

Vårdbehov hos papperslösa

Erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för
papperslösa 2008

Magdalena Fresk, Kista Vårdcentral
Helena Ganslandt, Björnstigens Vårdcentral
Februari 2009

ST-opsats i allmänmedicin

Handledare Rolf Byström

Vårdbehov hos papperslösa

Erfarenheter från Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa 2008

Magdalena Fresk, Helena Ganslandt

Sammanfattning

Syfte: Att mäta vårdbehovet hos de papperslösa som söker hjälp via *Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa* i Stockholm.

Metod: Empirisk studie med kvantitativa data. 83 papperslösa patienter som sökt hjälp hos *Röda Korset* för första gången inkluderades. Demografiska data, självupplevd hälsa och aktuella diagnoser registrerades. För diagnosklassificering användes det internationella klassificeringssystemet för primärvård ICPC-2. Vårdsnivå bedömdes genom bestämning av optimal initial vårdnivå (specialist i allmänmedicin, läkare med annan specialitet, annan vårdprofession, akut sjukhusvård) och för patienter som bedömdes av specialist i allmänmedicin även genom registrering av de åtgärder som krävdes för initial vård med processkoder enligt ICPC-2.

Resultat: Studiepopulationen utgjordes av 69 % kvinnor och 31 % män. 77 % var 18-44 år. Patienterna kom från 32 olika länder, 43 % var från Syd- och Mellanamerika. Det motsvarar inte den officiella immigrationsstatistiken i Sverige. De vanligaste hälsoproblemen återfanns inom Graviditet och familjeplanering, Ben och muskler och Psykiska besvär. 46 % av diagnoserna borde ha erhållit vård tidigare. 77 % av diagnoserna krävde ett läkarbesök. 83 % av dessa kunde hänvisas till en specialist i allmänmedicin. De flesta åtgärder som krävdes för diagnos och behandling skulle kunna tillhandahållas av en vårdcentral.

Slutsats: Papperslösa som söker hjälp hos *Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa* har framför allt behov av mödravård och primärvård.

Tack till:

Rolf Byström, leg läkare och specialist i allmänmedicin, verksam vid Hållpunkt, Stockholm.

Frida Hansdotter, folkhälsovetare, Smittskyddsinstitutet.

Ellinor Björk, Charlotta Arwidson och Karolina Höög, samtliga vid Röda Korsets mottagning för papperslösa i Stockholm.

Johanna Cederholm, väninna, kollega och inspiratör.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
1.1 Syfte	5
2. Introduktion till ämnet.....	5
2.1 Definition av benämningen papperslös	5
2.2 Rätten till vård	6
2.3 Tillgång till vård.....	6
3. Litteraturgenomgång	7
4. Metod.....	8
4.1 Design.....	8
4.2 Variabler	8
4.3 Studiepopulation, urvalskriterier och bortfall	9
4.4 Datainsamling och bearbetning.....	9
4.5 Dataanalys	10
4.6 Forskningsetiska överväganden.....	10
5. Resultat	10
5.1 Beskrivning av patienterna.....	10
5.2 Vårdnivå och vårdbehov	14
6. Diskussion.....	18
6.1 Papperslösas hälsa och vårdbehov	18
6.2 Rätt till vård	19
6.3 Metoddiskussion.....	20
6.4 Slutsats	21
7. Referenser	22
8. Bilagor	25

1. Inledning

De senaste åren har det pågått en livlig debatt i Sverige om papperslösa och deras rätt till vård. Ingen vet hur många papperslösa som lever i landet och mycket litet är känt om gruppens hälsa och deras behov av hälso- och sjukvård. I den här studien hoppas vi kunna belysa vilka de papperslösa patienterna är och vad de har för medicinska behov. Anledningen till att vi valt att studera vårdbehovet hos gruppen papperslösa är eget intresse för frågan samt att dessa fakta efterfrågats av Röda Korset som driver en sjukvårdsförmedling för papperslösa i Stockholm. Studien har ett tydligt fokus på primärvård. Detta beror dels på att vi är blivande specialister i allmänmedicin, dels på att vi upplevt att det är ett perspektiv som behövs i debatten eftersom tillgången till primärvård för papperslösa enligt vår erfarenhet är mycket dålig. Utifrån de resultat som framkommer i studien hoppas vi på en breddad diskussion bland vårdpersonal och politiker om vilka lösningar som behövs för att trygga en professionell vård även för gruppen papperslösa.

