrades rättigheter inom hälso- och sjukvårdsinrättningar och bland hälso- och sjukvårdspersonal är avgörande för att ge dem möjlighet att dra praktisk nytta av den offentliga hälso- och sjukvården. Dålig kännedom inom myndigheter om den specifika situationen för irreguljära invandrare och deras tillgång till hälso- och sjukvård försvårar i praktiken ett effektivt genomförande av rätten till vård. I Polen och Ungern kunde till exempel de offentliga tjänstemän som intervjuades inte peka ut någon åtgärd från regeringen som hade med irreguljära invandrades möjlighet att få hälso- och sjukvård att göra, dessutom ansåg de inte att frågan hade någon större betydelse. Deras uppfattning var i stället att oförsäkrade personer i allmänhet utgör en mycket större utmaning för hälsosystemet än irreguljära invandrare.

Arbetet med att genomföra nya arbetssätt i vården påverkas ibland av uppfattningen att bredare hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare skulle uppmuntra fler personer till irreguljär invandring eller uppehåll, även om FRA inte kunde finna några bevis

⁴⁷ Se [www.nowhereland.info/?i_ca_id=389](http://www.stranieriinitalia.it/guida_alla_salute_in_otto_lingue; Assistenza Sanitaria - Scheda a cura di Giulia Perin; PICUM (2010), Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries. Country report Italy, finns på: <a href=), s.10.

som bekräftade att detta är fallet. I Belgien till exempel tog en representant för ett socialkontor upp frågan om etablerandet av särskilda hälso- och sjukvårdsprogram eller tjänster för irreguljära invandrare kunde innebära en möjlig magneteffekt. I en stad till exempel sa en intervjuad att ansökningarna granskas mer noggrant än någon annanstans i Belgien, för att säkerställa att endast de som redan bor i staden får ett AMU-sjukförsäkringskort. En annan motsättning togs upp av en tjänsteman från hälsovårdsnämnden i ett distrikt i Bryssel. Han påpekade att genom att kräva att irreguljära invandrare betalar för vård om de har tillräckliga medel, så främjar socialkontoret illegalt arbete som de istället borde bekämpa.

I andra situationer kan ett lands hälso- och migrationsdepartements intressen stå i direkt strid med varandra. Detta illustreras av *Médecins du Monde's* erfarenhet, som rapporterade att ett lands hälsoministerium kan stödja deras arbete, medan inrikesministeriet motsätter sig det. I Frankrike till exempel sade de att hälsoministeriet hade tryckt sin logotyp på nålutbytespaketen som delas ut av den ideella organisationen för att hindra polisen från att förstöra dem när de inspekterar mottagarna. I ett liknande fall sade en spansk civilsamhällsorganisation att personalen på en inrättning för hiv-prevention till sexarbetare upptäckte att de inte längre får patienter, eftersom polisen griper dem på väg till inrättningen.

1.2. Rättigheter i samband med särskilda sjukdomar

Särskilda rättigheter till vård kan finnas för personer som lider av smittsamma sjukdomar, som hiv/aids, tuberkulos eller hepatit. Sådana rättigheter ges ofta med tanke på den allmänna folkhälsan.

I samtliga 10 länder kan irreguljära invandrare få **göra undersökningar** för vissa infektionssjukdomar. I Ungern till exempel är behandlingen kostnadsfri och tillgänglig för alla. I Irland är enligt de intervjuade myndigheterna filmvisningar om hiv, gulsot och sexuellt överförbara sjukdomar (STD) tillgängliga via statligt finansierade könssjukdomskliniker, såsom av *Women's Health Project* som arbetar med prostituerade kvinnor, varav några har smugglats till Irland. Dessa tjänster är i allmänhet gratis. Till exempel finns kostnadsfria anonyma hiv-test i alla 10 länder.⁴⁸

Det finns tillgång till behandling mot hiv-infektioner utan några villkor i Frankrike vid särskilda

mottagningar⁴⁹ och om irreguljära invandrare uppfyller kraven för att få tillgång till hälsovård, kan de få sådan behandling i Belgien, Spanien och Italien.⁵⁰ I Sverige måste däremot irreguljära invandrare betala hela kostnaden för hiv/aids behandling och läkarna är inte förpliktade att ge sådan behandling.

Enligt HUMA-nätverket kan hiv-behandling erhållas i Belgien, Frankrike, Italien och Spanien genom de olika system som möjliggör att irreguljära invandrare får tillgång till hälso- och sjukvård, medan behandlingen inte beviljas i Sverige, och i Tyskland finns tillgång till hiv-behandling i teorin, men patienterna avskräcks p.g.a. rådande rapporteringsskyldighet.⁵¹

På grund av rapporteringsskyldighet till polisen i Tyskland som är kopplad till ersättning av icke akut hälso- och sjukvård (förklaras i avsnitt 2.1.1.) är det främst invandrare som varken fruktar rapportering till polisen eller avvisning, till exempel de som har ett 'toleranstillstånd' (*Duldung*) som utnyttjar rätten till behandling för hiv-infektioner eller andra smittsamma sjukdomar. Men i den tyska staden Köln, till exempel, meddelade myndigheterna att hälsokontoret hade etablerat ett särskilt rådgivningscentrum för personer med sexuellt överförbara sjukdomar (*Beratungsstelle für sexuelle übertragbare Krankheiten*) som är tillgängligt för alla, oavsett juridisk status eller förekomst av försäkring.

1.3. Rättigheter för bestämda grupper

Detta kapitel behandlar fyra specifika grupper av irreguljära invandrare, det vill säga barn, kvinnor i behov av mödravård och reproduktiv vård, personer med mentala hälsoproblem och personer med kroniska sjukdomar. Alla fyra har särskilda vårdbehov. Enligt internationell lag existerar särskilda rättigheter till vård för de två första grupperna.

Det första kapitlet i denna tematiska rapport påpekade att i fyra länder (Belgien, Frankrike, Italien, Spanien) omfattar hälsovården för irreguljära invandrare primär och/eller sekundär vård. I de sex övriga länderna är den allmänna regeln att enbart ge tillgång till akutvård. Några av de senare länderna har dock vidtagit vissa särskilda åtgärder, särskilt vad gäller graviditet, mödra- och barnhälsovård.

48 Mounier-Jack/ Nielson/ Coker, (2008), *HIV testing strategies across European countries*, British HIV Association, *HIV Medicine*, 9 (Suppl.2), s. 13 - 19

49 Centres for infectious diseases, CIDAG.

50 HUMA-nätverket (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*.

51 HUMA-nätverket (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*.

1.3.1. Mödravård och reproduktiv vård

Kvinnor behöver särskilda hälsovårdstjänster, särskilt i fråga om mödravård och reproduktiv vård. Detta inkluderar ett antal mödravård-, förlossnings- och eftervårdstjänster. FN:s konvention om barnens rättigheter (CRC) samt FN:s Konvention om avskaffande av all slags diskriminering mot Kvinnor (CEDAW) innehåller särskilda bestämmelser om reproduktiv omsorg och mödravård. Artikel 24 i barnkonventionen ålägger staterna att vidta lämpliga åtgärder för att "säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen". Artikel 12 (2) i CEDAW uppfordrar konventionsstaterna att 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".

Den typ av vård som ges till kvinnor kan variera från land till land och beror på de allmänna tjänster som erbjuds till gravida kvinnor eller mödrar inom det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet. Tabellerna 3 och 4 ger en bred översikt över tillgång till mödravård, förlossning och eftervård för kvinnliga irreguljära invandrare. Vanligtvis inkluderar sådan hälsovård rådgivning om före- och eftervård, tillgång till provtagning (t.ex. ultraljud, urin- eller blodprov), regelbundna gynekologiska besök samt hjälp under förlossningen.

Fakta som samlades in för denna rapport visar att **förlossning** anses vara en nödsituation i alla de länder som studerades, och därmed kan den medicinska personalen inte vägra att behandla irreguljära invandrare som har födslovärkar.

Behovet av att betala för vården utgör ett stort hinder. Förlossningen kan bli för dyr. I Sverige till exempel kan kostnaderna för att föda barn vara upp till EUR 2684.⁵² I Sverige blir kvinnliga irreguljära invandrare i allmänhet fakturerade för sjukhuskostnader, på Irland beror det på vårdgivaren. I Polen och Ungern är situationen beträffande betalning fortfarande oklar. I Ungern ingår förlossning i den lista över 31 situationer som skall behandlas som akutfall:⁵³ genom fakta från intervjuer med invandrare framgår att kvinnliga irreguljära invandrare förväntas betala förlossningskostnaderna. Men om en patient inte har råd med det, kategoriseras räkningen som icke återbetalningsbar och vårdgivaren kan få ersättning av staten. I vissa länder där invandrare faktureras, finns system för att skriva av kostnaderna om betalning skulle utebli.

Tabell 4 ger en överblick av de 10 EU-medlemsstaternas politik angående före- och eftervård. Den bygger på en bred kategorisering.

Tabell 4: Tillgång till gratis före- och eftervård, 10 EU-medlemsstater

Land	Tillgång och villkor
Belgien	Om berättigad till AMU
Frankrike	Genom AME eller PASS
Grekland	Besök på öppenvårdens akutkliniker, men tester/undersökningar är normalt inte gratis
Irland	NEJ
Italien	Innehavare av en STP kod
Polen	NEJ
Spanien	JA
Sverige	NEJ
Tyskland	Vård garanterad, men risk för rapportering till myndigheterna
Ungern	NEJ

Obs: Akutbehandling ingår inte i denna tabell, inte heller regional eller lokal politik som avviker från den nationella politiken.

Källa: FRA, 2011⁵⁴

Full tillgång till **före- och eftervård** ges i endast fyra av de 10 länder som granskas i denna studie, nämligen i Belgien, Frankrike, Italien och Spanien. I Grekland är tillgång till öppen vård möjlig, men sjukhusvård är begränsad till nödsituationer. I Tyskland, på grund av rapporteringskrav kopplad till icke akut hälso- och sjukvårdsersättning som förklaras i avsnitt 2.1.1., begränsar risken för att anmälas till migrationsmyndigheterna i praktiken den kostnadsfria hälso- och sjukvård, som i princip ges till gravida kvinnor och mödrar, till bara akut vård.⁵⁵

⁵² Intervju med myndighet.
⁵³ Se förordning 52/2006

⁵⁴ Intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal och HUMA-nätverket (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice*.

⁵⁵ *Asylbewerberleistungsgesetz*, del 4 (2).

I Spanien beviljas kvinnliga irreguljära invandrare villkorlös och kostnadsfri tillgång till mödravård och reproduktiv vård på samma villkor som inhemska medborgare. I Italien beviljas de kostnadsfri tillgång till före- och eftervård när de har fått en STP-kod. I Frankrike kan kvinnliga irreguljära invandrare som inte är berättigade till statlig medicinsk hjälp (AME) få tillgång till mödravårdsundersökningar och förlossningsstöd i PASS-inrättningar, oavsett vistelsetid eller inkomst.⁵⁶ På liknande sätt får kvinnliga irreguljära invandrare i Belgien som kvalificerar sig för AMU-systemet tillgång till reproduktiv vård. Dessutom ger barn- och familjekontoret (*Office de la Naissance et de l'Enfance, Kind en Gezin*) avgiftsfri hälso- och sjukvård för gravida kvinnor och familjer med spädbarn (rådgivning, hälsokontroller, vaccinationer) oavsett nationalitet, ursprung eller social bakgrund.⁵⁷ I Grekland förklarade en kirurg som arbetar i en akutklinik att trots att invandrarna endast hade rätt till akutvård i nationell lagstiftning, kan läkarna vid sådana kliniker ge öppen vård till gravida kvinnor till låg kostnad. Med andra ord kan läkare regelbundet göra graviditetskontroller men inte utföra några provtagningar, såsom urinprov, då bara öppenvård täcks av lagen.

I de övriga fyra länderna (Irland, Polen, Sverige och Ungern) får gravida kvinnliga irreguljära invandrare bara behandling i nödfall under graviditeten.

"[J]icke-akuta fall blir inte behandlade [...]. Detta betyder att till exempel eftervård inte ges till icke-betalande oförsäkrade personer."

Hälso- och sjukvårdspersonal, Ungern

"Nödfall" är ett vagt begrepp som måste bedömas av en läkare från fall till fall. I allmänhet får kvinnliga irreguljära invandrare endast kostnadsfri vård om komplikationer, såsom blödning, tillstöter under graviditeten. Andra former av mödravård och eftervård betraktas i allmänhet inte som nödsituationer och tillhandahålls därför endast mot betalning. I Sverige tillämpar vissa städer, som Stockholm, en fördelaktigare politik. Ett verkställighetsbeslut från Stockholms läns landsting klargör att hälso- och sjukvårdspersonal ska behandla kvinnliga irreguljära invandrare som söker för- och eftervård, men frågan om kostnaderna tas inte uttryckligen upp.⁵⁸

- 56 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries. Country report France*, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.
- 57 Se www.one.be/index.php?id=5 och HUMA-nätverket (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice*, s. 27.
- 58 Verkställighetsbeslut av Stockholms läns landsting från 1 januari 2009: www.rosengrenska.org/pdfs/Cheflak_VerstallighetBeslutGomda.pdf.

Inspirerande förfarande

Vårdcenter tar hand om invandrarkvinnors hälsotillsyn

Centrum för hälsa och stöd till invandrarkvinnor (*Centro di salute e ascolto per le donne immigrate*) erbjuder medicinsk hjälp till alla gravida invandrarkvinnor och flickor, oavsett status. Centret är en avdelning av San Carlo Borromeo sjukhus i Milano, Italien, och resultatet av ett samarbete mellan det sociala kooperativet Crinali (www.crinali.org/index.html) och den offentliga hälsosektorn och finansierades till en början av Lombardiet. Centret har flerspråkig, uteslutande kvinnlig medicinsk personal (gynekologer, förlossningsläkare, barnläkare) anställda av sjukhuset, och kulturmedlare anställda av Crinali. Vid första besöket i centret uppmanas patienterna att ange sina namn så att en noggrann journal kan föras. Efter inledande samråd med läkare, psykolog och medlare får kvinnorna en tid och ett recept på alla nödvändiga mediciner. Med denna information är de berättigade till en STP-kod. Ett liknande center finns i San Paolo-sjukhuset i Milano.

Vissa länder (t.ex. Grekland, Italien, Tyskland) har infört alternativet att uppskjuta avvisningen av gravida kvinnor som är irreguljära invandrare.⁶⁰ Detta leder dock inte automatiskt till en rätt till hälso- och sjukvård i alla dessa länder. I Grekland kan till exempel gravida kvinnor beviljas uppskov med avvisningen för en fastställd period före och efter förlossningen, men de är inte beviljade kostnadsfri tillgång till mödravård under denna period.⁶¹ I Tyskland kan bara invandrare med 'toleranstillstånd' (*Duldung*) utan att vara rädda uppsöka hälso- och sjukvården under och efter graviditeten, på grund av polisens rapporteringsskyldighet som är kopplad till icke-akut hälso- och sjukvårdersättning som förklaras i avsnitt 2.1.1. Därför hjälper ideella organisationer kvinnliga irreguljära invandrare som behöver hjälp under graviditeten att få detta tillstånd. Dock beviljas denna status endast för en begränsad tidsperiod när kvinnan anses vara "oförmögen att resa" – vanligtvis sex veckor före och åtta veckor efter förlossningen.⁶²

59 Intervju med hälso- och sjukvårdspersonal.

60 Tyskland: *Aufenthaltsgesetz*, del 60 a (2) 3:e meningen (graviditet betraktas – godtyckligt – som brådskande personliga skäl); Grekland: Lag 3386/2005 (efter tillägg), Artikel 79 (1) e. andra meningen; Italien, D. LGS. 286/1998 (efter tillägg), Artikel 19 (2) d. För en bredare översikt över nationell skyddsstatus beviljad på medicinska grunder se Europeiska migrationsnätverket (*European Migration Network*) (2010), *The different national practices concerning granting of non-EU harmonised protection statuses*, s. 28.

61 Greklands svar på frågeformuläret om de nationella myndigheterna.

62 Se PICUM, *Access to Healthcare for Undocumented Migrants*, s. 38.

Offer för människohandel utgör en särskilt utsatt grupp. Bland de stödåtgärder för offer för människohandel som inrättas genom artikel 11 i det nya direktivet mot människohandel,⁶³ uppmanas medlemsstaterna att erbjuda "nödvändig, medicinsk behandling inklusive psykologiskt stöd, rådgivning och information, samt översättning och tolkning vid behov". Stödåtgärder ska garanteras även till offer som inte är villiga att samarbeta i en brottsutredning, åtal eller rättegång (artikel 11).

Civilsamhällets aktörer kan erbjuda offer för människohandel särskilda vårdtjänster, ofta med stöd av landets regering. Liknande tjänster kan också gynna kvinnliga irreguljära invandrare. I Irland till exempel inrättades en särskild enhet 2010 i *Health Service Executive* (HSE) som utvecklar individuella vårdplaner för alla (manliga och kvinnliga) potentiella och misstänkta offer för människohandel, oavsett deras rättsliga ställning. Vårdplanerna omfattar, beroende på individuella behov, allmän hälsoundersökning, sexuella hälsotjänster, mental/psykisk hälsovård och rådgivning/ingripande och familjerådgivning, hjälp med sociala och andliga frågor, inklusive voodoo och juju, hjälp med ekonomisk skötsel, stöd och rådgivning i samband med utbildning/yrkesutbildning och invandringsstatus samt en förklaring av brottsutredningsprocessen och eskort till polisförhör. Dessutom erbjuder HSE:s kvinnohälsoprojekt, en statligt finansierad ideell organisation, provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar, vaccinationer, rådgivning, preventivmedel, graviditetstest och råd, samt socialt stöd till kvinnor som eventuellt kan vara offer för människohandel.⁶⁴ På liknande sätt berättar La Strada att i Polen erbjuds deras tjänster också till offer för människohandel.

Enligt invandrare fyller ideella organisationer en mängd olika funktioner, från att tillhandahålla information och fungera som en alternativ vårdgivare till att agera som medlare mellan irreguljära invandrare och vårdgivare. En irreguljär invandrare som bor i Warszawa sade att utan hjälp av en ideell organisation som specifikt hjälper kvinnor hade hon inte hittat en läkare:

"När jag var gravid hade jag inga papper, ingen försäkring, ingenting. Mitt barn föddes i februari 2006. Jag gick till läkaren, till sjukhuset i Praga Północ eller Poludnie. Jag fick telefonnummer och adress från min vän som är sexarbetare och som La Strada stiftelsen är ansvarig för. De tar hand om prostituerade och de ger dem allt gratis: gynekologer, läkemedel. Jag frågade min vän om [...]de skulle kunna hjälpa mig och hon lovade att fråga på stiftelsen. Och denna stiftelse gav mig telefonnumret till läkaren. Jag gick till den här läkaren och under det första besöket gjordes blodprov, ultraljud, allt gratis."