1.1 Syfte

Syftet med denna uppsats är att beskriva de patienter som söker vård vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa, att utifrån aktuella besöksorsaker bedöma optimal initial vårdnivå, samt för de patienter som handlagts av specialist i allmänmedicin bedöma behov av utredning och behandling.

2. Introduktion till ämnet

2.1 Definition av benämningen papperslös

Papperslös är en svensk benämning på den grupp människor som bor i Sverige utan tillstånd. Ordet härrör från den franska beteckningen "sans-papier" och är en motsvarighet till den engelska termen undocumented migrants. I en del litteratur och sammanhang används istället termen irreguljära migranter och det finns även andra benämningar på denna grupp. Vi har valt att använda termen "papperslös" eftersom det är den term som vi är vana att använda, som används av Röda Korset och som numera är den mest använda inom media och opinionsbildning. Tidigare benämndes gruppen ofta "gömda flyktingar" och med det menades framförallt före detta asylsökande som fått avslag men valt att gå under jorden istället för att lämna landet. Men alla papperslösa är inte flyktingar – inom gruppen papperslösa ryms fler kategorier: Människor som inte vågar söka asyl av rädsla för att få avslag, släktingar till människor med tillstånd att bo i Sverige, människor som kommit för att arbeta en kortare eller längre tid här, offer för trafficking, personer som blivit kvar när ett turistvisum eller ett studentvisum gått ut och så vidare. En del är kända av svenska myndigheter - andra inte. Vi har inte kunnat få fram uppgifter baserade på någon vetenskap eller tillförlitlig statistik om gruppens storlek.

I denna studie definieras papperslös som en person som saknar uppehålls- eller arbetstillstånd, inte har visum och inte aktuellt är asylsökande.

2.2 Rätten till vård

Rätten till hälsa och sjukvård finns med redan i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter från 1948 [1] men utvecklades i och med den Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som Sverige undertecknade 1967. I den senare har Sverige erkänt "rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa" och detta ska bland annat ske genom att "skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom" [2]. FN:s konvention om barnets rättigheter antogs av FN:s generalförsamling 1989 och ratificerades av Sverige 1990. Konventionsstaterna förbinder sig att tillhandahålla hälso- och sjukvård för alla barn men också tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen [3]. Även Europakonventionen reglerar rätten till sjukvård. Europarådet har i ett uttalande från år 2004 fastställt att det är ett brott mot Europakonventionen att undanhålla medicinsk hjälp till papperslösa genom lag eller praxis [4].

I svensk lag är rätten till sjukvård reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 i vilken anges att om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård skall landstinget erbjuda sådan vård [5]. Under 2008 antogs en ändring i hälso- och sjukvårdslagen som reglerar asylsökandes rätt till sjukvård [6]. Lagen tar inte särskilt upp papperslösas rätt till hälso- och sjukvård och medför därför ingen förändring för denna grupp. När det gäller barn och ungdomar upp till 18 år så har papperslösa barn vars föräldrar tidigare sökt asyl samma rätt till hälso- och sjukvård som alla andra barn i Sverige sedan år 2000. Sedan juli 2008 är denna rättighet reglerad i lag [7].

Sammanfattningsvis har vuxna papperslösa laglig rätt till akut vård. De har dock ingen rätt till subventionerad vård utan får stå för hela vårdkostnaden. I Stockholms läns landsting är kostnaden för läkarbesök inom öppenvård 1600 kr och för sjukvårdande behandling, till exempel besök på mödravårdscentral, 700 kronor. Vid akutmottagningar på sjukhus tillämpas ett schablonpris som varierar mellan 1600 kr - 2000 kr. Övrig vård prissätts enligt andra ersättningssystem [8].