31-40, Polen, från Östeuropa

I vissa länder har kvinnliga irreguljära invandrare även tillgång till vårdprogram som riktas till allmänheten eller som ges på särskilda inrättningar. I Frankrike till exempel erbjuds kvinnor och barn upp till 21 års ålder kostnadsfri hälso- och sjukvård, familjeplanering, före- och eftervård i samband med graviditet, barnvaccinationer och hjälp vid födseln på mödra- och barnvårdscentraler (*Service de protection maternelle et infantile*, PMI). I Köln kan irreguljära invandrare få rådgivning under graviditeten samt grundläggande kontroller under den humanitära rådgivningstimmen som erbjuds av stadens hälsokontor, medan hälsokontoret i Bremen organiserar vården under graviditet genom ett nätverk av frivilliga gynekologer. I Köln måste kvinnan emellertid själv täcka en del av kostnaderna.⁶⁵

FRA:s synpunkt

Före- och eftervård

Artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter (CRC) och artikel 12 (2) i konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW) kräver vård under havandeskap och förlossning, samt efter förlossningen. Men rättigheten till hälso- och sjukvård för gravida kvinnor och mödrar varierar inom Europeiska Unionens (EU) medlemsstater.

Kvinnliga irreguljära invandrare ska ha tillgång till den nödvändiga primära och sekundära hälso- och sjukvården vid förlossning samt reproduktiv och mödravård på samma villkor som landets medborgare. Denna bör omfatta primär och sekundär före- och eftervård i samband med graviditet, såsom möjligheten att besöka en gynekolog, tillgång till grundläggande provtagning, familjeplanering eller rådgivning.

63 Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/36/EU, utgivet 5 april 2011.

64 Intervju med hälso- och sjukvårdspersonal i Irland, för kvinnohälsoprojektet (*Women's Health Project*) se www.hse.ie/eng/services/Find_a_Service/Sexualhealth/Women%27s_Health_Project/.

65 Intervju med myndighet.

1.3.2. Hälso- och sjukvård för barn som är irreguljära invandrare

Barn utgör en av de mest utsatta samhällsgrupper i behov av särskilt skydd. Artikel 24 i 1989 års FN-konvention om barnets rättigheter (CRC) erkänner "barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till behandling av sjukdom och rehabilitering". Dessutom "Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt till tillgång till sådan hälso- och sjukvård".

I verkligheten är dock hälso- och sjukvård för barn som är irreguljära invandrare inte tillgänglig överallt.⁶⁶ Tabell 5 ger en bred överblick av ländernas olika tillämpningar.

I endast två av de undersökta 10 länderna, Grekland och Spanien, är barn som är irreguljära invandrare (åtminstone upp till en viss ålder) enligt lag berättigade att få samma vård på samma villkor som inhemska barn. I Spanien är alla barn tilldelade en barnläkare från dagen de föds.⁶⁷ I Grekland har alla barn upp till

14 års ålder tillgång till vård på barnkliniker, oavsett uppehållstillstånd.⁶⁸ I Aten finns cirka 20 sådana kliniker. Enligt hälso- och sjukvårdspersonal som intervjuats används dessa främst av invandrare.

Tre länder, Belgien, Frankrike och Italien, skiljer mellan ensamma barn som är irreguljära invandrare och de barn som bor med sina familjer och ger den första gruppen större tillgång, jämförbar med den som ges till medborgare.⁶⁹

I Frankrike har ensamkommande barn som är irreguljära invandrare i princip full tillgång till det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet (CMU),⁷⁰ medan irreguljära invandrabarn med familjer måste kvalificera sig för systemet för statligt medicinsk hjälp (AME).⁷¹ Däremot omfattas de från första dagen de är bosatta, de behöver inte bevisa att de har bott tre månader i Frankrike, vilket är fallet för vuxna. I Belgien är ensamma barn som är irreguljära invandrare sjukförsäkrade om de bor på en vårdcentral eller ett härbärge. Om de är bosatta utanför ett sådant centrum är de sjukförsäkrade om de har gått i skolan

Tabell 5: Gratis tillgång till hälso- och sjukvård för barn som är irreguljära invandrare, 10 EU-medlemsstater

	Samma tillgång som medborgare	Samma tillgång som medborgare för vissa tjänster	Liknande villkor för ensamkommande barn som för medborgare	Tillgång bortom akutvård för specifika kategorier	Bara akutvård
Belgien			✓		
Frankrike		–	✓		
Grekland	✓	–			
Irland		–			✓
Italien		–	✓		
Polen		–		Skolbarn	
Spanien	✓	–			
Sverige		–		Avvisade asylsökare	
Tyskland		–		Tolererade barn*	
Ungern		–			✓

Obs: * I praktiken riskerar upptäckta barn att rapporteras till utlänningspolisen, trots att de är berättigade till sjukvård enligt lag.

Källa: FRA, 2011; Sammanställt från Björngren-Cuadra, C. (2010), Policies on Healthcare for Undocumented Migrants in EU27. Country report, Lithuania, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=369; PICUM (2009), Undocumented Children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions, Brussels: PICUM; HUMA-nätverket (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice; intervjuer med sjukvårdspersonal

66 För situationen för ensamma barn som söker asyl, v.g. se FRA (2010), Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report, s. 45-49.

67 Spanien, Ley Organica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (11 januari 2000) artikel 12 (3) och intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal.

68 Kodifiering av lagstiftningen om inresa, bosättning och social integration av tredjelandsmedborgare inom Greklands gränser, lag 3386/2005 (regeringsnyheter-GG A 212), artikel 84 (1).

69 Se FRA (2010), Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report.

70 Code de l'action sociale et des familles, artikel L111-2.

71 Code de l'action sociale et des familles, artikel L254-1, HUMA-nätverket (2009), Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and Practice, s. 51.

i Belgien i minst tre månader.⁷² Invandrabarn som är illegalt i landet och bor tillsammans med sina familjer behandlas som vuxna irreguljära invandrare och måste ansöka om ett AMU sjukförsäkringskort för att få hälso- och sjukvård.⁷³ I Italien får, enligt en socialassistent som arbetar på ett sjukhus, barn som är irreguljära invandrare och bor tillsammans med sina familjer nödvändig vård och vaccinationer, men de får inte träffa en barnläkare. Däremot beviljas samma rättigheter till ensamma barn som är irreguljära invandrare som italienska barn.

I Tyskland har irreguljära invandrare samma rätt till vård som asylsökande.⁷⁴ Detta inkluderar barnhälsovården. Men rapporteringsskyldigheten till polisen som är kopplad till ersättning av icke-akut hälso- och sjukvård (förklaras i avsnitt 2.1.1) hindrar dem från att uppsöka denna. I Sverige har bara irreguljära invandrabarn under 18 års ålder, vars asylansökan har avslagits, rätt att få hälso- och sjukvård inom det nationella hälsovårdssystemet. I Polen är barn som är irreguljära invandrare bara berättigade till hälso- och sjukvård när de går i kommunala skolor.⁷⁵

I Irland och Ungern kunde man inte hitta några särskilda skyddsmekanismer som rör tillgången till hälso- och sjukvård för barn som är irreguljära invandrare. Liksom vuxna har barn i dessa länder endast tillgång till akut vård.

Vaccinationer för spädbarn och småbarn är en del av primärvården för barn i många länder. FRA:s forskning visade att vaccinationer erbjuds kostnadsfritt i åtta av de 10 undersökta länderna, nämligen Belgien, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Spanien, Sverige och Ungern. I Irland kunde inga särskilda bestämmelser om vaccinationer hittas. Det antas därför, baserat på allmän skyldighet att ge akutvård, att barnen får de vacciner som vårdgivare anser räknas som akutvård. I Tyskland ges kostnadsfria vaccinationer till barn som är irreguljära invandrare enligt lagen för asylsökande, men rapporteringsskyldighet till polisen som är kopplad till ersättning för sådan icke-akut vård, som förklaras i avsnitt 2.1.1. utsätter barnen som söker vaccinationer för risken att anmälas till

migrationsmyndigheterna.⁷⁶ I Polen får barnen bara vaccinationer om föräldrarna betalar för dem, även om barn som är irreguljära invandrare också har tillgång till obligatoriska vaccinationer genom bestämmelser som i allmänhet riktar sig till skolbarn.⁷⁷

Där vaccinationer inte tillhandahålls genom den offentliga hälso- och sjukvården får barn förlita sig på att läkare kan lösa det hela inofficiellt, eller på särskilda tjänster som erbjuder hälso- och sjukvård utan några villkor. I Tyskland, till exempel, sade *Malteser Migranten Medizin*, ett privat religiöst sjukhus i Köln, att de erbjuder vaccinationer anonymt och utan betalning. I Polen sade vårdpersonal på ett allmänt sjukhus i Warszawa att de alltid ger vaccinationer till barn, även om staten egentligen inte ger dem kostnadsfri tillgång till hälso- och sjukvård. Ideella organisationer i Polen rapporterade dock att de regelbundet har diskuterat med vårdpersonal om barns rätt att få kostnadsfria vaccinationer. I Polen får bara papperslösa barn i skolåldern förebyggande vård, däribland förebyggande vaccinationer, i skolorna.⁷⁸

När tillgången är lagligt beviljad är **bristande medvetenhet** om rättigheter ytterligare ett hinder som förhindrar tillgång till hälsovård i praktiken.⁷⁹ Till exempel kan barn och ungdomar upp till 21 års ålder i Frankrike få tillgång till kostnadsfri hälso- och sjukvård och vaccinationer vid särskilda mödra- och barnavårdcentraler (PMI) som riktar sig till befolkningen i allmänhet. Dock är irreguljära invandrare ofta inte tillräckligt informerade om tillgängligheten av dessa och liknande tjänster, enligt en tjänsteman från Paris stad som är ansvarig för barn och hälsa. I Sverige har, enligt intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal, barn som är irreguljära invandrare rätt till vaccinationer, men vårdleverantörer samt invandrare är ofta omedvetna om detta. I Stockholm riktade sig ett vaccinationsprogram mot H1N1 (svininfluensa) uttryckligen till barn till irreguljära invandrare.⁸⁰ Barn till irreguljära invandrare kan också bli offer för generella nedskärningar av hälsoutgifter som inte riktar sig mot invandrare. I Grekland, till exempel, stoppade hälsovårdsministeriet utdelning av vaccin till barnkliniker i början av 2010, och

72 *Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités* (14 juli 1994), artikel 32 1st punkt No. 22; för ensamresande minderåriga i Vallonies se t.ex. circulaire OA Nr. 2008/198 (9 maj 2008).

73 *Loi organique des CPAS* (8 juli 1976), artikel 57 punkt 2; PICUM (2009), *Undocumented children in Europe: Invisible Victims of Immigration Restrictions*, finns på: <http://picum.org/article/reports>, s.50-51.

74 *Asylbewerberleistungsgesetz* del 1 och 4.

75 Se HUMA- nätverket (2011), *Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, s. 101; lag om utbildningssystemet (7 september 1991), artikel 92 (1) och (2) och Hälsovårdsmyndighetens föreskrift om organisationen av profylaktisk hälsovård för barn och ungdomar från 28 augusti 2009.

76 *Asylbewerberleistungsgesetz* del 4 punkt 3.

77 Se HUMA- nätverket (2011), *Access to Healthcare and Living Conditions of Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, s. 101; lag om utbildningssystemet (7 september 1991), artiklar 92 (1) och (2) och Hälsovårdsmyndighetens föreskrift om organisationen av profylaktisk hälsovård för barn och ungdomar från 28 augusti 2009.

78 Skolbesök är obligatoriska för barn mellan 7 till 18 som bor i Polen, finns på: www.migrant.info.pl/Edukacja.html.

79 För mentalvård se också FRA, (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, s. 47.

80 Bakgrundsinformation från rapporten av Patricia de Palma och Lena Karlsson, som gjorde fallstudien i Sverige.

sjukhus har därför i allmänhet stora svårigheter att ge barnen grundläggande vaccinationer. Istället försöker de organisera kostnadsfritt vaccin via enskilda organisationer, som Caritas och Röda Korset.

FRA:s synpunkt

Barnavård

Barn som är irreguljära invandrare fortsätter att ha rättsliga och praktiska svårigheter att få tillgång till hälso- och sjukvård.

Mot bakgrund av artikel 24 i barnkonventionen skall varje barn som befinner sig inom en medlemsstat ha rätt till samma hälso- och sjukvård som landets medborgare. Detta bör även omfatta vaccinationer, som är en viktig förebyggande åtgärd.

1.3.3. Mentalvård

Psykiska, fysiska och sociala problem är starkt sammankopplade.⁸¹ Psykiska problem bland irreguljära invandrare kan vara följden av våld och förföljelse i ursprungslandet. Irreguljära invandrare kan också drabbas av problem i värdlandet, exempelvis otrygga levnadsförhållanden, erfarenheter av frihetsberövande, brist på framtidsutsikter, stigmatisering och isolering samt ständig rädsla för att gripas. I intervjuerna nämnde irreguljära invandrare en mängd skäl och omständigheter som ytterligare ökar påfrestningarna på deras psykiska välbefinnande, såsom påtryckningar från familjen i ursprungslandet i behov av ekonomiskt stöd, ångest och stress från väntan på svar på en asylansökan och depression till följd av levnadsförhållanden och brist på status.

”På grund av mina dåliga nuvarande levnadsförhållanden känner jag mig ledsen och nervös. Och även om det är sant att jag kan få gratis vård, hur kan man leva och vara frisk om man inte har pengar till att äta eller att köpa normala saker?”

21-30, Belgien, från Västafrika

Enligt den intervjuade hälso- och sjukvårdspersonalen omfattar psykiska problem bland irreguljära invandrare allt från psykosomatiska problem såsom huvudvärk, sömnlöshet och ångest, och psykologiska problem relaterade till droger eller alkohol, till mycket allvarliga tillstånd, såsom post-traumatiskt stressyndrom, psykos eller depression.⁸²

Enligt uppgifter från vårdgivare och ideella organisationer blir psykiska problem ofta inte behandlade.

”Det finns inget psykologiskt stöd tillgängligt för papperslösa. Och psykologisk hjälp skulle verkligen behövas. Ibland vet vi inte vad vi ska göra om vi har personer med psykiska, emotionella problem. Detta är ofta relaterat till juridiska problem [...] om identitetshandlingar saknas finns det ingen möjlighet att hjälpa en sådan person. Dessutom skulle ingen läkare ta hand om dessa patienter, även om vi har blivit vänner med läkare som har en större förståelse för problem som irreguljära vietnamesiska invandrare kan ha.”

Ideell organisation, Polen

Tabell 6 ger en översikt över statlig praxis vad gäller psykisk hälso- och sjukvård. I allmänhet är tillgång till mentalvård för irreguljära invandrare mycket begränsad. Endast i fyra av de 10 undersökta länderna (Belgien, Frankrike, Italien och Spanien) har irreguljära invandrare åtminstone formellt tillgång till mentalvård, såsom läkemedel och behandling mot depression, stress, psykos och ångestrelaterade störningar. I alla andra länder behandlas irreguljära invandrare bara i akuta fall, dvs om de hotar med självmord eller om de anses vara ett hot mot sig själva eller mot andra (t. ex. psykos). Hälso- och sjukvårdspersonal i Ungern påpekade att detta tyder på att det inte ges någon ytterligare behandling efter det att patientens tillstånd har stabiliserats.

81 K. Wahlbeck, M. Huber (2009), *Access to Healthcare for People with Mental Disorders in Europe*. Policy Brief, European Centre.

82 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Landsrapporter inom projektet *Healthcare in Nowhereland*, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

Tabell 6: Tillgång till mentalvård för irreguljära invandrare in 10 EU-medlemsstater

EU-medlemsstater	Tillgång och villkor
Belgien	JA Om berättigad till AMU
Frankrike	JA Om berättigad till AME, annars berättigad via PASS inrättningar
Grekland	NEJ MEN: undersökningar genom kommunala och akutkliniker
Irland	NEJ
Italien	JA med STP kod
Polen	NEJ
Spanien	JA Med hälsokort
Sverige	NEJ
Tyskland	NEJ
Ungern	NEJ

Källa: FRA, 2011 (intervjuer med vårdgivare och myndigheter)

Men även om rätten till hälso- och sjukvård innefattar mentalvård, kan praktiska hinder begränsa tillgången. Sådana hinder kan vara av allmän karaktär och påverka befolkningen som helhet, eller vara specifika för irreguljära invandrare.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som intervjuades påpekade att det finns en **allmän brist på mental hälsovård, också för allmänheten**. Men även om svårigheter kan påverka befolkningen i stort, förvärrar den illegala statusen ofta situationen. Som en illustration säger en läkare som arbetar i Budapest att den psykiska sjukvården är en av det ungerska hälso- och sjukvårdssystemet stora brister; för oförsäkrade är möjligheten att få behandling för ett psykiskt hälsoproblem ännu mer begränsad. Representanter för civilsamhället som intervjuades i Tyskland har samma uppfattning om psykisk sjukvård och konstaterar att de försäkrade måste vänta upp till sex månader, medan irreguljära invandrare eller personer med ett 'toleransstillstånd' (*Duldung*) kan få vänta ett helt år. Hälso- och sjukvårdspersonal i Spanien påpekade frågor som berör invandrare mer allmänt, till exempel läkarnas ovilja att ta sig an sådana patienter, på grund av oro för språkproblem och för att en närvarande tolk skulle ändra terapi- och behandlingsinställningen.

Hälso- och sjukvårdspersonal i Spanien säger att medvetenheten hos vårdpersonal om de specifika psykiska frågor som rör irreguljära invandrare är låg och att dessa ofta bara diagnostiseras under behandlingen för besläktade somatiska hälsoproblem. För att få tillgång till vård måste irreguljära invandrare först få en remiss från en allmänläkare eller ett sjukhus. En läkare i Frankrike såg detta som ett möjligt ytterligare hinder för personer med psykiska problem. I Belgien konstaterade vårdpersonal att en remiss utfärdas om behandlingen anses "nödvändig" av den första behandlande läkaren, på samma sätt blir en långfristig regelbunden behandling beviljad om det anses medicinskt nödvändigt av läkare eller sjuksköterska.

Kontinuitet i vården är en annan utmaning. I Paris erbjuds mentalvård av psykologiska vårdcentraler (*Centre Médico Psychologiques, CMP*), medan de som lever under icke-stabila förhållanden enligt intervjuad vårdpersonal kan få tjänster från ett mobilt team (*L'Équipe mobile psychiatrie et précarité*). En läkare på ett sjukhus i Paris betonade svårigheterna med uppföljande vård för irreguljära invandrare med psykiska problem och underströk att många psykologiska vårdcentraler inte reagerar tillfredsställande på situationen med personer som lever under otrygga förhållanden. Dessutom växlar läkarteam ofta – olämpligt för en grupp som behöver stabilitet. Slutligen måste patienter uppge en fast adress för att kunna dra nytta av tjänsterna, vilket ofta är problematiskt:

"Situationen i mentalvården är en mardröm, och den är inte specifik för irreguljära invandrare, då hemlösa personer står inför samma situation."

Läkare, Frankrike

Även om denna forskning visar att det generellt är mycket svårt för irreguljära invandrare att få mental hälsovård, så finns dock strukturer som underlättar deras tillgång. I Belgien har staden Gent skapat kommunala mentalvårdscentraler, som erbjuder psykologisk rådgivning mot betalning som beror på den enskildes ekonomiska situation. Men på grund av den stora efterfrågan tar det upp till sex månader att få tillgång till denna tjänst.