2.3 Tillgång till vård

Sverige är med nuvarande praxis ett av de mest restriktiva länderna i Europa när det gäller att erbjuda papperslösa sjukvård. I till exempel Spanien, Italien, Frankrike och Belgien har den stora majoriteten av papperslösa rätt till gratis eller kraftigt kostnadsreducerad sjukvård [9].

Läkare Utan Gränser genomförde år 2005 en undersökning om papperslösas tillgång till sjukvård i Sverige. Den visade att det finns flera typer av hinder för denna grupp varav de ekonomiska kostnaderna, rädsla och okunskap om rätten till sjukvård är de främsta [10]. Vidare visade undersökningen att vid akut sjukdom som kräver sjukhusvård t ex hjärtinfarkt eller förlossning nekades inte behandling, men patienten måste själv betala hela kostnaden. Sjukhusen är obenägna att ta emot vid mindre akuta problem. Vårdcentraler är mycket otillgängliga för papperslösa [10].

Även geografiskt inom Sverige finns stora skillnader. Region Skåne har fastställt att gruppen papperslösa har rätt till akut och annan omedelbar nödvändig vård till samma avgift som de asylsökande [11]. Även andra landsting har också fastställt liknande rekommendationer [12, 13, 14, 15, 16].

Det finns utöver den offentliga vården alternativa vårdinrättningar som på olika sätt ger vård till papperslösa på volontärbasis. Läkare Utan Gränser startade i början av 2004 projektet "Vård till gömda". Det har legat till grund för det som nu är Röda Korset sjukvårdsförmedling för papperslösa, genom vilken 50-60 frivilliga från olika vårdprofessioner utan betalning tar emot papperslösa patienter i Stockholm. Andra mottagningar är till exempel Deltastiftelsen i Malmö, Rosengrenska i Göteborg och Läkare i Världen-MdM Sveriges mottagning i Stockholm. Utöver dessa finns många exempel på enskilda läkare och andra personalkategorier som ger papperslösa möjlighet till vård både i privat och offentlig regi.

3. Litteraturgenomgång

Vid genomgång av den aktuella medicinska forskningen inom området gjordes initialt sökning i PubMed med sökorden: Refugees, Immigrants och Migrants enskilt och i kombination med Primary Health Care, Health Status, Needs Assessment, Nursing Assessment, Health Services Needs and Demand och Illegal. Det framkom att de mest använda sökorden för ämnet var "undocumented migrants" (34 träffar) och "undocumented immigrants" (66 träffar). Urvalet gjordes sedan utifrån att artiklarna skulle vara publicerade på svenska eller engelska och att de inte skulle vara mer än tio år gamla. Fokus låg på de studier som var utförda i Europa. Sökning har även gjorts i Google Scholar och då användes både ovan nämnda sökord även inkluderat sökorden gömda, papperslösa, irreguljära immigranter vårdbehov, gömda vårdbehov, illegala invandrare vårdbehov, illegala migranter vård och papperslösa vård.

Bland de träffar som kom upp vid sökning med hjälp av de svenska sökorden fanns bland annat flera debattartiklar i ämnet ifrån Läkartidningen [17, 18] samt en magisteruppsats med frågeställningen "Har papperslösa rätt till sjukvård?" vars syfte var att undersöka papperslösas rätt till sjukvård ur ett mänsklig rättighets perspektiv [19]. En SOU-rapport - "Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet" med information om gruppen återfanns också [20]. Den enda svenska studie som publicerats i en medicinsk facktidskrift är den som utförts av Läkare Utan Gränser 2005 och som publicerades i Läkartidningen 2006 [10]. Studien baseras på data ifrån Läkare Utan Gränser vårdförmedling för irreguljära immigranter. Syftet var att lyfta fram de hinder som fanns för papperslösa i relation till vården samt få en bättre förståelse för deras sociala situation. Som del i studien har vårdbehovet beskrivits utifrån den vård som faktiskt har erbjudits via förmedlingen [10].