Inspirerande förfarande

Nya sätt att behandla illegala invandrares psykiska problem

Den Belgiska östra flamländska vårdcentralen (*Oost-Vlaamse diversiteitscentrum*) som i oktober 2010 lanserades är ett ettårigt pilotprojekt med ett speciellt program som ägnar sig åt mental hälsovård (psykoedukation) för flyktingar, asylsökande och irreguljära invandrare. Centret samarbetar med de offentliga myndigheterna i Västflandern-provinsen i Gent och i Limburg-provinsen i Belgien och syftar till att främja tillgång till psykisk hälsovård för denna målgrupp och bredda tjänsterna till att omfatta interkulturell förebyggande rådgivning och terapi. Erkända flyktingar med akademisk eller professionell bakgrund med anknytning till psykologi som bor i Flandern är utbildade för att samverka med och stödja flyktingar, asylsökande och människor utan uppehållstillstånd i behov av grundläggande mental hälsovård. Målet är att skapa stödgrupper där flyktingar, asylsökande och irreguljära invandrare kan mötas och diskutera de psykiska problem de upplever, så att de kan dra nytta av psykologiskt stöd som de förstår, från människor som talar deras språk, kommer från samma kultur och som kan ha varit i en liknande situation av ensamhet och arbetslöshet.⁸³ Dessa möten koordineras av en professionell socialarbetare.

I Grekland kan irreguljära invandrare, förutom akut behandling, konsultera en psykiatriker genom akutkliniker inom öppenvården på sjukhus som är tillgänglig för alla mot en avgift på cirka tre Euro. Men vårdpersonal anmärkte att varaktig behandling av psykiska problem i allmänhet inte är möjligt eftersom patienten måste köpa receptbelagd medicin till fullt pris.

Utöver detta är mentalvård tillgänglig genom tjänster riktade till särskilda grupper, till exempel invandrarkvinnor. Sådana tjänster kan bättre åtgärda mäns och kvinnors olika behov och problem med avseende på hälsofrågor såsom psykisk hälsa. I Barcelona till exempel etablerade den ideella organisationen Hälsa och Familj (*Salud y Familia*) ett program som erbjuder juridisk orientering och psykologiskt stöd, särskilt till kvinnor. Centret försöker erbjuda stöd för psykiska hälsoproblem förorsakade av svåra livssituationer eller familjekonflikter i Barcelona.

I Italien erbjuder Centrum för hälsa och rådgivning för invandrarkvinnor, en speciell sjukhusavdelning i den italienska staden Milano (se även texttrutan kallad Vårdcenter tar hand om invandrarkvinnors hälsobehov) begränsat stöd för psykiska problem relaterade till graviditet eller abort men kan inte ge behandling för allvarigare problem.

Psykisk sjukvård för irreguljära invandrare **är till stor del avhängigt frivilliga eller ideella initiativ**. Hälso- och sjukvårdspersonal i Frankrike rapporterade att om det inte vore för ingripande av ideella organisationer eller vissa läkares idealism skulle irreguljära invandrare ha problem med att få en tid hos en psykolog eller psykiater.

Enskilda organisationer är ofta de enda som villkorlöst erbjuder specialiserad behandling för irreguljära invandrare. Den italienska ideella organisationen *Opera San Franscescos* tjänster är ett bra exempel. Denna ideella serviceorganisation, som helt finansieras med privata medel, erbjuder ett brett utbud av tjänster inklusive mental hälsovård genom ett nätverk av läkare som arbetar ideellt. Personal som arbetar vid organisationen får utbildning i transkulturell psykot terapi, så att de är beredda att hantera invandrares särskilda situation. Många av de offentliga vårdgivarna som intervjuades sade att de skulle hänvisa irreguljära invandrare utan tillgång till hälso- och sjukvård till ideella organisationer som *Médecins du Monde*, som behandlar villkorlöst (t.ex. i Frankrike, Belgien och Grekland). Men frivilliga eller privata initiativ har i allmänhet begränsade resurser och kan inte erbjuda specialist- eller långvarig behandling, som framför allt privata vårdgivare i Sverige, Tyskland och Ungern kunde intyga.⁸⁴ Medan mindre hälsoproblem kan behandlas, är rådgivning eller terapi i syfte att underlätta problemet på ett hållbart sätt inte tillgänglig.⁸⁵

FRA:s synpunkt

Mentalvård

Konventioner om rättigheter för personer med funktionsnedsättning gäller även för irreguljära invandrare.

De bör därför ingå i pågående europeiska initiativ för att befrämja psykisk hälsa, inklusive uppföljningen av den europeiska pakten för psykisk hälsa och välbefinnande.

83 Se www.odice.be/page.php?id=1.

84 Se också: PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Landsrapporter inom projektet *Healthcare in Nowhereland*, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

85 Intervjuer med representanter för civilsamhället i Belgien och Tyskland.

1.3.4. Vård för kroniska sjukdomar

Kroniska sjukdomar och sjukdomar som diabetes, sjukdomar i luftvägarna, högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och hälsoproblem till följd av hårda levnads- och arbetsvillkor och en ohälsosam livsstil är allvarliga och ofta förekommande hälsoproblem bland irreguljära invandrare. Dessutom kan irreguljära invandrare utveckla allvarliga kroniska sjukdomar eftersom de saknar tillräcklig tillgång till förebyggande hälso- och sjukvårdstjänster.⁸⁶ Enligt en undersökning av *Médecins du Monde* säger en tredjedel av de irreguljära invandrare som kommer för en konsultation, att de lider av en eller flera kroniska sjukdomar.⁸⁷ Kroniska sjukdomar tenderar att öka med åldern. Samma undersökning visar att 20 % av männen och 31 % av kvinnorna över 55 års ålder uppfattar sitt hälsotillstånd som mycket dåligt.⁸⁸ Uppgifter över EU:s inkomster och levnadsförhållanden (EU-SILC) som samlats in under 2009 visar att i den allmänna europeiska befolkningen över 55 år uppfattar fem procent av männen och sex procent av kvinnorna sitt hälsotillstånd som mycket dåligt.⁸⁹ Således rapporterar äldre arbetstagande invandrare, särskilt kvinnor, sämre hälsotillstånd jämfört med den allmänna befolkningen.

I princip får irreguljära invandrare som lider av kroniska sjukdomar endast tillgång till behandling i de länder där de har rätt att få åtminstone primärvård (Belgien, Frankrike, Italien, Spanien). Om irreguljära invandrare som lider av en kronisk sjukdom söker hjälp vid en offentlig vårdmottagning i dessa länder, försöker de ofta skriva in sig i det offentliga hälsovårdssystemet (det vill säga ansöka om AME i Frankrike, AMU i Belgien, en STP-kod i Italien, eller söka råd om hur man får ett sjukförsäkringskort i Spanien). I Frankrike har personer utan sjukförsäkring också tillgång till behandling på PASS-inrättningen av ett sjukhus, om en sådan finns.

Kontinuitet i vården utgör en stor utmaning för irreguljära invandrare som lider av kroniska sjukdomar. Sådana sjukdomar kräver långsiktig, kontinuerlig och ofta dyr medicinering. Irreguljära invandras brist på lagliga rättigheter, samt deras begränsade ekonomiska resurser och instabila levnadsförhållanden, försvårar

kontinuerlig behandling under en längre tidsperiod eller gör den för dyr. Ett vidare hinder utgörs av den ofta temporära giltigheten hos hälsokort eller liknande. I Belgien eller Frankrike till exempel kan behandlingen av kroniska sjukdomar avbrytas om behörigheten för det statliga medicinska stödsystemet löper ut och ansökan måste lämnas in på nytt.⁹⁰

Om vårdtillgången för irreguljära invandrare begränsas till akutvård kan de bara få behandling för kroniska sjukdomar om en sådan sjukdom resulterar i en akut eller livshotande situation, eller i en situation som tolkas så av vårdpersonal. Detta är fallet i Grekland, Irland, Polen, Sverige och Ungern.⁹¹ I Grekland kan däremot irreguljära invandrare inte bara få undersökningar i nödfall (t.ex. vid svåra fall av hypoglykemi eller hyperglykemi hos diabetiker, högt blodtryck som innebär en risk för slaganfall), men också rådgöra med läkare i icke-akuta situationer och få uppföljande behandling för diabetes vid offentliga akutkliniker och kommunala kliniker. Men, som när det gäller mentalvård, kan läkare skriva ut recept på medicinen, men irreguljära invandrare måste själva betala för den. Därför berättade vårdpersonal i Grekland att de skulle skicka irreguljära invandrare i behov av medicinering till *Médecins du Monde* som erbjuder kostnadsfri medicinering när det är möjligt.

Att vårdmottagningar kan hitta mer inofficiella lösningar samt att tjänster kan erbjudas av icke-statliga aktörer är avgörande för irreguljära invandrare i behov av behandling för kroniska sjukdomar. För att få grundläggande behandling, eller läkemedel för kroniska sjukdomar, är irreguljära invandrare ofta helt hänvisade till läkares välvilja och hjälp från ideella organisationer. Samtidigt är organisationen av viktiga läkemedel eller hjälpmedel på regelbunden basis, såsom teststickor för mätning av blodsocker för diabetes, en stor utmaning för organisationerna. Tyska organisationer berättar till exempel att de samarbetar med specialistläkare och apotek som samlar läkemedel som har blivit över från andra patienter, med tanke på de praktiska hinder som hindrar illegala invandrare från tillgång till hälso- och sjukvård och beskrivs i avsnitt 2.1.1. Denna och liknande samarbetsmodeller är mycket informella och bräckliga, och tillåter inte systematisk och regelbunden behandling, men de innebär ofta den enda möjligheten att få behandling.⁹²

86 Se bevis från Österrike eller Sverige i PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Landsrapporter inom projektet *Healthcare in Nowhereand*, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

87 Se *European Observatory* för tillgång till hälso- och sjukvård av *Médecins du Monde* (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*, s.11: 1125 personer blev undersökta, 8% var över 55 år gamla.

88 Se fotnot 74.

89 FRA:s utarbetande av inkomst- och levnadsstandardundersökningen, version 2009, finns på Eurostat's websida: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database.

90 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Landsrapporter inom ramen för projektet *Healthcare in Nowhereand*, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

91 Se ovan vid siffra 1.

92 PICUM (2010), *Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Healthcare in 17 EU countries*. Landsrapporter inom ramen för projektet *Healthcare in Nowhereand*, finns på: www.nowhereland.info/?i_ca_id=389.

Bevis som samlats från vårdgivare i Stockholm illustrerar ett sådant samarbetsprogram: till exempel undersöks diabetiker på ett allmänt sjukhus av läkare som arbetar på sin fritid. För att säkerställa att det inte finns något pappersspår, skriver läkare ut recept för nödvändiga mediciner endast på papper och inte på en dator, och dokumenterar fallen endast med handskrivna anteckningar. För grundläggande kontroller eller nålar för insulininjektioner har läkarna ett nära samarbete med Röda Korset, som driver en privatfinansierad vårdförmedling av hälso- och sjukvård i Stockholm. Sådana informella metoder är dock begränsade när det gäller kroniska sjukdomar, som en läkare på ett allmänt sjukhus i Tyskland betonade. Till exempel kan dialysbehandling inte ges utan att sjukhuset registrerar den och dessutom skulle den kosta EUR 100 per behandling.

FRA:s synpunkt

Kroniska sjukdomar

Hälso- och sjukvårdssystemen i Europa lägger allt större fokus på kroniska sjukdomar, på grund av allmän oro för folkhälsan, den inverkan de har på de drabbade individerna och de höga behandlingskostnaderna.

Begreppen akut eller nödvändig vård bör tillämpas flexibelt, för att säkerställa att vårdbehovet för alla personer med svåra kroniska sjukdomar – inklusive irreguljära invandrare – blir uppfyllt.



2

Regional och lokal hälsopolitik



Laglig rätt till vård för irreguljära invandrare är en viktig förutsättning för att skydda rätten till hälso- och sjukvård, men i praktiken räcker det inte till. Kompletterande åtgärder såsom nationella strategier för migration och hälsa eller utbildning av vårdpersonal är viktiga för att underlätta tillgången till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. Sådana åtgärder genomförs på regional eller lokal nivå och i slutändan av hälso- och sjukvårdspersonal.

Därför spelar regionala och lokala myndigheter en avgörande roll i genomförandet av rätten till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. Dessa myndigheter åtnjuter ofta stort spelrum inom ramarna för nationella regler. Regioner och städer lägger fast strategier och program för att bemöta de mest akuta hälsofrågorna som man har ställts inför bland lokalbefolkningen, och kan vidta åtgärder för att underlätta för de mest utsatta grupperna att få tillgång till hälso- och sjukvård. Sådan politik kan också, direkt eller indirekt, rikta sig till irreguljära invandrare.

Några av de städer som studeras (t.ex. Barcelona, Bremen, Köln, Paris) valde att ta itu med situationen för irreguljära invandrare, oftast i bredare sammanhang för att främja invandrares hälsa. I Barcelona till exempel behandlas tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare i "Migrationsdirektörens hälsoplan", som antogs 2006.⁹³ Även i Tyskland började avdelningen för migration och hälsa i staden Bremen 2008 att ta itu med situationen för irreguljära invandrare och andra utsatta grupper, som asylsökande, personer med sexuellt överförbara sjukdomar eller gravida kvinnor, inom 10 arbetsgrupper som syftar till att främja invandrares hälsa i allmänhet. För att garantera en

"minimnivå av välfärd för alla" valde staden Bryssel till exempel att inrätta en särskild avdelning inom det lokala socialkontoret som arbetar med irreguljära invandrare i en av stadens fattigaste distrikt. Detta initiativ uppmärksammar svårigheterna med att integrera irreguljära invandrare i den allmänna hälso- och sjukvården, då de både saknar egna medel att betala för den med och på grund av sin status inte kvalificerar sig för subventionerad vård.

De myndighetstjänstemän som har intervjuats för den här rapporten nämnde mängder av orsaker till varför städer bör vara aktiva i att stödja tillgången till vård för irreguljära invandrare. De tre huvudargumenten som nämndes är folkhälsoaspekter, kostnadseffektivitet och mänskliga rättigheter.

Ett av de starkaste argumenten för hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, som lades fram av myndighetstjänstemän i nästan alla de studerade länderna, var att förebygga sjukdomar. Risken för vissa sjukdomar som hiv/aids, tuberkulos eller hepatit ansåg tjänstemännen vara högre bland den invandrade befolkningen i allmänhet, och särskilt bland invandrare från Afrika söder om Sahara. Sett ur ett folkhälsooperspektiv, minskar hälsoriskerna **för befolkningen i allmänhet**, om man ger irreguljära invandrare tillgång till förebyggande vård.

Ett annat argument för att göra vården tillgänglig för irreguljära invandrare hänger ihop med kostnaderna **för behandlingen**. Tjänstemän i Frankrike och Irland sade till exempel att det är billigare att erbjuda förebyggande vård än att betala för dyra akuta behandlingar. I länder som endast beviljar irreguljära invandrare kostnadsfri tillgång till akutvård väntar de ofta tills ett hälsoproblem blir en kris innan de söker vård. I tider där man skär ner på samhällskostnader, kommer tjänster för socialt och ekonomiskt marginaliserade grupper

93 Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2006), Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut, finns på: www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immdefinizo06.pdf.

sannolikt att vara första snittet. En återkommande svårighet som nämndes av myndigheterna som intervjuades i Frankrike, Grekland och Tyskland när det gäller att inrätta hälsoprogram för irreguljära invandrare eller andra utsatta grupper var kostnaderna. I Grekland till exempel sade en socialvårdare i staden Aten att det är omöjligt att täcka de grundläggande hälsobehoven hos personer utan hemvist. Hälso- och sjukvårdspersonal konstaterade att regeringen sänkte distributionen av vaccin till statens barnkliniker i början av 2010.

Ett annat argument för att möjliggöra irreguljära invandrades tillgång till hälso- och sjukvård, även på lokal nivå, som nämns av tjänstemän i Grekland, Spanien och Tyskland, är staternas förpliktelse att "uppfylla" rättigheten till hälsa som fastslagits inom ramen för de mänskliga rättigheterna.⁹⁴ I Spanien underströk en tjänsteman att med tanke på deras **skyldighet gentemot människorätten** bör de lokala regeringarna inte bekymra sig om en persons rättsliga ställning med avseende på tillgång till grundläggande hälso- och sjukvårdstjänster. På så sätt motsvarar tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare också strategin för social integration av vissa kommuner:

"Kommunens filosofi är inte att dela upp människor i grupper, att göra program för vissa invandrare och inte för andra. Om du registrerar dig hos den lokala folkbokföringen får du hälsokortet. Det är inte viktigt om någon är här legalt eller irreguljärt. [...] Lyckligtvis [...] är medvetandet i det här landet mycket starkt när det gäller grundläggande människorättigheter".

Kommun, Spanien

Städerna som studerades i Frankrike, Italien och Tyskland som aktivt stöder tillgång till primärvård för irreguljära invandrare hänvisade ofta till en blandning av orsaker, till exempel humanitära, folkhälsa, ekonomiska och andra överväganden. För att ta ett exempel bygger den tyska staden Bremen sin politik gentemot irreguljära invandrare på olika grunder: förutom att minska riskerna, spelar de mänskliga rättigheterna för invånarna en viktig roll. Staden "har ett ansvar för hälsan hos personer som bor där". Den första prioriteringen i stadens hälsopolitik är att svara på de mest akuta frågorna på lokal nivå. Stadsförvaltningen kan inte bara ignorera irreguljära invandrare, som i själva verket också är en del av lokalbefolkningen. Målet att främja hälsan hos befolkningen i allmänhet är starkt kopplat till att främja lika tillgång till hälso- och sjukvård för hela den lokala befolkningen, en uppfattning som uttrycktes av flera stadsförvaltningar i Belgien, Frankrike, Spanien och Tyskland.

Trots att det finns många skäl att förenkla tillgången till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, möter införandet av konkreta åtgärder på lokal nivå ett antal hinder. Generellt påverkas stadsförvaltningars genomförande av verksamheter inom detta område på ett positivt sätt av förekomsten av en nationell ram som fastlägger miniminormer och riktlinjer för rätt till vård, en allomfattande strategi för lokal hälsopolitik, liksom ett aktivt civilsamhälle. Dock är hälso- och sjukvårdstillgång för irreguljära invandrare fortfarande en omstridd fråga.

2.1.1. Samhällsbaserade hälso- och sjukvårdsinrättningar

Förutom allmänna föreskrifter har flera länder offentliga samhällsbaserade hälso- och sjukvårdsinrättningar som är tillgängliga för alla. Dessa kan vara en del av den nationella politiken, även om de genomförs på olika sätt i olika delar av landet.

I Frankrike och Grekland finns lågtröskelvård som erbjuder brådskande eller grundläggande hälsotäckning för den allmänna befolkningen. Irreguljära invandrare kan också dra nytta av sådana tjänster, även om de inte utgör en explicit målgrupp. Dessa inrättningar är oftast tillgängliga utan eller med få villkor. Ingen dokumentation eller försäkring krävs, och behandlingar erbjuds antingen gratis eller till mycket låg kostnad.

Staden Aten bedriver till exempel sju kommunala vårdcentraler som tar emot patienter från upptagningsområdet utan åtskillnad av rättslig status. Klinikerna erbjuder förebyggande hälsovård och grundläggande undersökningar och etablerades främst för att förebygga sjukdomar, men också för att främja mänskliga rättigheter och minska kostnader för folkhälsan. Dessutom får patienter vid dessa kliniker akut och brådskande vård, samt grundläggande allmän hälsovård (t.ex. ordination av läkemedel, behandling av högt blodtryck, diabetes). Läkarna som arbetar på akutklinikerna undersöker varje patient och dokumenterar hans/hennes namn, ålder, adress och telefonnummer. Om patienten inte är försäkrad är behandlingen gratis.

I Frankrike krävs att varje sjukhus etablerar en PASS-mottagning (*Permanences d'Accès aux Soins de Santé*), där de som befinner sig i svåra belägenheter ges omedelbar nödvändig medicinsk vård eller hjälp att få det. Social rådgivning erbjuds även där.⁹⁵ Hälso- och sjukvårdspersonal sade dock att inte alla sjukhus har etablerat en PASS-inrättning. De som finns är ofta inte alltför effektiva på grund av bristande resurser

94 Se allmän kommentar (*General Comment*) nr. 14, 2000.

95 Frankrike, *Loi n° 98-657* (29 juli 1998) (lagen mot social utestängning).

och finansiering.⁹⁶ Staden Paris driver även hälso- och socialmottagningar (*Centres Médico-Sociaux*, CMS) som erbjuder kostnadsfri förebyggande vård, tuberkulos och hiv-test, samt grundläggande kontroller åt den allmänna befolkningen, inklusive irreguljära invandrare.

2.1.2. Program för grupper med speciella behov

Lokala eller regionala myndigheter kan införa särskilda program som direkt eller indirekt också gynnar irreguljära invandrare.

Särskild hälso- och sjukvård för **hemlösa personer** fanns t.ex. i olika länder. Tjänster som inrättats för den hemlösa delen av befolkningen är oftast lågtröskel, mobil uppsökande verksamhet som också kan nås av irreguljära invandrare utan fast bostad. I Paris sade en tjänsteman att hemlösa kan få tillgång till mycket grundläggande behandlingar och juridisk rådgivning, om det behövs, vid sådana här drop-in-mottagningar (*Espace solidarité insertion*, ESI). Liknande tjänster för hemlösa, såsom mobila medicinska team eller lågtröskel, drop-in-mottagningar, nämndes också av tjänstemän i Bryssel, Köln, Stockholm och Warszawa.

Intervjuade sade dock att dessa tjänster bara i enstaka fall når irreguljära invandrare. Ofta är dessa inte informerade om att tjänsterna finns eller är öppna för dem. I Budapest är ett sjukhus för hemlösa och fattiga personer, som drivs av en ideell organisation och som får bidrag av staten, den enda plats där irreguljära invandrare kan få gratis och villkorlös behandling. Chefen för sjukhuset sade dock att inte många patienter som är irreguljära invandrare kommer dit.

På andra ställen har särskilda tjänster för **invandrare** inrättats, ofta i samarbete med ideella organisationer. Särskilda sådana tjänster har hittats i Belgien (Bryssel), Frankrike (Paris), Grekland, Irland, Italien (Milano), Spanien (Barcelona) och Tyskland (Bremen, Frankfurt am Main, Köln). Representanter för myndigheter i Aten, Bryssel, Dublin och Paris bekräftade till exempel att de finansierar verksamheter från ideella organisationer som Läkare i världen (*Médecins du Monde*) som arbetar med utsatta grupper som irreguljära invandrare. Dessa mottagningar får i huvudsak stöd för sitt allmänna arbete; staden är inte nödvändigtvis intresserad av om tjänsten också riktar sig till irreguljära invandrare.⁹⁷ Liknande sker i Irland, där irländska *Health Service Executive* finansierar tjänster, såsom *Women's Health Project*, som riktar sig till kvinnor som är offer för människohandel, oavsett om de är legala invandrare eller inte, eller organisationerna *Spirasi*, som arbetar med asylsökande, flyktingar

och andra utsatta invandrargrupper och *Cairde*, som tar itu med ojämlikhet i hälsa bland etniska minoritetsgrupper, och tillhandahåller hälso- och sjukvård för utsatta invandrargrupper, bland annat till irreguljära invandrare. Irlands nationella interkulturella handlingsprogram för hälsa 2007-2012 är fördelaktigt för irreguljära invandrare, trots att strategin inte riktar sig till dem som en grupp. Handlingsprogrammet understödjer tjänster till personer med olika etnisk och kulturell bakgrund och syftar särskilt till att ge information till invandrare och att utbilda personal för att säkerställa interkulturell kompetens.

Ibland har tjänster speciellt utformas för **irreguljära invandrare**. I Barcelona undertecknade kommunen ett avtal med en lokal ideell organisation som arbetar inom området för migration och hälsa. Organisationen bedriver ett program som riktar sig till irreguljära invandrare som inte har tillgång till det spanska hälso- och sjukvårdssystemet, eftersom de inte har ett nationellt hälsokort. Staden försöker ge de tjänster organisationen inte kan erbjuda, konstaterade en representant för civilsamhället.

Särskilda tjänster för irreguljära invandrare kan också erbjudas direkt av lokala hälsomyndigheter, en modell som till exempel hittades i Tyskland. Det lokala hälsokontoret har etablerat inrättningar som direkt erbjuder medicinsk konsultation och grundläggande hälso- och sjukvård till irreguljära invandrare genom läkare anställda av det lokala hälsokontoret (se textruta: Pro-aktiva städers hälso- och sjukvårdsinitiativ i ett allmänt restriktivt sammanhang). Sådana tjänster möjliggör ett målinriktat och systematiskt svar på irreguljära invandrades vårdbehov. De gör det också möjligt för lokala myndigheter att bedöma irreguljära invandrades situation på plats och upptäcka brister i hur väl denna grupp faktiskt erbjuds vård.

96 Intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal, Frankrike.

97 Intervju med myndigheter, Frankrike och Irland.

Inspirerande förfarande

Pro-aktiva städers hälso- och sjukvårdsinitiativ i ett allmänt restriktivt sammanhang

I Tyskland har hälsokontoren i tre städer, Bremen, Frankfurt am Main och Köln, startat humanitära konsultationstimmar (*Humanitäre Sprechstunde*), vid drop-in-mottagningar som erbjuder medicinsk rådgivning och grundläggande hälsovårdstjänster till irreguljära invandrare. Konsultationen erbjuds gratis, medan patienter förväntas lämna bidrag för behandling allt efter förmåga. I fall av allvarliga hälsoproblem remitterar mottagningarna antingen patienter till ett samarbetande nätverk av specialister och/eller kontrollerar om legalisering av medicinska skäl är möjlig. Man samarbetar också nära med lokala ideella organisationer, som försöker erbjuda tjänster som hälsokontoret inte ger. Dessa tjänster är dock inte representativa för hela landet, men de är positiva exempel på proaktiva initiativ av vissa lokala hälsokontor.

Källa: Intervjuer med myndigheter och sjukvårdspersonal i Tyskland

2.1.3. Samarbete med ideella organisationer

Förutom nationella och lokala regeringar, spelar civilsamhällets aktörer i praktiken en oerhört stor roll när det gäller att se till att irreguljära invandrare får tillgång till hälso- och sjukvård. Ideella organisationer ger stöd till irreguljära invandrare på plats om regeringen inte gör det. Genom sitt arbete är de också en viktig sporre för att initiera politiska förändringar.

I de flesta länderna erkände de myndigheter som intervjuades den stora betydelse som civilsamhällets aktörer spelar, en uppfattning som ibland resulterar i samarbetsmodeller. **Ideella organisationer anses vara experter på de mest angelägna frågorna ute på fältet, liksom den viktigaste hjälpen för irreguljära invandrare, eftersom de är mer tillförlitliga än officiella organ. Att dra nytta av dessa fördelar kan gynna städerna.**

“Ideella organisationers arbete är möjligt eftersom de inte är en myndighet och lättare tas emot av irreguljära invandrare. Detta är en fördel de har som vi inte har. [...] De kan mycket lättare upptäcka [...] de stora problemen.”

Kommun, Spanien

Ett väl fungerande samarbete mellan myndigheter och ideella organisationer gör det också lättare att övervaka och förbättra genomförandet av nationella bestämmelser. I Barcelona sade en lokal ideell organisation att den skulle informera den regionala hälso- och sjukvården om en irreguljär invandrare har problem med att få hälsokort. Hälso- och sjukvården vidtar då åtgärder för att se “vilken mekanism som inte fungerade”. Kommunerna kan också dra direkt nytta av de erfarenheter ideella organisationer förvärvar i sitt arbete: i Bremen involverade ett hälsokontor en lokal ideell organisation vid starten av ett program som erbjuder medicinsk rådgivning och grundläggande hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. En tjänsteman klagade på att staden har förlitat sig på ideella organisationers erfarenhet för att identifiera de viktigaste frågorna och behoven på fältet. Nära samarbete mellan stadens förvaltningar och ideella organisationer kan också ge dem möjligheten att organisera kompletterande tjänster.

Även om ideella organisationer är mycket viktiga aktörer i att tillhandahålla tjänster till irreguljära invandrare eller andra utsatta grupper, finns en inneboende spänning i förhållandet mellan dessa organisationer och myndigheterna. Organisationerna brukar se sitt uppdrag som leverantör av tjänster som staten inte erbjuder och därmed som ett komplement till staten, men också som kritiker av statlig politik och lokala beslutsfattare. Samtidigt finns det en risk att myndigheter lägger över allt ansvar på civilsamhällets organisationer. Slutligen är i många fall ideella organisationer beroende av statligt stöd för att förverkliga sitt uppdrag och är därmed i behov av att samarbeta.

3

Resultaten av uteslutning från vården



Intervjuerna avslöjade ett antal strategier som irreguljära invandrare samt hälso- och sjukvårdspersonal använder för att få bukt med irreguljära invandrades utestängning från vården. Invandrare kan använda en väns hälsokort eller fly från ett sjukhus för att undvika betalning. Vårdpersonal kan skicka irreguljära invandrare till en annan vårdgivare eller ge dem gratis vård.

Sådana överlevnadsstrategier fanns i samtliga undersökta länder. De hittades i de fall där irreguljära invandrare var utestängda från tillgång till offentliga hälsovårdstjänster eller inte kunde betala kostnaderna för hälso- och sjukvård. De användes också när irreguljära invandrare inte kunde uppvisa den dokumentation som krävs för att få tillgång till tjänster i länder som beviljar tillgång till icke-akut vård: en illustration av de administrativa hindren för att få tillgång till vård.

När irreguljära invandrare inte har tillgång till subventionerad vård och inte kan betala för tjänster, kan de **fly från sjukhuset för att undvika att betala**:

“Ibland ser jag människor som inte har några pengar, inga dokument, och det enda sättet är att hemligt fly från sjukhuset så att de slipper betala. [...] Och efteråt kommer [sjukhuset] att säga att de är tjuvar. Det är inte riktigt.”

21-30, Grekland, från Mellanöstern

I Aten framhöll en representant för en ideell organisation att för att undvika betalning efter förlossningen lämnade kvinnor sjukhuset med sina barn under natten. Hon kom ihåg ett fall som föranledde offentlig diskussion, där sjuksköterskor behållit ett barn på förlossningsavdelningen och inte ville ge det till mamman förrän hon hade betalat för vården. Men oftast, sa representanten, var någon av personalen villig att ge barnet till mamman. Den intervjuade representanten från civilsamhället sade att det var

typiskt för sjukhus i Grekland att vilja att mamman skulle lämna sjukhuset så fort som möjligt med barnet, för att hålla nere kostnaderna för sjukhusvistelsen.

I länder där tillgång till offentlig hälso- och sjukvård kräver sjukförsäkring, händer det att irreguljära invandrare **använder en väns eller släktings hälsokort**. Som en illustration, kände en invandrare i Warszawa att hans irreguljära status gjorde det omöjligt för honom att utnyttja den offentliga vården. Han sade att vid behov skulle han helt enkelt ta sin brors legitimation, gå till doktorn och om han fick ett recept skulle det vara i hans brors namn. En annan irreguljär invandrare som också bor i Warszawa använde samma procedur för sitt barn:

Risker av uteslutning från vård

Irreguljära invandrare riskerar ibland livet när de använder sådana strategier för att undgå utestängning från vården. En sjukhuskoordinator i Bryssel kom ihåg en kvinnlig irreguljär invandrare som brukade komma till sjukhuset med hjälp av en väns hälsokort. Det är okänt varför kvinnan inte ansökte om ett eget AMU hälsokort, kanske hon var okunnig om sina rättigheter eller tänkte att det var mindre tidskrävande att använda sin väns kort än att registrera sig. Kvinnan blev senare inblandad i en bilolycka och fördes till sjukhuset med sin väns hälsokort på sig. Personalen trodde att patienten var hennes vän, vars medicinska fil redan var registrerad på sjukhuset. Följden blev att hon fick en blodtransfusion som inte passade till hennes egen blodgrupp. Kvinnan dog några timmar senare.

I intervjuerna noterade hälso- och sjukvårdspersonal och representanter för ideella organisationer i Tyskland faran med bruket av att låna hälsokort och använda andra människors identitet för att få tillgång till vård. En läkare i Tyskland sade att patienterna måste visa vem som skulle betala, till exempel ett sjukförsäkringsbolag, innan behandlingen kan ges. Enligt hans erfarenhet, kunde resultatet bli att människor med ett "toleranstillstånd" kom med en försäkran om kostnadstäckning (*Kostenübernahmeerklärung*) från socialkontoret, samtidigt som irreguljära invandrare ofta kunde komma med en annan persons försäkringskort. Antingen på grund av att bostadsorten var en annan, eller på grund av åldern eller blodgruppen som inte stämde, märkte han ofta att ett försäkringskort inte tillhörde den patient som han behandlade. Denna metod var mycket farlig om komplikationer uppstod i behandlingen på grund av motstridiga uppgifter, sade han.

"Min son var sjuk, han hade smittkoppor, och han hade ingen försäkring. Min vän hade en son som var två år äldre än min son och hon tog min son till läkaren. Och min son låtsades vara hennes son. Läkaren såg och undersökte honom som normalt. Men han trodde att han undersöker min väns son. Tjänsten togs emot under ett annat namn och det är allt. Det är oftast så här när människor lever efter sitt förstånd."

31-40, Polen, från Östeuropa/Centralasien

Några av den intervjuade vårdpersonalen påpekade att en irreguljär invandrare utan ordentlig dokumentation skickas till en annan vårdgivare. En läkare i Aten som arbetar på ett sjukhus som endast accepterar personer med den grekiska statliga IKA-försäkringen, sade att i de flesta fall skulle den andra vårdgivaren vara ett sjukhus med en öppen akuttjänst som accepterar personer utan försäkring (för cirka tre Euro per besök), en kommunal vårdcentral eller en ideell organisation. IKA är obligatorisk för arbetstagare och arbetsgivare måste betala för det. Eftersom irreguljära invandrare inte får arbeta om de inte har korrekta papper, är de inte berättigade till IKA-försäkring. En liknande uppfattning delades av läkarna i Bryssel. En sade att om en person inte har råd med kostnaden för behandlingen, inte omfattas av privatsjukförsäkring eller AMU, och behandlingen inte var akut, skulle den personen sannolikt skickas till andra mottagningar för avgiftsfri behandling, t.ex. till *Médecins du Monde*. En annan konstaterade att han kunde behandla irreguljära invandrare de första tre eller fyra gångerna, men skulle sedan kräva att personen betalar eller hänvisa honom/henne till *Médecins du Monde*. I Polen rapporterade en invandrare att han måste ta sin bror till fyra olika offentliga sjukhus innan ett var berett att behandla hans brutna ben (21-30, Polen, från Sydostasien).

I Frankrike skickas irreguljära invandrare som inte kan uppfylla kraven för att få AME oftast till ett sjukhus med en *Permanences d'Accès aux Soins de Santé* (PASS) mottagning som upprättades för att tillhandahålla vård till personer utan försäkring. Även om alla sjukhus enligt lag är skyldiga att erbjuda en sådan tjänst, har inte alla sjukhus etablerat en. Den intervjuade hälso- och sjukvårdspersonalen påpekade att vissa sjukhus anser PASS-tjänster vara en prioritet, medan andra inte gör det. Det är upp till varje sjukhus att avgöra vilken kvalitet på vården som man vill ge. Brist på finansiering är ofta också ett problem. Som ett resultat fungerar många PASS-tjänster inte effektivt på grund av att de får för lite resurser.

I ett antal intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal och representanter för civilsamhället angavs **informell hälsovård till irreguljära invandrare**, liksom till andra oförsäkrade patienter, som ett alternativ till att avvisa dem. Sådana metoder används antingen för att undvika statens komplicerade system för återbetalning (se avsnitt 5.1.) eller för att fylla de luckor där det inte fanns något program för att administrera vård till irreguljära invandrare. Informell hälso- och sjukvård kan beskrivas som gratistjänster, eller tjänster som tillåter outtagna avgifter, som t.ex. akutvård på sjukhus.

En irreguljär invandrare i Grekland har endast tillgång till akut vård, så vissa sjukhus kräver inte aktivt betalning, förklarade en representant för en ideell organisation i Aten. Ibland skriver läkare betalningen på ett sjukhuskonto som används för outtagna avgifter. Det finns omkring två miljoner oförsäkrade personer i Grekland, så tillgång till hälso- och sjukvård är också ett problem för grekerna, sade den ideella organisationen. Hälso- och sjukvårdspersonal och ideella organisationer i Polen gjorde liknande kommentarer beträffande antalet dokumenterade och oförsäkrade människor. Representanten för en myndighet i Dublin sade att hon var medveten om ett antal allmänläkare som behandlade irreguljära invandrare utanför det vanliga systemet. Hon tillade att läkare från vissa invandrargrupper erbjöd ett antal vårdtjänster. En irreguljär invandrare som bor i Warszawa behövde besöka en gastroenterolog för ett magsår. Hon beskriver hur hon fick behandling:

"När jag talade med läkaren i telefon, sa jag till henne att jag är utlänning och frågade om jag kan komma eller inte. Hon sade: Ja, du kan komma, men du kommer att få betala för besöket. Och det var allt. Jag gav henne 100 PLN direkt i handen. Hon skrev ett recept med hjälp av någons efternamn, så jag kunde få billigare läkemedel. Låt oss säga att de kostar 700 PLN, och jag köpte dem för 300 PLN. Ingen noterade historien om min sjukdom. Mina personliga uppgifter är inte noterade någonstans."

31-40, Polen från Östeuropa

En läkare i Tyskland antog att de flesta läkare skulle ge behandling, även om de upptäckte att en patient hade fel försäkringskort, i ett försök att undvika det omfattande byråkratiska pappersarbetet som annars blir följd. I stora offentliga sjukhus sade han att det i allmänhet var lättare för läkare att behandla patienter "under bordet" och på egen hand. Likaså noterade en vårdgivare i Sverige:

"Sjukhuschefen är medveten om vad vi gör och accepterar vårt arbete med irreguljära invandrare, vilket vi gör på vår fritid."

Hälso- och sjukvårdspersonal, Sverige

Vårdpersonal som har att göra med irreguljära invandrare kommer inte bara i kontakt med obekväma finansiella situationer, men också med sådana som kan vara farliga för deras patienters hälsa. En läkare i Tyskland hade en patient, en irreguljär invandrare, som led av en sällsynt sjukdom som orsakade stora smärtor. Hon behövde smärtstillande medel, men på grund av hennes irreguljära status var hon inte berättigad till den tänkta medicinen och fick istället något som var mindre effektivt. Senare återvände hon till sjukhuset med en annan persons försäkringskort för att få fortsatt behandling. Men det blev komplikationer under behandlingen, eftersom uppgifterna om hennes medicinska profil inte stämde överens med innehavaren av hälsokortet. En läkare i Budapest berättade om en liknande erfarenhet, där en vän eller en annan läkare kontaktade henne för att hjälpa en irreguljär invandrare att få medicin, genom att skriva ut den under den ungerska vännens namn och socialförsäkringsnummer. Hon erkände risken men sade att det var nödvändigt i undantagsfall.