Vid sökning med hjälp av de engelska termerna identifierades en något större mängd av publicerade studier och andra rapporter inom ämnesområdet. Organisationen Médecins du Monde (MdM) genomförde år 2005-2006 en studie av papperslösas sociala situation, hälsa och tillgång till vård i sju europeiska länder [21]. 835 papperslösa intervjuades för studien av volontärer inom MdM: s verksamhet. Flera av de center där studien utfördes var speciellt inriktade på HIV-positiva och hemlösa. Studiepopulationen fick uppge sina hälsoproblem med eller utan stöd av journalhandlingar och dessa klassificerades sedan enligt systemet ICPC-2. De vanligaste diagnoserna i studien var besvär korrelerade till Matsmältning, Ben och muskler, Andningsorganen, Psykiska och Kvinnliga genitalia. En tredjedel av patienter med kronisk sjukdom hade pågående behandling och för nästan hälften av patienterna bedömde läkare eller sjuksköterska att vård borde ha givits tidigare [21].

En intressant prospektiv kohort studie gjordes 2005-2006 i Genève där antalet papperslösa uppskattas till mellan 8000 och 12000 personer [22]. 161 papperslösa kvinnor som sökte vård i samband med graviditet fick besvara en enkät med frågor om social situation och hälsoanamnes. Blodprov togs för screening av genomgångna och aktuella infektioner och sedan följdes kvinnorna upp efter förlossning via journal. Gruppen jämfördes med en kontrollgrupp av kvinnor med uppehållstillstånd. Resultatet var att de papperslösa kvinnorna hade fler oönskade graviditeter och försenad tillgång till prenatal vård, de använde i mindre utsträckning preventivmedel och var i större utsträckning än kontrollgruppen utsatta för våld under graviditeten [22].

En intervjustudie i Spanien fann att papperslösa i mindre utsträckning än andra invandrare sökte vård även då hänsyn tagits till andra faktorer [23]. I en rapport från Geneva University Hospital noteras att av de personer som insjuknat i TBC från 1994 till 1998 var 6 % papperslösa. Största gruppen av dessa var kvinnor från Sydamerika och Afrika som arbetade i hemmiljö [24]. I UCLA Health Policy Research Brief konstaterar Yang och Wallace att det vid en genomgång av den aktuella forskningen inte finns några bevis för att hälsovård är en motivation för den som beslutar sig för att immigrera till USA eller för att välja en viss delstat att bosätta sig i [25].

4. Metod

4.1 Design

Studiens design är empirisk där vårdbehovet har kartlagts och beskrivs i resultatdelen. Kvantitativa metoder har använts och data analyserats i Excel 2007.

4.2 Variabler

För uppskattning av självupplevd hälsa har vi använt den fråga som används vid Statistiska Centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden [26] och som är en svensk motsvarighet till den fråga - "assessment of the self perceived health" – som är använd av EU vid hälsoundersökningar angående självupplevd hälsa [27]. Frågan ger möjlighet att gradera självupplevd hälsa enligt en femgradig skala.

För diagnosklassificering har vi använt den svenska översättningen av ICPC-2, ver. 1.2 [28]. Detta är ett klassificeringssystem som tagits fram av World Organization of Family Doctors International Classification Committee (WICC) och är ett mer primärvårdsanpassat diagnosystem än ICD-10. Diagnossättning har följt samma principer som gäller i övrigt, det vill säga att om det råder osäkerhet om symtomens orsak kvarstår en symtomdiagnos.

Vårdbehovet har bedömts dels genom en läkarbedömning av optimal initial vårdnivå (akut sjukhusvård, annan specificerad vårdinstans, specialist i allmänmedicin, annan specificerad specialistläkare i öppenvård eller av annan specificerad personalkategori) dels genom att behov av utredning och behandling klassificerats med processkoder enligt ICPC-2 för de patienter som handlagts av specialist i allmänmedicin.