FRA:s synpunkt

Laglig rätt till vård

Irreguljära invandrare bör åtminstone enligt lag ha rätt till nödvändig vård. Sådana vårdbestämmelser bör inte begränsas bara till akutvård, utan även inkludera andra former av grundläggande hälso- och sjukvård, såsom möjligheten att träffa en läkare eller få nödvändiga mediciner.

Villkoren, till exempel behovet av att uppvisa en fast bostad eller långvarigt uppehåll över en viss tidsperiod, bör ses över i syfte att säkerställa att dessa inte leder till utestängning av personer i behov av nödvändig hälso- och sjukvård.

Samma regler för betalning av avgifter och befrielse från betalning bör gälla för irreguljära invandrare som för medborgare. För att täcka kostnaderna bör den offentliga sjukförsäkringen utvidgas till att omfatta irreguljära invandrare eller en särskild fond skapas.

4

Praktiska hinder och utmaningar



Intervjuerna med invandrare, ideella organisationer och vårdgivare har avslöjat ett antal hinder som försvårar tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare, även när de har rättigheter. Konkreta exempel som har samlats in från intervjuerna belyser hur illa förankrad den nationella lagstiftningen kan vara i verkligheten och hur detta försvårar för de irreguljära invandrarna att få hälso- och sjukvård.

De intervjuade nämnde de fem största utmaningarna för att ta emot eller ge hälso- och sjukvård. Dessa teman, liksom de rättsliga och praktiska hindren för irreguljära invandrare att få tillgång till hälso- och sjukvård, noterades i tidigare forskning.⁹⁸ Vissa är en praktisk utmaning för både invandrare och vårdgivare (kostnader och ersättningar, bristande kännedom om rättigheter), medan andra särskilt rör irreguljära invandrare (rädsla för att uppgifter ska nå polisen) och några rör vårdpersonal och/eller lokala myndigheter (marginellt handlingsutrymme, kvalitet och kontinuitet i vården). Dessa diskuteras närmare i följande avsnitt.

4.1. Kostnader och ersättningar

Kostnaden för hälso- och sjukvård kan vara ett stort hinder för tillgång till vård. Sjukhusvård och laboratorieavgifter samt kostnader för specialtläkare och speciellt läkemedel kan vara höga och sträcker sig från flera hundra till flera tusen euro, vilket många människor knappast har råd med.

Kostnaderna kan också vara ett relevant hinder för vårdpersonal och myndigheter som ger vård. När irreguljära invandrare har rätt att få tillgång till primär och sekundär vård gratis uppstår kostnader för hälso- och sjukvården och den som tillhandahåller den måste få ersättning av någon, vare sig det är av staten, ett försäkringsbolag eller patienten.

“Ett sjukhus är ett företag, och precis som alla andra företag måste någon betala för tjänster som används. Så om det finns patienter som är oförsäkrade måste sjukhuset begära betalning från dem [...]. När folk går till affären utan pengar, kommer ingen att ge dem gratis bröd. Det är samma på sjukhuset. Men om det är livshotande måste sjukhuset agera; patienten måste bli intagen och behandlad som alla andra patienter.”

Hälso- och sjukvårdspersonal, Polen

En studie utförd av *Médecins du Monde* i 11 länder visar att i länder som saknar regler för finansiering av behandlingkostnaderna för irreguljära invandrare, stöter dessa på allvarliga hinder när de försöker få tillgång till hälso- och sjukvård, även i nödfall.⁹⁹

Kostnad för hälso- och sjukvård drabbar mer sannolikt irreguljära invandrare. Om de arbetar kan de avskedas lättare än vanliga arbetare och kanske tjänar mindre än minimilönen. De arbetar ofta i farliga och tröttnande jobb som är både fysiskt och mentalt utmanande, som arbete i byggnadsbranschen, på ett lantbruk eller som inneboende med hushållsarbete.

⁹⁸ Se: PICUM (2007), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in Europe*; HUMA-nätverket (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries: Law and Practice*; och *European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde* (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*.

⁹⁹ Se: *European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde* (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*. Dessa inkluderar 10 EU-medlemsstater: Belgien, Frankrike, Grekland, Holland, Italien, Portugal, Schweiz, Spanien, Storbritannien Sverige och Tyskland.

Bland de exempel på situationer som nämns av de intervjuade invandrarna ingår en papperslös arbetare i byggnadsbranschen som allvarligt skadade sin hand med en cirkelsåg. En annan hade magsmärtor när han arbetade med gjutjärn i ett gjuteri och en tredje invandrare skadade sin ankel och sitt ben när han föll av en häst på gården där han arbetade. En drabbades av en hjärnskakning när hon halkade och slog huvudet medan hon städade.¹⁰⁰ I detta sammanhang kan det vara värt att understryka att direktivet från 1989 om hälsa och säkerhet i arbetet ålägger arbetsgivare att vidta ett antal åtgärder (kurser i första hjälpen, övervakning av arbetstagarnas hälsa, etc.) för att skydda arbetstagarna. I direktivet definieras "arbetstagare" som "anställd" och därför gäller detta för varje arbetstagare, inte bara för dem som är legalt anställda.¹⁰¹

Vissa vårdgivare nämnde att om en irreguljär invandrare inte har den nödvändiga dokumentationen för att få tillgång till deras tjänster, skulle de ändå kunna få vård, men på grund av institutionell praxis, måste de **garantera betalning av tjänsterna**. En läkare på ett allmänt sjukhus i Tyskland sade att ingen behandling skulle ges om inte någon har lovat att stå för kostnaderna.

"Om de inte kan betala, så får de ingen vård. De kommer att få hälso- och sjukvård om någon garanterar betalningen – det kan vara en ideell organisation eller om det är ett allvarligt fall och sjukhuset eller hälsovårdsministeriet beslutar att behandlingen ska göras, så kan ett särskilt beslut utfärdas för att täcka kostnaderna."

Hälso- och sjukvårdspersonal, Grekland

Liknande "kostnadssäkerställande" garantier nämndes av annan medicinsk personal. En läkare i Budapest sa att han ibland kunde ta emot patienter utan officiell remiss, men påpekade att detta inte bara var mot reglerna utan också riskabelt, för om han inte dokumenterade behandlingen eller begick ett professionellt misstag, så skulle sjukhuset och dess försäkring kunna välja att vägra ge honom ersättning.

Andra vårdgivare i Grekland, Irland, Sverige, Tyskland och Ungern sade att behandling skulle ges, men det skulle vara **nödvändigt att skicka en räkning**. Till exempel sade en receptionist på ett sjukhus i Dublin, att om en irreguljär invandrare kommer in till sjukhuset för vård och inte har försäkringskort eller brev från en allmänläkare, är sjukhuset förpliktat att skriva ut en räkning med alla uppgifter.

¹⁰⁰ Se också Médecins du Monde European observatory survey on access to healthcare (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries*, finns på www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf på s. 65ff.

¹⁰¹ Rådets direktiv 89/391/EEG av den 12 juni 1989 om åtgärder för att främja förbättringar av arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet OJ L 183/1, 29.06.1989.

Sjukhusräkningar: att få vård men inte kunna betala

En av de intervjuade i Dublin är en invandrare vars avvisning har skjutits upp. Han lider av diabetes, hepatit B och C och hade haft tuberkulos. På grund av sina sjukdomar går han till läkaren och sjukhuset minst fyra till fem gånger i månaden, i synnerhet för sin diabetes. Sjukhuset stödde honom vid ansökan om ett försäkringskort men på grund av hans status och oförmåga att arbeta legalt har han inte kunnat betala sina medicinska räkningar. Han har fått ett antal brev från en skuldindrivare beträffande de obetalda sjukhusräkningarna. Han säger att han inte har råd att betala dessa räkningar och det är mycket påfrestande för honom, vilket ytterligare undergräver hans hälsa.

Källa: Intervju med hälso- och sjukvårdspersonal, Irland

Statens ersättningsförfarande till vårdgivare påverkar vårdgivare och inrättningar och i slutändan även irreguljära invandrare. Vårdgivare i Belgien, Frankrike, Grekland, Italien och Ungern nämnde att staten kräver ett komplicerat och tidskrävande ersättningsförfarande för vård som ges till irreguljära invandrare. Varje land har olika system och, beroende på land, finns särskilda dokument som ska fyllas i och återbetalningen försenas ofta. Vårdgivarnas huvudsakliga bekymmer är att få ersättning av staten för den vård som ges. Staten ser inte som sitt största bekymmer att ge ersättning för personer som inte faller inom en definierad kategori.

Den administrativa bördan för vårdgivare och brist på information om rättigheter och förfarandet för att få tillbaka pengar från staten innebär hinder som många vårdgivare föredrar att undvika. Som ett resultat blir irreguljära **invandrare ibland avvisade och nekade vård**. Frågan om att neka vård noterades också i en rapport från *Médecins du Monde* som tittat på 11 EU-länder. Av de tillfrågade säger 14 % att de hade nekats hälso- och sjukvård senaste gången de var sjuka.¹⁰² En ideell organisation i Paris noterade att de såg en mycket hög frekvens av vägran att ge vård till AME-förmånstagare.¹⁰³ Som en läkare i Frankrike sade:

¹⁰² Médecins du Monde, (2009), *Access to Healthcare for Undocumented Migrants in 11 European Countries*, finns på: www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111-europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf.

¹⁰³ En studie utförd 2005 av Médecins du Monde bland 700 vårdanställda i 10 städer i Frankrike visade att 37 % av hälso- och hälso- och sjukvårdspersonal vägrade att behandla l'Aide Médicale d'État (AME) mottagare medan 10 % vägrade att behandla Couverture maladie Universelle (CMU) mottagare. Médecins du Monde, "Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France", 2006.

“Betalingssystemet är mycket komplicerat i Frankrike. Även jag, som praktiserande läkare, förstår inte riktigt de olika avgifterna. Hur skall en irreguljär invandrare då kunna det! Vissa specialister vägrar att ta hand om AME-mottagare, eftersom de har problem med att få ut ersättning av staten. Förutom ersättning, betalar AME ofta inte den specialiserade avgiften som vissa specialister har rätt att begära.”

Allmänpraktiserande läkare, Frankrike

Det är enligt lag förbjudet att neka personer vård som har en allmän sjukförsäkring (CMU) eller AME.¹⁰⁴ Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) drog 2006 slutsatsen i ett klagomål som rör sex byar i Val-de-Marne, som framfördes av den franska föreningen för allmänläkare (Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins, COMEGAS), att nekande av tillgång innebar diskriminering.¹⁰⁵ Enligt en studie av sex byar i Val-de-Marne nekas 4,8 % av CMU-förmånstagare tillgång till vård av allmänläkare och 41 % av specialister som ger sekundär vård, vilket enligt lag innebär diskriminering som är förbjuden i lagen.

Vissa vårdgivare använder även kostnadsänkande åtgärder för att spara pengar. Till exempel påpekade en ideell organisation i Paris att de kände till fall där patienterna ombads att lämna ett sjukhus tidigare än normalt, eftersom sjukhuset var rädd att vården inte skulle betalas. En läkare på ett allmänt sjukhus i Tyskland sade att grundläggande diagnostiska tjänster, till exempel blodprov utförs. Dyra undersökningar däremot, till exempel datortomografi (som används t.ex. i cancerundersökningar) skulle undvikas med tanke på frågan om betalning och kostnadsersättning.

I Belgien är det enda sättet för vårdgivare att få ersättning att ta emot betalning från ett godkänt socialkontor (CPAS/OCMW) eftersom irreguljära invandrare godkända för täckning av AMU inte betalar för behandling. Ofta är **vårdgivare rädda att staten inte betalar ersättningen till dem**. En vårdgivare i Bryssel sa att det var svårt att avgöra om man skulle behandla en irreguljär invandrare eller inte, om denna har ett försäkringskort som beviljats från en CPAS/OCMW i en annan region, eftersom det regionala kontoret kanske inte ersätter kostnaderna för vården. En läkare i Tyskland sade att när vård gavs till personer med ett 'toleransstillstånd' (*Duldung*), var det ofta nödvändigt att ta kontakt med socialkontoret för att bekräfta och klargöra att kostnaderna för behandlingen skulle uppfyllas. Det innebar också att vårdgivaren skulle vara skyldig att fylla i extra blanketter. En

läkare i Budapest kommenterade att det inte var så mycket frågan om att kontrollera uppehållstillstånd när de tillhandahåller behandling, utan mer frågan om försäkring, eftersom den nationella hälsofonden kontrollerar rätten till behandling mycket noggrant.

En annan läkare i Budapest, samt en hälso- och sjukvårdsanställd som intervjuades i Tyskland sade att det i praktiken är lättare att registrera den irreguljära invandraren som oförsäkrad än att försöka ersätta kostnaderna för behandlingen, på grund av rättsliga och byråkratiska hinder. Detta sågs som en praktisk lösning av vissa vårdgivare i Budapest då den nationella hälsofonden betalar en så låg avgift för varje medicinsk undersökning, att det inte var värt pappersarbetet att ansöka om ersättning. Dessutom var antalet irreguljära invandrare på just det sjukhuset så obetydligt att det inte var ett problem än.

FRA:s synpunkt

Allmänna ersättningsförfaranden

Hälso- och sjukvårdspersonal berättar att de måste inleda en komplicerad process för att få ersättning från allmänna medel för hälso- och sjukvård som ges till irreguljära invandrare.

EU-medlemsstater bör införa enkla och effektiva ersättningsförfaranden. Ansökan om ersättning bör hanteras snabbt.

4.2. Bristande medvetenhet om rättigheter

Bristen på information om irreguljära invandares rätt till hälsa, både bland användare av hälso- och sjukvården och vårdgivare, är ett stort hinder för deras vårdtillgång.

“Folk vet inte vad de skall göra, vart man skall vända sig eller hur systemet fungerar [...]”

Civilsamhällesorganisation, Grekland

Detta avsnitt kommer först att diskutera den bristande medvetenheten om rättigheter bland irreguljära invandrare och sedan bland vårdpersonal och myndigheter.

Människor är ofta omedvetna om vad dessa tjänster faktiskt innebär. Efter att ha fått vård på sjukhus, visste en **irreguljär invandrare** som bor i Bryssel inte att hans AMU-rättigheter omfattade mer än bara medicinska tjänster och akutvård. Han var inte medveten om att han kunde få vissa läkemedel liksom tillgång till förebyggande behandling kostnadsfritt.

¹⁰⁴ Artikel L1110-3 du Code de la Santé publique.

¹⁰⁵ Délibération relative au refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU n° 2006-232 du 06/11/2006, finns på: www.halde.fr/Deliberation-relative-au-refus-d,12889.html.

Med undantag av invandrare med ett "toleranstillstånd" i Tyskland som får information från socialkontoret, sade irreguljära invandrare att deras två mest populära sätt att få information om tillgång till hälso- och sjukvård var ryktesvis och från ideella organisationer. Med hänsyn till den rädsla som många irreguljära invandrare känner för att närma sig myndigheter (se avsnitt 3.2.1), är information som meddelas muntligen genom de olika invandrargrupperna en metod som invandrare ser som ett relativt säkert sätt att samla information om sina rättigheter. Muntlig information kan till exempel lära dem vilket sjukhus som utan problem behandlar irreguljära invandrare, vilka ideella organisationer som erbjuder medicinsk hjälp, och vilka myndigheter man skall besöka för en viss blankett. Denna metod för informationsutbyte är dock begränsad, då det finns känsliga grupper som är svårare att nå, t.ex. irreguljära invandrare som arbetar i privata hushåll med liten eller ingen kontakt med samhället utanför.¹⁰⁶

Muntlig information är ibland, men inte alltid, korrekt. Irreguljära invandrare är i stort sett inte medvetna om sina rättigheter, så det finns utrymme för rykten och spekulationer. Till exempel var många som invandrat irreguljärt i Italien för rädda för att besöka ett sjukhus, eftersom de hade hört från vänner att läkare skulle kunna rapportera dem till polisen. Denna rädsla kunde ha undvikits om fler ansträngningar att nå irreguljära invandrare hade gjorts, inte bara av ideella organisationer, utan framför allt av myndigheterna.

Vårdpersonal kan också sakna kunskaper om rättigheter och tycka att lagstiftningen som ger tillgång till vård är alltför komplicerad. En ideell organisation i Paris konstaterade fall där irreguljära invandrare inte blivit korrekt informerade om sina rättigheter av sjukhusets socialarbetare, när de kom in på sjukhuset för behandling. Som en följd hade sjukhuset bett dem att betala avgifter för tjänster trots att de irreguljära invandrarna inte skulle behöva göra det (om de har AME). Liknande situationer nämndes av invandrare i Sverige, där barn till asylsökande som fått avslag enligt lag har tillgång till hälso- och sjukvård utan kostnad.¹⁰⁷ En representant från en annan ideell organisation i Paris förklarade att de flesta läkare inte kände till lagstiftningen för irreguljära invandrare, eftersom den gruppen utgjorde en så liten andel av deras patienter och lagarna var så komplicerade:

"Situationen är fullkomligt vansinnig: en komplex, isolerad lag som ändras hela tiden och som riktar sig till ett mycket litet antal personer."

Ideell organisation, Frankrike

En representant för en myndighet i Barcelona nämnde svårigheten att se till att all vårdpersonal är medveten om irreguljära invandrades rättigheter att få tillgång till vård. Han sade att i Barcelona, till exempel, finns fler än 30 sjukhus, som alla upprätthåller en stor stab med regelmässig omsättning. Med tanke på det stora antalet hälso- och sjukvårdsanställda, sade han att han trodde att det alltid skulle vara någon som skulle säga: "Du har inga rättigheter". Det viktigaste, sade han, var att myndigheterna gjorde allt för att upptäcka sådan brist på medvetenhet och ta itu med den, "Men att undvika att detta sker är inte möjligt".

Sjukhuspersonal okunnig om rättigheter

I Sverige tog en kvinna, vars asylansökan avslagits, sin 10-årige son till sjukhuset efter att han hade fått hög feber och utslag på armen. Trots att barn under 18 år till asylsökande som har fått avslag har rätt till gratis vård i Sverige, sade man till kvinnan att hon måste betala alla kostnader innan hennes son blev behandlad. Räkningen uppgick till cirka SEK 1700 (EUR 183). Hon hade inte tillräckligt med pengar för att betala räkningen, så en administratör föreslog att hon skulle prata med en av sköterskorna på sjukhuset, för att se om hon skulle tycka synd om hennes son och ta en titt på honom. Sköterskan sa att hon ändå skulle behöva begära hälften av beloppet, och att läkemedel som skrevs ut inte skulle ingå. Kvinnan sade igen att även om det var halva priset hade hon inte råd med räkningen. Sköterskan gick sedan med på att titta på hennes son "inofficiellt", utan att några papper fylldes i. Hon rådde kvinnan att övervaka sin sons tillstånd och att återvända till läkaren om hans feber inte gått ned inom tre dagar. Kvinnan skulle däremot fortfarande förväntas betala hela summan för sin sons undersökning, även om hon skulle få 30 dagar på sig att betala den.

En ideell organisation i Barcelona sade, att när de möter en irreguljär invandrare som har problem med tillgång till vård, tar de omedelbart kontakt med den katalanska hälsotjänstens kundtjänst för att tillsammans undersöka vilken mekanism det är som inte fungerar. En läkare uttryckte sin uppskattning för att ministeriet och den katalanska hälsovårdsnämnden erbjuder utbildning för personal om hur hälso- och sjukvården fungerar, vilket inkluderar kurser i "kulturell kompetens" och utbildning till medlare. Han kände att utbildning var viktigt för att öka medvetenheten om andra kulturer bland personalen.

¹⁰⁶ För mer informationer om irreguljära invandrare som gör hushållsarbete, se: FRA (2011), *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*, Luxembourg, Europeiska unionens publikationsbyrå.

¹⁰⁷ Se fotnot 28.

Myndigheternas medvetenhet var olika från land till land. Det var inte alltid lätt att hitta en tjänsteman som kunde diskutera tillgång till hälso- och sjukvård och rättigheter för irreguljära invandrare. Representanten för en myndighet i Paris som intervjuades för studien, gick så långt som till att påstå att AME endast var tillgänglig för legala invandrare och medborgare och att det inte fanns några hälso- och sjukvårdsalternativ i Frankrike för irreguljära invandrare. En annan myndighet i Warszawa berättade att frågan om tillgång till vård för irreguljära invandrare aldrig hade diskuterats på arbetet, trots att hälso- och sjukvård var avdelningens ansvarsområde. Den intervjuade visste inte att kvinnor som var irreguljära invandrare måste betala för att få föda barn på sjukhus.

Inspirerande förfarande

Utbildning av socialarbetare om rättigheter för irreguljära invandrare

Det irländska immigrantrådet (*Immigrant Council of Ireland*) i Dublin är en nationell, oberoende ideell organisation som främjar invandrares rättigheter genom intressebevakning, lobbying och forskning. Utöver det arbete som organisationen gör direkt med irreguljära invandrare, bedriver den uppsökande verksamhet med sjukhusets socialarbetare, där de utbildar dem i invandrarfrågor och rättigheter. Utbildningen är organisationens svar på en rad frågor om sjukhus som den har fått, till exempel om juridiska rättigheter för irreguljära invandrare med kroniska sjukdomar. Den utbildningen och det goda förhållandet som har utvecklats med socialarbetare på ett antal sjukhus har bidragit till att förbättra irreguljära invandrares tillgång till hälso- och sjukvård.

Källa: Irland, *Immigrant Council Ireland*, www.immigrantcouncil.ie/services/education-and-training

FRA:s synpunkt

Medvetandegörande

Myndigheter som arbetar med irreguljära invandrare, vårdgivare, civilsamhällets aktörer och invandrarna själva är inte nödvändigtvis medvetna om regler och rättigheter som rör hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. Invandrare är rädda att kontakt med hälso- och sjukvårdstjänster skulle kunna utsätta dem för risken att bli utvisade, även när det inte finns någon sådan risk.

Medlemsstaterna bör därför hitta sätt att lösa bristen på korrekt information bland invandrare, vårdgivare och myndigheter – som att öka finansieringen av utbildning, informationskampanjer och uppsökande verksamhet i invandrargrupper, och främja partnerskap mellan vårdgivare och civilsamhället i övrigt.

Exakta uppgifter om vilken typ av information som kan och inte kan kommuniceras till migrationsmyndigheterna bör tillhandahållas åt vårdgivare och invandrare.

4.3. Rapportering av invandrare till polisen

EU:s medlemsstater bör skilja hälso- och sjukvården från invandringspolitiken, för att säkerställa att vårdgivare eller myndigheter som ansvarar för vårdadministration inte är tvungna att rapportera. Rädslan som bygger på verkligt eller upplevt informationsutbyte mellan vårdgivare och migrationsmyndigheter avhåller irreguljära invandrare från att söka vård, tills en kritisk situation uppstår, som undergräver den enskildes hälsa och höjer de offentliga kostnaderna.

Rädsla för att söka vård är ett övergripande tema i alla intervjuer och utgör ett betydande hinder att få tillgång till och administrera hälso- och sjukvård till irreguljära invandrare. Det nämndes av de invandrare som intervjuades i Belgien, Italien, Polen och Tyskland som ett skäl för att inte vända sig till en allmän tjänst eller vårdgivare förrän det var absolut nödvändigt. Det nämndes också av vårdgivare och representanter för civilsamhället som orsaken till att irreguljära invandrare uppger falska uppgifter eller föredrar att uppsöka en ideell tjänst snarare än en offentlig tjänst. Rädsla nämns oftare i vissa länder än i andra, i synnerhet i länder som diskuterade tillägg och/eller förändringar i lagstiftningen som gäller irreguljära invandrare.

En del av vårdpersonalen i Tyskland och aktörer i civilsamhället i Frankrike och Polen som intervjuades uppgav att de hade hört berättelser eller kände till fall

där irreguljära invandrare som åkte till sjukhus för att söka behandling har rapporterats till myndigheterna.

På grund av irreguljära invandrares rädsla för att söka vård och för kontakt med myndigheter, undviker många av dem vårdgivare till varje pris, eller tar bara kontakt när allvarliga hälsotillstånd har uppstått. Detta är inte bara skadligt för personens hälsa utan ökar också besöken på akutmottagningarna och den totala vårdkostnaden för vårdgivare.

En irreguljär invandrare som bor i Stockholm sa att han var rädd för att bli rapporterad till polisen och skulle göra vad som helst för att undvika en akutmottagning. De representanter för civilsamhället på Irland som svarade, påpekade att irreguljära invandrare associerade kontakt med en myndighet (vård, omsorg eller sociala tjänster) med risken att rapporteras till migrationsmyndigheterna. En socialarbetare vid en vårdcentral i Paris kommenterade, att irreguljära invandrare ibland var ganska ovilliga att besöka deras mottagning, eftersom de var rädda för vårdpersonalen. Hon nämnde tuberkulos som exempel, och sade att det enda sättet för vårdpersonalen att kunna nå en sjuk irreguljär invandrare skulle vara genom en släkting som kom in och uppvisade symtomen. I sitt arbete har hon funnit att irreguljära invandrare ofta tror att vårdgivarna är kopplade till polisen, men hon betonade också den yrkesmässiga koden som vårdgivare håller högt.

Även om den irreguljära invandraren ges rätt till hälso- och sjukvård finns det fortfarande många som är rädda för att utnyttja vården. En irreguljär invandrare i Bryssel vars avvisande sköts upp, lider av en magsjukdom som kräver regelbundna läkarbesök. Trots att han har en AMU-försäkring, säger han att han är rädd för att gå till sjukhuset alltför ofta på grund av rädslan för upptäckt och gripande.

I Tyskland infördes en ny reglering av utlänningslagen (*Aufenthaltsgesetz*) i september 2009.¹⁰⁸ Förordningen betonar proportionalitetsprincipen vid inlämnande av uppgifter som identifierar irreguljära invandrare.¹⁰⁹ Detta innebär att när det är motiverat, får myndigheter som ungdoms- eller socialkontoret, som kan täcka hälso- och sjukvårdskostnader, avstå från skyldigheten att lämna ut information om papperslösa till migrationsmyndigheterna. Förordningen klargör att i nödfall kan akut medicinsk sekretess utvidgas från

läkare eller annan vårdpersonal till socialkontoret.¹¹⁰ En ideell organisation noterade att tolkningen av vad som utgör en sådan nödsituation dock ger utrymme för godtycke, då den beror på personen som är ansvarig. För icke-nödfall måste en irreguljär invandrare själv ansöka om ersättning vid socialkontoret, i vilket fall socialarbetarna fortfarande är bundna av anmälningsplikten.¹¹¹

Enligt Tysklands federala läkarförbund (*Bundesärztekammer*) leder detta hinder till en fördröjning av behandlingen för många patienter, vars hälsa försämras eller vars sjukdomar blir kroniska. Kammaren bedriver därför lobbyverksamhet för en förändring av politiken att rapportera irreguljära invandrare i behov av primär eller sekundär vård. I maj 2010 röstade kammarens plenumkonferens för att lägga fram en begäran till lagstiftaren att införa en anonym sjukförsäkring (*anonymer Krankenschein*).¹¹²

Den irländska utlänningslagen (*Immigration Act*) från 2003 fastställer i det åttonde avsnittet skyldigheten för myndigheter att utbyta information om icke-medborgare i syfte att genomföra lagen om inresa och avvisande. I oktober 2003 inrättade Irland ett gränssnitt mellan informationssystemet vid departementet för sociala frågor och familjefrågor och migrationsmyndigheterna.¹¹³

När säkerhetspaketet diskuterades i Italien i juli 2009, föreslogs en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att rapportera irreguljära invandrare till migrationsmyndigheterna. Flera organisationer ur civilsamhället såväl som yrkesorganisationer för medicinsk personal fördömde förslaget, och angav att skyldigheter att rapportera irreguljära invandrare skulle hindra deras tillgång till vård. De lanserade kampanjen "Förbjudna att rapportera: Vi är läkare och sjuksköterskor, inte spioner!" (*Divieto di segnalazione. Siamo medici ed infermieri, non siamo spie!*).¹¹⁴ Rapporteringsskyldigheten ingick inte i den slutliga versionen av lagförslaget.

108 Uppehållslagen från 30.07.2004 (*Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. April 2011 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist*) § 87 punkt 2.

109 Förordning om uppehållslagen från 26.10.2009 (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV-AufenthG) vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878*), del 87.0.4.

110 Förordning om uppehållslagen från 26.10.2009 (*Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (VwV-AufenthG) vom 26.10.2009, GMBL. I S. 878*), del 88.2.4.0.

111 *Katholisches Forum „Leben in der Illegalität“ (2010), Erläuterung zu ausgewählten Vorschriften aus der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009 (Drucksache 669/09)“*, Berlin. För mer informationer om lagen och dess effekt på irreguljära invandrares tillgång till hälso- och sjukvård i Tyskland, se: PICUM (2010), *NowHereLand Country Report Germany*, <http://files.nowhereland.info/709.pdf>.

112 Resolution av den federala medicinska kammaren (*Bundesärztekammer*), finns på: www.bundesaeerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6578.8260.8265.8506.8507.

113 Se Quinn and Hughes, *Illegally Resident Third-County Nationals in Ireland: State Approaches Towards Their Situation* (Dublin: ESRI, 2005, s., 20, finns på www.esri.ie/pdf/BKMNEXT073.pdf).

114 För mer information om de inblandade organisationerna och kampanjen, var god besök det italienska samfundet för migranters hälsa (*Società italiana di Medicina delle Migrazioni, S.I.M.M.*) på: www.simmweb.it/index.php?id=358.

Dessa exempel visar att graden av hur lagstiftningen införs och tillämpas påverkar irreguljära invandares situation och deras tillgång till vård. I Tyskland har lagstiftningen medfört en del förbättringar för irreguljära invandrare. Den befriar vårdpersonal från skyldigheten att rapportera, medan skyldigheten för tjänstemän som arbetar med irreguljära invandrare i behov av primär eller sekundär hälsovård kvarstår. Medan diskussionen av sådana rättsliga åtgärder pågick i Italien var det vanligt att irreguljära invandrare undvek kontakt med allmänheten och hälso- och sjukvårdsmyndigheter, av rädsla för att bli anmälda. Irreguljära invandares rädsla var mycket tydlig i Italien. Fältarbetaren för denna forskning sade att det var svårt att hitta irreguljära invandrare för intervjuer, eftersom de även undvek kontakt med ideella organisationer. En invandrare som nyligen legaliserats berättade om sin rädsla då det gäller lagstiftningen om säkerhetspaketet:

“Jag kom hit den 12 november 2006 som irreguljär invandrare. Jag var alltid rädd och jag gick aldrig till sjukhus. Även senare, efter [säkerhetspaketet] sade folk att om du går till ett sjukhus kan läkarna rapportera dig.”

21-30, Italien, från Östeuropa

En irreguljär invandrare anmärkte om sin rädsla att närma sig vårdgivare:

“Jag har alltid arbetat svart, och jag var alltid rädd [...] Jag var rädd för att bli sjuk också, jag var rädd för att få besök och tas i förvar. Här begår du ett brott när du är irreguljär invandrare, men det är inte riktigt! Vi är alla människor!”

41-50, Italien, från Latinamerika

Irreguljära invandrare riskerade sin hälsa och säkerhet genom att undvika kontakt med myndigheter medan den nya lagstiftningen behandlades, och vårdgivare märkte nedgången i antalet besök. En läkare i Brescia gissade att säkerhetspaketet hindrade upp till hälften av hennes patienter som var irreguljära invandrare från att söka vård. Hon sade att patienterna berättade för personalen att de hade undvikit att söka behandling under föregående månader på grund av rädslan för att rapporteras till polisen. En medlare vid en vårdcentral i Milano konstaterade att när säkerhetspaketet infördes, märkte centralen en nedgång i antalet besök av irreguljära invandrare, så som svar anordnade de en kampanj för att informera människor om att de var emot säkerhetspaketet. En läkare i en ideell organisation i Milano som ger vård till irreguljära invandrare sade att många av patienterna nämnde under konsultationen att de var rädda för att bli gripna. Läkarens åsikt var: “Våra patienter är informerade om italiensk lagstiftning!”

Vårdgivare i Irland och Tyskland lade också märke till att irreguljära invandrare tvekade att söka vård. Under samtalet om en föreslagen ändring av den irländska lagstiftningen, sade en företrädare för en ideell organisation i Dublin:

“När lagförslaget först kom ut fick vi många samtal från [irreguljära invandrare] som var oroliga för vad det innebar [...] Jag är säker på att vi kommer att behöva lugna människor och uppmuntra dem att fortsätta uppsöka sjukhus.”

Ideell organisation, Irland

En representant från en tysk ideell organisation ansåg att tillämpningen av den tyska lagstiftningen till stor del berodde på de inblandade personerna och inrättningarna. Hon sade att de flesta vårdgivarna var oroliga för betalningen, så om tjänsten inte rapporterades för ersättning från myndigheterna, skulle vårdgivare inte ersättas. En irreguljär invandrare från Västafrika som bor i Dortmund sade att om hon var vid medvetande skulle hon inte gå till ett sjukhus, eftersom hon var rädd för att polisen och tjänstemän från migrationsmyndigheterna skulle upptäcka och gripa henne.

FRA:s synpunkt

Rapportering av invandrare till migrationsmyndigheterna

Rädsla för att bli upptäckt, som bygger på verkliga eller upplevda utbyten av information mellan vårdgivare och migrationsmyndigheter, innebär att irreguljära invandrare skjuter upp att söka vård tills en nödsituation uppstår. Detta har negativa konsekvenser för individens hälsa och leder till dyrare ingrepp.

EU-medlemsstater bör skilja hälso- och sjukvården från invandringspolitiken och bör inte införa skyldigheter att rapportera irreguljära invandrare för vårdgivare och myndigheter med ansvar för hälso- och sjukvårdsadministration.

4.4. Myndigheternas bedömning

I de länder som omfattas av denna studie fanns det många exempel som belyste det godtyckliga i myndigheters och hälsomyndigheters bedömningar. Denna bedömning gäller inte bara tillgång till primär och sekundär vård, utan också till akutvård. Hur strängt kraven tillämpas kan skilja sig mellan olika regioners myndigheter och vårdgivare, beroende på var irreguljära invandrare försöker få tillgång till tjänsterna.

Myndigheternas godtycke är en mycket viktig faktor när det gäller irreguljära invandrares tillgång till hälsovård. I intervjuerna var det uppenbart att vissa myndigheter var kända för att använda metoder som utesluter irreguljära invandrare. Fler dokument krävs eller invandrare får längre väntetider för att träffa en socialarbetare. Till exempel sade en civilsamhällesaktör i Barcelona att hans organisation hade ingripit i situationer där en administrativ kommundiensteman var ovillig att registrera en irreguljär invandrare för ett hälsokort, och hade bett om ytterligare handlingar som inte behövdes, t.ex. bevis för att personen hade ekonomiska resurser. Men den intervjuade trodde att "majoriteten av fallen beror på brist på information bland tjänstemän eller andra anställda". Likaså anmärkte en representant för en ideell organisation i Paris att varje lokalt sjukförsäkringskontor (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*, CPAM) bedömer en invandrares vistelsetid och inkomstnivå på olika sätt. En CPAS/OCMW anställd i Belgien beskrev detaljerat processen som den belgiska federala regeringen förväntar sig skall följas för AMU-ansökan, och de höga böter som CPAS/OCMWs tvingas betala om de beviljar ett AMU-sjukförsäkringskort till en ooberättigad person. En läkare i Paris nämnde också geografiska skillnader: väntetiden för en AME-ansökan beror på vilken del av staden socialbyrån ligger i. Till exempel var väntetiden i stadens centrum 1-1 1/2 månader, medan den i en viss förort var tre månader. Väntetider för att få tillgång till systemet rapporterades också för AMU i Belgien.

Om en person med ett 'toleransstillstånd' (*Duldung*) i Tyskland vänder sig till ett socialkontor som tolkar definitionen av "akut" vård snävt, löper han/hon risken att hans/hennes hälso- och sjukvårdskostnader inte kommer att betalas. I själva verket trodde en representant för en ideell organisation i Bochum att chanserna för godkännande var små och att "den personliga bedömningen skulle skilja sig från en anställd till en annan". Samma representant gav ett exempel på en sådan händelse: en kvinna hade bott i Tyskland i sex år, under fyra år hade hon ett 'toleransstillstånd' (*Duldung*). Kvinnan hade tand- och käkproblem som orsakade extrem huvudvärk och sömnlöshet. Enligt specialistläkare var en operation

nödvändig. Men socialtjänsten vägrade att stå för kostnaderna, trots att lagstiftningen ger personer med ett sådant toleransstillstånd rätt till nödvändig och brådskande vård. Socialkontoret hävdade att kvinnan bara 'tolerades' och att hennes utvisning teoretiskt var möjlig när som helst. I ett annat exempel, sade representanten att socialtjänsten återigen hade vägrat att stå för kostnaderna, i detta fall för en person med hepatit B, även om det hade gjorts klart att sjukdomen var allvarlig. Detta fall togs till domstol och efter 14 månader beslutades att institutionen skulle stå för kostnaderna.

Vårdpersonalens bedömning (läkare, sjuksköterskor, receptionister och ambulanspersonal) är en annan viktig faktor för att irreguljära invandrare får tillgång till vård. Det är vårdgivaren som avgör om ett tillstånd betecknas som en "nödsituation" och vad som är eller inte är "akut" eller "brådskande". I vissa länder avgör ett sådant beslut om en irreguljär invandrare får behandling och om han/hon måste betala för tjänsten. En representant för en ideell organisation i Aten kommenterade att en läkare bestämmer vad som utgör en "nödsituation" – inbegrips bara offer för en bilolycka, eller även en person med tuberkulos eller som är hiv-positiv utan möjlighet att få tillgång till läkemedel. Irreguljära invandrare utan identitetshandlingar har ingen rätt till uppföljande behandling. Representanter för civilsamhället i Frankrike, Sverige, Tyskland och Ungern gav olika tolkningar av vad som anses vara en "nödsituation", "akut" eller "brådskande" vård. En representant för en ideell organisation i Budapest sade att det var läkaren som avgjorde "brådskande" behov; socialarbetare fann ofta behandlingen brådskande endast om personen blödde. Så tillgång till akutvård för en papperslös invandrare som inte visar tecken på ett "brådskande" behov kan bero på läkarens bedömning.

I Belgien måste en irreguljär invandrare få ett dokument från en läkare som visar att han/hon verkligen är i behov av "brådskande" vård, som en del av ansökningsprocessen för att få brådskande hälso- och sjukvård (AMU). En vårdgivare på ett sjukhus i Bryssel och en representant för civilsamhället i Belgien sade, att det var möjligt att en del läkare inom godkända vårdinrättningar vägrar att behandla irreguljära invandrare även om de har ett försäkringskort, eftersom de inte vet om tjänsterna kommer att ersättas. Som ett resultat kan irreguljära invandrare ha svårt att hitta en läkare. En kulturell medlare som arbetar vid en vårdcentral i Milano noterade också hälso- och sjukvårdspersonalens godtycke:

"[...] [R] eglerna för STP-koden kan tolkas på olika sätt och den politik som antagits av vårdgivaren påverkar hur STP-koden utfärdas och används. Utfärdande av STP-koden är godtycklig, och den beror på just den läkaren på sjukhuset (och dess politik), och slutligen på den administrativa personalen."

Hälso- och sjukvårdspersonal, Italien

Sammanfattningsvis skulle en definition av kriterierna för att godkänna eller vägra olika typer av hälso- och sjukvård (t.ex. akut, viktig, grundläggande, nödvändig och brådskande) göra vården mer förutsägbar och rättvis inom ett land. Dessa kriterier skulle klargöra rättigheter och minska tjänstemäns godtyckliga bedömning. De skulle minska vårdpersonalens osäkerhet om hur lagen bör tillämpas utan att ta över rollen för professionell bedömning.

4.5. Kvalitet och kontinuitet i vården

Avsaknad av laglig rätt till offentlig hälso- och sjukvård, rädslan för vårdkostnader och/eller det omöjliga i att betala de kostnader som krävs leder till stora problem när det gäller kvalitet och kontinuitet av vården. Detta avsnitt diskuterar svårigheten i att erbjuda kvalitet och kontinuitet i vården, med fokus på de specifika utmaningar som upplevs av vårdpersonalen, nämligen att föra medicinska journaler och tillhandahålla lämplig behandling när irreguljära invandrapatienter inte har tillgång till varken specifika undersökningar eller läkemedel.

Svårigheterna för irreguljära invandrare med att få vård av god kvalitet liknar ofta de som andra invandrare har. Detta är till exempel fallet med språkliga och kulturella hinder som hämmar invandrare från att ta emot en viss standard och kvalitet på hälso- och sjukvården. Ur intervjuerna med hälso- och sjukvårdspersonalen i Irland, Italien, Spanien, Tyskland och Ungern framgick tydligt, att problem kan uppstå när patienten inte förstår diagnosen, eller en fast anställd tolk/översättare inte är tillgänglig. Patienten kan förlora den personliga integriteten när en tredje person, i form av någon som arbetar på sjukhuset – som städpersonal eller säkerhetspersonal – hämtas för att tolka.

Andra problem är dock specifika för irreguljära invandrare. Enligt sjukvårdsanställda i de flesta undersökta länderna är detta särskilt fallet när det gäller kontinuitet i vården, det vill säga möjligheten för en patient att besöka en vårdgivare kontinuerligt under en längre tid i ett försök att bota patientens åkomma. I länder där irreguljära invandrare endast har tillgång till akutvård måste de själva täcka kostnaderna för andra behandlingar. Även i länder som erbjuder grundläggande vård till de irreguljära invandrare som uppfyller ställda krav, finns kostnader som måste beaktas (det vill säga läkemedel) som kan inkräkta på nivån på den vård som kan uppnås. Resultaten av denna forskning visar att dessa kostnader kan vara en skrämmande utgift för en irreguljär invandrare.

Som redan dokumenterats i FRA:s rapport om ensamma barn, är svårigheten att få en medicinsk historia från barn liksom **avsaknaden av journaler** ytterligare hinder.¹¹⁵ Enligt hälso- och sjukvårdspersonal i Belgien ligger en särskild utmaning i att upprätthålla journaler. På de offentliga sjukhusen beror det på den irreguljära invandrarens tillgång enligt lag till primär och sekundär vård i det landet om en journal förs. Hälso- och sjukvårdspersonal i Belgien, Grekland, Italien och Tyskland sade att om han eller hon har tillgång till vård genom ett program, och hans eller hennes kostnader täcks, kommer en journal som för alla andra patienter att föras. Men hälso- och sjukvårdspersonal i Grekland noterade att om invandraren inte har laglig tillgång till eller inte kan betala för tjänsten, kommer han eller hon antingen att få en räkning, och en journal föras, eller läkaren kan föreslå "inofficiell" behandling, och kommer att låta bli att föra journal om besöket.

I intervjuerna nämnde vårdpersonalen i Irland att det är svårt att föra register, eftersom irreguljära invandrare ofta uppger felaktiga telefonnummer, adresser eller använder fel försäkringskort, vilket gör det komplicerat för vårdgivarna att följa upp när tiderna har ombokats. Som tidigare har diskuterats gör många irreguljära invandrare detta eftersom de är rädda för att ge kontaktuppgifter till myndigheter, även om informationen endast kommer att användas för medicinska ändamål. En läkare i Dublin kommenterade hur lätt det var för människor att komma in på akutmottagningen på sjukhuset genom att registrera sig under ett annat namn och förbli anonym i systemet. I ett sådant fall finns dock risken att vårdpersonalen förväxlar den personen på ett återbesök och ge behandling med fel blodgrupp eller en som framkallar en allergisk reaktion, som, vilket beskrivs i kapitel 4, kan ha ödesdigra konsekvenser.

Irreguljära invandares otrygga liv är ett annat hinder för att ge uppföljande behandling, eftersom olagliga invandrare kan ha svårt att nå hälso- och sjukvård då de är rädda för att bli upptäckta. Vårdgivare som arbetade för ideella organisationer i Frankrike, Italien och Sverige bekräftade att journaler fördes för deras patienter som var irreguljära invandrare. Men insatser görs också av offentliga tjänster, som hälso- och sjukvårdspersonal i Italien betonade:

“Som sjukhus är vårt mål är att ge ständig vård, även om läkaren som tar hand om patienten inte alltid är densamma. Många patienter som har varit irreguljära invandrare i årtal kommer hit igen och igen!”

Hälso- och sjukvårdspersonal, Italien

115 FRA (2010), *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report*, s. 46.

En annan begränsning för kontinuitet i vården är extra kostnader för att köpa mediciner, vilket kan begränsa vårdgivares behandlingsalternativ för en viss åkomma. Slutligen kan det vara mycket svårt att arrangera ytterligare prov eller tjänster i länder där irreguljära invandrare bara har tillgång till akutvård, eftersom invandraren kommer att förväntas att betala.

Att arrangera ytterligare undersökningar eller tjänster är inte bara en utmaning för irreguljära invandrare, utan också för vårdgivare. En läkare i Tyskland noterade att alla rutiner inte alltid täcks för dem som har ett 'toleranstillstånd', exempelvis rehabilitering, mediciner och tillhandahållande av insulin. Vårdpersonal i Ungern nämnde en liknande situation när det gäller patienter som behövde dialys. En annan läkare i Tyskland sade att rehabilitering eller liknande vård inte täcktes av socialkontoret, och på grund av kostnaderna kunde det inte heller tas från vårdgivarens budget, så patienten skulle inte få den lämpligaste behandlingen. En vårdgivare i Warszawa bekräftade att om vården inte hänger ihop med en akut situation så kommer patienten att få betala för uppföljande behandling. En representant för en myndighet i Stockholm noterade att irreguljära invandrare med en kronisk sjukdom, som diabetes, skulle förväntas betala för laboratorieanalys.

En viktig faktor är svårigheten att säkerställa kontinuitet i vården i fall av smittsamma sjukdomar, tuberkulos i synnerhet. Migranter rör sig över gränserna, men det finns inget hänvisningssystem mellan olika länder. När invandrare flyttar, kan detta troligtvis leda till avbrott i behandlingen med risken att de blir resistent mot läkemedlen.

FRA:s synpunkt

Kontinuitet i vården

Irreguljära Invandrare behandlas ofta informellt och därför förs inga journaler.

Hälso- och sjukvårdssystem bör finna vägar att möta de största utmaningarna för att kunna ge kontinuitet i vården. Dessutom bör åtgärder vidtas för att säkerställa fortsatt vård vid smittsamma sjukdomar, som till exempel skapandet av en EU-omfattande remiss för TBC-patienter





Slutsatser

Tillgång till vissa grundläggande former av vård kan inte vara avhängig en persons rättsliga status. Om vissa kategorier av personer som bor i ett land är uteslutna från vård på grund av kostnader eller andra problem, såsom risken för upptäckt, blir detta också en fråga om den allmänna folkhälsan. Dessutom, om tillgång till primär eller förebyggande hälsovård är utesluten eller begränsad, kommer detta sannolikt att öka kostnaderna för akut hälso- och sjukvård.

Länderna som ingår i denna studie skiljer sig avsevärt åt i nivån på den tillgång till vård de ger till irreguljära invandrare. Utan hänsyn till vårdrättigheter för särskilda grupper (t.ex. barn) eller i fall av specifika sjukdomar (t.ex. tuberkulos), ges tillgång till offentlig hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare bara i nödsituationer i sex av de 10 studerade länderna.

I de återstående fyra länderna (Belgien, Italien, Frankrike och Spanien) kan irreguljära invandrare få tillgång till hälso- och sjukvård utöver akutvård om de

uppfyller vissa villkor, dvs faktisk bostad i värdlandet eller i ett visst område, uppvisande av ID-dokument, eller bevis på brist på medel.

De flesta länder som ingår i denna studie kämpar för att hitta det lämpligaste sättet att hantera vårdbehovet för irreguljära invandrare på. Valet av vilken politik som tillämpas på nationell nivå styrs av kostnader, folkhälsoaspekter, respekt för mänskliga rättigheter, men också migrationsadministrativa överväganden.

De begränsade möjligheterna att genomdriva rättsligt bindande internationella bestämmelser om rätten till hälsa, det vaga språket (t.ex. tillräcklig vård) såväl som behovet att genomföra internationella och europeiska normer i länder med mycket olika hälso- och sjukvårdssystem leder till avvikande tolkning och tillämpning av det befintliga regelverket inom EU, vilket i sin tur leder till olika hälso- och sjukvårdserbjudanden till irreguljära invandrare, och som inte alltid stämmer överens med rådande normer.

Bilagor

Bilaga 1: Begrepp som används

Tabell A1: Förklaring av villkoren för användning och EU: s medlemsstater

Akronym	Begrepp	Land där systemet finns
AMU	<i>Aide Médicale Urgente</i> , brådskande medicinsk hjälp	Belgien
AME	<i>Aide Médicale d'État</i> , systemet för statlig medicinsk hjälp	Frankrike
CPAM	<i>Caisse Primaire d'Assurance Maladie</i> , sjukförsäkringskontor	Frankrike
CPAS	<i>Centre public d'aide sociale</i> , socialkontor	Belgien
CMP	<i>Centre Médico-Psychologique</i> , psykologisk vårdcentral	Frankrike
CMS	<i>Centres Médico Sociaux</i> , hälso- och socialmottagning	Frankrike
<i>Duldung</i>	'Toleranstillstånd' för personer vars avvisande skjutits upp	Tyskland
ESI	<i>Espace solidarité insertion</i>	Frankrike
INAMI	<i>Institut national d'assurance maladie-invalidité</i> , institutet för hälsa och invaliditetsförsäkring	Belgien
LEA	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i> , nödvändig hjälpstandard	Italien
OCMW	<i>Openbaar centrum voor maatschappelijk</i> , socialkontor	Belgien
PASS	<i>Permanences d'Accès aux Soins de Santé</i> , kostnadsfri mottagning på sjukhus	Frankrike
STP code	<i>Stranieri Temporaneamente Presenti</i> , temporär utlänningskod	Italien
RIZIV	<i>Rijksinstituut Voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i> , institutet för hälsa och invaliditetsförsäkring	Belgien

Bilaga 2: Uppläggning och forskningsmetod

Informationen i denna rapport har främst samlats in från tre källor. Först bedrevs skrivbordsforskning rörande de senaste och mest relevanta studierna både vad gäller tillgång till vård för irreguljära invandrare i ett europeiskt sammanhang och situationerna i de olika länderna. Steg två var en undersökning som genomfördes för det större projektet om grundläggande rättigheter för irreguljära invandrare som innehöll frågor om tillgång till hälso- och sjukvård. Frågeformulär delades ut under våren 2010 till nationella och lokala myndigheter samt till organisationer i civilsamhället i de 27 EU-medlemsstaterna. Som steg tre genomfördes empiriskt fältarbete i 10 länder.

Sådant fältarbete är den främsta källan till denna rapport. I den empiriska forskningen ingick kvalitativa intervjuer med fyra grupper av respondenter: irreguljära invandrare, hälso- och sjukvårdspersonal, aktörer i civilsamhället och myndigheter. Forskningen har samordnats av PICUM och ICMPD, och utfördes av 10 forskare som valdes ut efter deras kompetens och tidigare arbetserfarenhet i frågorna om irreguljära invandrare och/eller hälsa. I varje land beräknades mellan 17 och 32 intervjuer behöva göras: irreguljära invandrare (fem till 10), hälso- och sjukvårdspersonal (fem till 10), civilsamhället (två till fem) och myndigheter (två till tre). Det exakta antalet berodde på hur uttömmande de lokala forskarna ansåg att det insamlade materialet var. Intervjuerna genomfördes huvudsakligen mellan april och juni 2010.

Sammantaget omfattade fältarbetet 221 semistrukturerade kvalitativa intervjuer i 10 medlemsstater: 36 med myndigheter, 43 med företrädare för civilsamhället, 67 intervjuer med vårdpersonal, och 75 med irreguljära invandrare. Det totala antalet intervjuade som deltar i undersökningen är något högre, eftersom vissa intervjuer omfattade mer än en respondent. De fyra intervjukategorierna var inte alltid tydligt urskiljbara, som i vissa fall då myndigheter och organisationer i civilsamhället agerade som vårdgivare på samma gång. Den empiriska forskningen har utförts i 21 städer (se tabell A1), helst huvudstäder eller andra städer som kunde avslöja intressant lokal praxis.

Intervjuerna med myndigheter syftade till att samla deras olika nationella, regionala och lokala strategier för att tillhandahålla hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare och den logiska grunden för dessa strategier. De användes också för att samla information om medvetenheten hos stadens tjänstemän, om program som inletts, samt om utmaningar som lokala myndigheter och beslutsfattare har urskilt. Materialet omfattar lokala (19), nationella (nio) och regionala myndigheter (åtta) med kunnskap om hälsofrågor, social välfärd, och/eller invandring.

Intervjuerna med representanter för civilsamhället syftade till att ge en översikt över genomförandet

Tabell A2: Undersökta städer och antal intervjuer per stad

Land	Stad	Antal intervjuer				
		Myndighet	Civilsamhälle	Hälso- och sjukvårdspersonal	Invandrare	Totalt
BE	Antwerpen, Bryssel, Ghent	5	3	5	7	20
DE	Bissendorf, Bochum, Bremen, Dortmund, Köln, Wuppertal	2	7	6	8	23
EL	Aten	4	5	6	10	25
ES	Barcelona	5	4	6	9	24
FR	Paris	5	6	7	8	26
HU	Budapest	2	3	5	2	12
IE	Dublin, Lacken	4	5	5	7	21
IT	Brescia, Legnano, Milano	3	3	8	10	24
PL	Piastow, Warsawa	3	5	11	10	29
SE	Stockholm	3	2	6	6	19
	n=21	36	43	65	77	221

av nationell och lokal politik, att samla information om de olika intressenternas roll, och att identifiera de viktigaste praktiska utmaningarna. De flesta representanterna för denna grupp arbetade aktivt med att ge hälso- och sjukvård till irreguljära invandrare eller till utsatta grupper i allmänhet. Över hälften av dem riktade sig till invandrare i allmänhet, medan irreguljära invandrare var den huvudsakliga målgruppen för ungefär en tredjedel av organisationerna.

Intervjuerna med hälso- och sjukvårdspersonal syftade till att upptäcka hur tillgång till hälso- och sjukvård fungerar i praktiken, vilka krav som kan hindra den, hur vårdgivare tar emot irreguljära invandrare (t.ex. förekomsten av institutionella riktlinjer), och vilka utmaningar de stöter på. Den intervjuade vårdpersonalen omfattade läkare, sjuksköterskor, administrativ personal och socialarbetare. Intervjuernas fokus var på: vårdgivare inom det traditionella systemet, t.ex. personer som arbetar på allmänna sjukhus, specialiserade sjukhusavdelningar eller sjukhus, vårdcentraler eller allmänläkare som arbetar på egen hand eller i samverkan med andra allmänläkare. Endast fem av alla kartlagda inrättningar (nio intervjuer) riktade sig speciellt till irreguljära invandrare, och alla drevs på olika sätt (privata, offentliga, statligt subventionerade, etc.) och erbjöd olika slags tjänster (från grundläggande rådgivning till ett större urval av alla typer av vård).

Intervjuerna med irreguljära invandrare syftade till att upptäcka deras strategier för att få hälso- och sjukvård vid behov, deras bedömning av tillgänglighet och kvalitet i vården hos offentliga vårdgivare, liksom att identifiera de största utmaningarna de konfronteras med när det gäller rätt till tillgång till tjänster och relaterade kostnader. De invandrare som intervjuades inkluderade tredjelandsmedborgare med irreguljärt uppehåll i de studerade länderna. De flesta var medborgare från tredje land som levde gömda vid tiden för intervjun (68 % av intervjuerna). Men några irreguljära invandrare var kända av myndigheterna, som hade skjutit upp eller fördröjt avvisningen. Detta inkluderade personer som befann sig i ett legaliseringsförfarande, kvinnor vars avvisning försenats på grund av graviditet eller andra hälsoskäl, eller avvisade asylsökande som inte kunde utvisas på grund av saknade identitetshandlingar eller av andra skäl.

När det gäller ursprungsländer kom 35 % av de intervjuade från ett afrikanskt land, 23 % från ett asiatiskt land, 21 % från ett europeiskt land, och 20 % från Latinamerika och Karibien.

Drygt hälften av de intervjuade var män. Mer än hälften av de intervjuade var mellan 30 och 49 år gamla. De flesta av de irreguljära invandrare som intervjuades (50 personer) arbetade, därav var de flesta utan arbetstillstånd. Av de intervjuade var 40 % ensamstående och/eller hade inte barn, 36 % hade barn som bodde med dem i det nuvarande bostättningslandet,

medan 13 % av de intervjuade hade en familj (make/ maka eller barn) i sitt ursprungsland.

Dessutom syftade materialet till att få information om fem särskilda hälso-scenarier som hade valts ut för fallstudien (olyckor, för- och eftervård i samband med förlösning, barnvaccinationer, kroniska sjukdomar, psykiska problem). Således försökte forskarna att hitta intervjupersoner som antingen hade upplevt ett av de listade hälsoproblemen, eller som kände någon som hade haft ett liknande problem. Olyckor beskrevs inte som ett separat scenario i slutrapporten, eftersom de i stort sett faller under akutvård.

Riktlinjerna för intervjuerna, som återges i slutet av denna publikation, har utvecklats för att säkerställa överensstämmelse under forskningen. Intervjuerna fick utbildning om dessa riktlinjer i Bryssel, Belgien, den 8-9 april 2010. Fältforskningen ägde rum mellan april och juni 2010.

De flesta av intervjuerna genomfördes på varje lands nationella språk. Emellertid gjordes ett antal intervjuer även på engelska eller på den intervjuades modersmål med hjälp av tolkar.

En av forskningsprojektets största svårigheter var att hitta personer som var villiga att intervjuas. I vissa länder hade forskarna stora svårigheter att få kontakt med tjänstemän, medan det i Ungern och Polen var svårt att identifiera behöriga avdelningar eller personer.

Det var också mycket svårt att få kontakt med irreguljära invandrare. Förutom enskilda kontakter, eller genom snöbollseffekten, följdes huvudsakligen strategin att närma sig irreguljära invandrare genom ideella organisationer. Intervjuer ägde ofta rum på deras inrättningar, som invandrarna redan kände till och kände sig trygga i. Emellertid blev intervjuerna ibland störda av den dagliga verksamheten för de ideella organisationerna (folk som kom in, behövde rummet eftersom en kurs skulle börja, etc.), eller på grund av att de intervjuade bara hade möjlighet att delta under en begränsad tid.

Med de intervjuades samtycke spelades intervjuerna in på band eller så gjordes anteckningar under samtalet. Analysen av intervjuerna understöddes av tematisk kodning med hjälp av en programvara som underlättar kvalitativ intervjuanalys (Maxqda). Med hjälp av vägledande frågor för hela forskningsprojektet, samt preliminär analys av några intervjuer, utvecklades en kodlista för de fyra intervjugrupperna som sedan användes för analys av alla intervjuer under samma kategori.

En fallstudie har tillhandahållits av ICMPD (Veronica Bilger och Christina Hollomey) och PICUM (Devin Cahill) till FRA tillsammans med de uppgifter som bildar grundlaget för FRA:s utarbetande av denna tematiska rapport.

Riktlinjer för intervjuer med invandrare

I. Information om intervjun

Intervjuare: NAMN

Datum (dd/mm/åååå):

Tid (9.00 eller 21.00):

Intervjuns längd:

Kontaktad genom (t.ex. NGO, privat kontakt etc.):

Intervjuspråk:

Plats där intervjun ägde rum t.ex. (i.e. NGO, bar, personens hem etc.):

Protokoll (t.ex. bygger på bandinspelning, anteckningar):

Intervjusituation (kort beskrivning av den allmänna stämningen, omgivningen, något speciellt etc.):

II. Om den intervjuade

Den intervjuade (inte det riktiga namnet, bara för intern användning):

Kön:

Ålder:

Nationalitet/ursprungsland/eller etnisk grupp:

Nuvarande legal status (i.e. papperslös, väntar på besked, etc.):

Tidigare legal status:

Andra anmärkningar om den intervjuade:

III. Personlig information om den intervjuade

1. Vilka är dina levnadsförhållanden (dvs ensam, med en partner, släktingar, vänner, med barn)?
2. Har du några barn (under 18)?
3. Hur länge har du levt i denna situation? Vad hände?
4. Är du anställd?
5. Om JA, vilken sorts arbete gör du (dvs byggarbete, städning, trädgårdsarbete etc.)?
6. Vilken typ av boende har du (dvs flyktingförläggning, privat boende med/utan vänner, inget hem)? Och vilket tillstånd är det i (dvs bra, rent, smutsigt, säkert, etc)?



Intervjuprotokoll (frågor och text)

IV. Den intervjuade personens personliga erfarenheter av tillgång till vård

7. Har du någonsin varit sjuk och behövt professionell vård? Vad gjorde du då?
8. Har du någonsin besökt sjukhus för att du behövde hälso- och sjukvård (dvs nödfall, mödravård, kroniska hälsoproblem, mentalvård, etc.)?
9. Om inte, varför inte?
10. Om NEJ, skulle du försöka få hjälp på någon annan inrättning i din stad (dvs en uppsökande klinik, etc.)?
11. Om NEJ, vad gjorde du? Lider du fortfarande av skadan/har du fortfarande problem med hälsan?
12. Om NEJ, (om du inte personligen har varit på sjukhus) känner du en irreguljär invandrare som har varit där? Vad var hans / hennes erfarenhet?
13. Om JA, under vilka betingelser får du tillgång (dvs uppvisa papper, etc.)?
14. Om JA, vilket slags betalning skulle det bli för vården (dvs gratis tillgång, full betalning, etc.)?
15. Om JA, kan du beskriva för mig hurdan den vård du fick var (dvs hinder, svårigheter, goda resultat, behandling av personalen, etc.)?
16. Har du någonsin behövt en översättare under en konsultation?
17. Om JA, hade sjukhuset möjlighet att erbjuda någon? Om inte, vad hände?
18. Vad är det största hindret för tillgång till hälso- och sjukvård?
19. Finns det ett större hälsoproblem i ditt samhälle som inte behandlas?
20. Känner du till något exempel på att en irreguljär invandrare som har barn har försökt att få hälso- och sjukvård för dem? Hur gick det?
21. Om en irreguljär invandrare skulle föda barn, vad skulle hon göra? Har du stött på en sådan situation?
22. Om en irreguljär invandrare hade ett psykiskt hälsoproblem (dvs depression, ångest-stressyndrom, etc), vad skulle han/hon göra? Har du stött på en sådan situation?
23. Om en irreguljär invandrare hade en kronisk sjukdom (t.ex. diabetes), vad skulle han/hon göra? Har du stött på en sådan situation?
24. Om du skulle råka ut för en olycka på arbetsplatsen, vad skulle hända? Skulle arbetsgivaren organisera hälso- och sjukvård? Har du stött på en sådan situation?
25. Känner du att du skulle tas om hand väl i detta land i händelse av sjukdom?

Riktlinjer för intervjuer med myndigheter

I. Information on intervjun

Intervjuare: NAMN

Datum (dd/mm/åååå):

Tid (9.00 eller 21.00):

Intervjuns längd:

Kontaktad genom (t.ex. frågeformular, privat kontakt etc.):

Intervjuspråk:

Plats där intervjun ägde rum t.ex. (dvs kontor, etc.):

Protokoll (t.ex. bygger på bandinspelning, anteckningar):

Intervjusituation (kort beskrivning av den allmänna stämningen, omgivningen, något speciellt etc):

II. Kontaktinformationer av den intervjuade

Organisationens namn:

Förvaltningsnivå (dvs kommunal, nationell, regional, etc):

Adress:

Kontaktperson:

Tel.

Email:

III. Tillgång och kunskap på politisk-administrativ nivå

1. Vilka grupper av irreguljära invandrare i särskilt behov av vård finns i din stad i allmänhet (t.ex. mödrar, gravida kvinnor, barn etc.)?
2. Beroende på grupp, hur översätts detta till allmän folkhälsopolitik på kommunal nivå (det vill säga något särskilt program inriktat på särskilda grupper, handlingsplan etc.)?
3. Finns det någon särskild folkhälsopolitik/åtgärd/något program på kommunal nivå som riktar sig till irreguljära invandrare/personer som lever i limbo (dvs. asylsökande som fått avslag)?
 - Om ja, vad är logiken bakom åtgärderna (t.ex. mänskliga rättigheter, för att sänka kostnader, förebyggande av sjukdomar, hälsofrämjande etc.)?
 - Om nej, varför inte?
4. Finns det några specifika hälsoprogram för grupper med särskilda vårdbehov? Kan irreguljära invandrare (personer utan dokumentation (oupptäckta)) tillgå dessa program?
5. Kan en asylsökande som har fått avslag tillgå dessa program?



6. Vilket program anser du särskilt framgångsrikt i din stad och varför?
7. I varje stad finns ett antal ideella organisationer som arbetar med att tillhandahålla hälso- och sjukvård till irreguljära invandrare.
 - Hur är samarbetet med denna ideella organisation organiserat (dvs aktivt finansiellt stöd, åsidosatt, inget förutom att erkänna att den finns, etc.)?
8. Hur handskas du med irreguljära invandrades tillgång till hälso- och sjukvård? (dvs. med fokus på att inkludera dem på bästa möjliga sätt i det traditionella systemet eller med fokus på att hjälpa organisationer att förbättra sin kapacitet etc. för att stödja irreguljära invandrare.)
9. Anser du att det särskilda tillvägagångssättet i din stad är framgångsrikt? Varför/varför inte?
10. I många länder/städer finns det motstridiga intressen mellan invandringskontroll och hälsovård. Hur hanterar du dessa motstridiga intressen?
11. Är det vanligt i din stad att vårdgivare eller administrativ personal rapporterar irreguljära invandrare till myndigheterna?
12. Vad bör förändras för att förbättra tillgången till vård för irreguljära invandrare/asylsökande som fått avslag (dvs den nationella politiken, lokal politik, administrativa förändringar, program, tjänster, etc.)?
 - Lista de 3-5 viktigaste förändringar som du anser skulle vara nödvändiga.
13. Hur går det till i detalj när en irreguljär invandrare söker hjälp i en av de följande situationerna (behandling, kostnader, rapportering, etc.)?
 - En person som har drabbats av en arbetsplatsolycka och behöver akut vård
 - En gravid kvinna (tillgång till mödravård, förlossning och eftervård)
 - En person med en kronisk sjukdom (diabetes eller astma i behov av behandling)
 - En person med psykiska problem (t.ex. traumatiserad, psykos, (droger) beroende, alkoholism) i behov av behandling

Riktlinjer för intervjuer med hälsovårdspersonal

Tänk generellt på att det kan finnas skillnader i hur "oupptäckta" irreguljära invandrare, och asylsökande som fått avslag, kan få tillgång till vård.

I. Information om intervjun

Namn:

Befattning:

Namn på organisation/institution:

Stad:

Den intervjuades kontaktuppgifter (om relevanta):

II. Information om vårdgivare

1. Typ av vårdgivare
 - Allmänsjukhus
 - Specialiserad avdelning inom sjukhus: (t.ex. akutmottagning, gynekolog)
 - Tjänst som ägnar sig åt irreguljära invandrare inom sjukhuset
 - Tjänst som ägnar sig åt irreguljära invandrare utanför sjukhuset
 - Specialistvård utanför sjukhuset
 - Allmänläkare
 - Nätverk av läkare (inklusive specialister)
 - Annan
2. Vårdgivarens finansiering, typ:
 - Statlig finansiering
 - Icke-statlig/privat finansiering
 - Icke-statlig/statsbidrag
 - Privat/vinstdrivande
 - Annan
3. Målgrupp för tjänsterna
 - Ingen speciall målgrupp
 - Kvinnor
 - Barn
 - Personer med kroniska sjukdomar
 - Personer med mentalhälsoproblem
 - Invandrare
 - Irreguljära invandrare
 - Asylansökare
 - Annan



III. Tillgång till hälsovård for irreguljära invandrare

4. Vilka administrativa åtgärder vidtas om en irreguljär invandrare ber om vård?
5. Vilka dokument behövs för att få tillgång till vård?
 - Identitetshandlingar
 - Försäkringskort
 - Bekräftelse av adress
 - Papper på invandringsstatus
 - Bankkontonummer
 - Annan
6. Måste en irreguljär invandrare betala för att få tillgång till vård?
7. Vem står för kostnaderna om patienten inte kan betala?
 - Försäkring
 - Staden
 - Sjukhuset
 - Annan
8. Vad händer om en person inte kan betala för behandlingen? T.ex.:
 - Kontrolleras först – inga pengar, ingen behandling
 - Rapporteras till chefen/tredje part (polis, migrationsmyndighet, ...)
9. Finns det en officiell hållning i din organisation/avdelning beträffande behandlingen av irreguljära invandrare?
10. Får irreguljära invandrare vård på samma villkor överallt i staden/landet, eller arbetar din organisation på ett särskilt sätt?
11. Om din organisation inte ger vård till irreguljära invandrare, kan du skicka dem till någon annan mottagning där de får den nödvändiga behandlingen?

IV. Tjänsternas kvalitet

12. Vilka slags tjänster får irreguljära invandrare?
 - Förebyggande vård: undersökningar
 - Diagnostiska tjänster
 - Akut sjukvård
 - Allmän vård
 - Kirurgiska tjänster
 - Sjukhusvård
 - Ambulerande tjänster
 - Annan
13. Finns det några skillnader mellan behandlingen av irreguljära invandrare jämfört med andra patienter? (Även när det gäller asylsökande som fått avslag!!!)
 - De får endast tillgång till begränsade medicinska tjänster
 - Behandlas av särskild personal
 - Behandling på en särskild enhet
 - Annan

14. Språk: Erbjuds tolkning till irreguljära invandrare eller invandrare i allmänhet?
15. Finns några existerande strukturer på plats speciellt för irreguljära invandrare: T.ex:
 - En referensperson för irreguljära invandrare
 - Speciellt utbildade personer för att handskas med irreguljära invandrare
 - Tolk/översättare
 - Speciella arrangemang för betalning
 - Socialarbetare
 - Annan

V. Kontinuitet i vården

16. För ni patientjournaler över irreguljära invandrare?
17. Kan irreguljära invandrare få uppföljande vård?
18. Är det möjligt för irreguljära invandrare att konsultera samma läkare flera gånger?

VI. Information om patienter som är irreguljära invandrare

19. För ni bok över irreguljära invandrapatienters administrativa uppgifter (t.ex. legal status, adress, namn)?
20. Delas den administrativa informationen med eller bearbetas den av tredje part?
21. Vet du hur många irreguljära invandrare som använde era tjänster under den sista månaden/sista året?
 - Exakt antal:
 - Uppskattning:% av patienterna

VII. Specifika situationer då irreguljära invandrare varit i behov av hälso- och sjukvård

22. Hur går det till i detalj när en irreguljär invandrare söker vård i en av de följande situationerna (behandling, kostnader, rapportering, etc.)?
 - En person som har drabbats av en arbetsplatsolycka och behöver akut vård
 - En gravid kvinna (tillgång till mödravård, förlossning och eftervård)
 - En person med en kronisk sjukdom (diabetes eller astma i behov av behandling)
 - En person med psykiska problem (t.ex. traumatiserad, psykos, (droger) beroende, alkoholism) i behov av behandling



Riktlinjer för intervjuer med representanter för civilsamhället

I. Information om intervjun

Intervjuare: NAMN

Datum (dd/mm/åååå):

Tid (9.00 eller 21.00):

Intervjuns längd:

Kontaktad genom (t.ex. frågeformular, privat kontakt etc.):

Intervjuspråk:

Plats där intervjun ägde rum (dvs kontor, etc.):

Protokoll (t.ex. bygger på bandinspelning, anteckningar):

Intervjusituation (kort beskrivning av den allmänna stämningen, omgivningen, något speciellt etc.):

II. Kontaktinformationer av den intervjuade

Organisationens namn:

Adress:

Kontaktperson:

Tel.

Email:

III. Information om ideella organisationer

1. I vilket geografiskt område arbetar din organisation (dvs i en stad, nationellt, etc.)?
2. Vilken typ av tjänster erbjuder din organisation till irreguljära invandrare?
3. I vilken situation befinner sig de flesta irreguljära invandrarna som din organisation arbetar med när det gäller deras status (dvs oupptäckt, asylsökande som fått avslag, etc.)?
4. Från vilka land kommer de flesta av de irreguljära invandrarna som din organisation har kontakt med?
5. Tycker du att er verksamhet har stöd från kommunen/den regionala/den nationella regeringen?

6. Denna fråga kan variera, beroende på vilket land du befinner dig i:

Länder med lagstiftning om irreguljära invandrare och tillgång till hälso- och sjukvård – glöm inte att ta en kopia av lagstiftningen med dig	Länder utan lagstiftning om irreguljära invandrare och tillgång till hälso- och sjukvård
Fråga: Ditt land har lagstiftning om tillgången till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare; tror du att det finns några problem vid tolkningen (dvs klar, tvetydig, etc.)? Hur tolkas lagstiftningen i din stad (dvs brett, snävt)?	Fråga: Ditt land har ingen lagstiftning om tillgången till hälso- och sjukvård för irreguljära invandrare. Har det förekommit några diskussioner med regeringen om att ändra detta? Enligt din personliga åsikt, tror du att det är en förändring som kommer att äga rum? Varför/varför inte?

7. Är det vanligt i din stad att vårdgivare eller administrativ personal rapporterar irreguljära invandrare till myndigheterna?

IV. Mediciniska situationer

Beroende på den intervjuades expertis kommer du att ställa en fråga om någon av situationerna 1-4. Helst skall din sammanställning av intervjuer uppvisa blandade svar, (dvs dina intervjuer bör inte uteslutande fokusera på bara en nödsituation).

8. Hur går det till i detalj när en **irreguljär invandrare** söker vård i en av de följande situationerna (behandling, kostnader, rapportering, etc.)?
- En person som har drabbats av en arbetsplatsolycka och behöver akut vård
 - En gravid kvinna (tillgång till mödravård, förlossning och eftervård)
 - En person med en kronisk sjukdom (diabetes eller astma i behov av behandling)
 - En person med psykiska problem (t.ex. traumatiserad, psykos, (droger) beroende, alkoholism) i behov av behandling



Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter

Irreguljära migranter: Tillgång till hälso- och sjukvård i 10 av den Europeiska unionens medlemsstater

2012 – 64 p. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9192-712-8

doi: 10.2811/34342

En stor mängd övrig information om Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter är tillgänglig på internet via FRA:s hemsida (fra.europa.eu).

HUR HITTAR MAN EU:S PUBLIKATIONER?

Gratispublikationer:

- Genom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- Hos Europeiska unionens representationer och delegationer.
Adressuppgifter finns på internet (<http://ec.europa.eu>) eller kan fås från fax +352 2929-42758.

Avgiftsbelagda publikationer:

- Genom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Avgiftsbelagda prenumerationer (t. ex. årsabonnemang på *Europeiska unionens officiella tidning* eller på *rättsfallssamlingen från Europeiska unionens domstol*):

- Genom ett av Europeiska unionens publikationsbyrås försäljningsombud (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sv.htm).

HELPING TO MAKE FUNDAMENTAL RIGHTS A REALITY FOR EVERYONE IN THE EUROPEAN UNION

Irreguljära invandrare i den Europeiska unionen (EU), nämligen de som inte uppfyller villkoren för inresa, vistelse eller bosättning, lider ofta av olika hälsorisker, t.ex. som följer av utsatta arbetsförhållanden eller otrygga boendeförhållanden. Fastän EU:s medlemsstater står inför en åldrande befolkning och konsekvenserna av en global ekonomisk kris och kämpar för att begränsa de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård, måste rätten till hälsa för alla – oavsett juridisk status – förbli en viktig fråga. Denna rapport från Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) dokumenterar de juridiska, ekonomiska och praktiska hinder för irreguljära invandrare att få tillgång till hälso- och sjukvård i 10 EU-medlemsstater och föreslår ett antal olika sätt att förbättra denna tillgång. FRA fann att särskilt risken för upptäckt och utvisning förhindrar irreguljära invandrare från att söka vård, även i de länder där den är lagligt tillgänglig, och föreslår bland andra förbättringar att bortkoppla hälso- och sjukvård från invandringspolitik.



Publikationsbyrån