4.3 Studiepopulation, urvalskriterier och bortfall

Under mätperioderna 31 mars-30 maj samt 29 juli-2 sept 2008 tillfrågades alla patienter över 18 år som skrevs in på Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa om de ville delta i studien. Enbart patienter som var nya på förmedlingen inkluderades och alla besök som är registrerade gäller alltså nybesök. Patientinformation om studien fanns tillgänglig på ryska, engelska, arabiska, spanska och svenska (se bilaga 3) och ett muntligt samtycke registrerades av sjuksköterska i samband med patientens första kontakt med mottagningen.

Totalt uppfyllde 104 patienter inklusionskriterierna under mätperioden och av dessa inkluderades 83 patienter. 21 patienter kunde inte inkluderas i studien vilket ger ett bortfall på 20 %. För tre patienter var språksvårigheterna för svåra. Fyra patienter bodde på annan ort och var bara inskriva för sjuksköterskekontakt. Nio patienter blev aldrig tillfrågade (två av dessa bodde på kvinnojour och sjuksköterskan upplevde deras situation som för utsatt för att vilja fråga om studien, tre av dem hade läkarkontakt på Läkare i Världen - MdM Sveriges klinik). Tre patienter avböjde deltagande i studien. För två patienter blev vårdbehovet inaktuellt innan de hann inkluderas i studien.

4.4 Datainsamling och bearbetning

När en patient inkluderats i studien gavs den ett löpande studienummer. En sjuksköterska på Röda Korset skrev in patienten enligt sedvanliga rutiner på mottagningen och noterade i studieformuläret (se bilaga 1) följande uppgifter:

- Kön, ålder och ursprungsland
- Om patienten tidigare sökt om asyl/uppehållstillstånd
- Hur länge patienten levt i Sverige och hur länge patienten varit papperslös
- Aktuell besöksorsak, en eller flera. Endast hälsoproblem aktuella för bedömning registrerades.

Alla patienter som inkluderats i studien diskuterades vid en muntlig rond mellan sjuksköterska från Röda Korsets mottagning för papperslösa och minst en av författarna.

Utifrån ifyllda formulär och sjuksköterskans samtal med patienten gjordes en läkarbedömning av optimal initial vårdnivå dvs. om patienten borde bedömas av specialist i allmänmedicin eller om det fanns behov av annan specialtläkare, annan personalkategori eller akut sjukhusvård (se bilaga 2). För de patienter som hänvisades vidare ställdes diagnoser enligt ICPC-2. Akut eller kronisk karaktär, pågående behandling och om vård borde ha givits tidigare noterades.

De patienter som bedömdes ha behov av att träffa en specialist i allmänmedicin bokades sedan in till en av författarna för ett läkarbesök. Ambitionen var att bedöma patientens behov av utredning och behandling enligt samma principer som tillämpas inom primärvården i övrigt och alltså inte ta hänsyn till de praktiska svårigheter som fanns med tanke på att patienten var papperslös. Efteråt gjordes en klassificering av aktuella diagnoser enligt ICPC-2 .

Akut eller kronisk karaktär, pågående behandling och om vård borde ha givits tidigare noterades. För varje diagnos bedömdes också behovet av utredning och behandling genom klassificering med processkoder enligt ICPC-2.

Det gjordes en registrering per diagnos som patienten sökte för, således har studien 83 patienter och 108 diagnoser.

4.5 Dataanalys

Data har först registrerats i studieformulär i pappersform (se bilaga 1). Journal finns arkiverad hos Röda Korset under ett separat löpnummer som också angivits på studieformuläret vilket gjort det möjligt att gå tillbaka och kontrollera fakta vid behov. Därefter har data överförts till Excel 2007.

4.6 Forskningsetiska överväganden

Muntlig information om studien har givits till alla patienter som varit aktuella för inkludering och skriftlig information till de flesta, dock fanns det inte på alla språk. Muntligt medgivande var ett krav för inkludering. Patientjournalerna förvaras i enlighet med patientdatalagen på Röda Korsets mottagning och i studieformulären har inga namn eller andra identitetsuppgifter registrerats. Även de patienter som valt att inte delta i studien har omhändertagits medicinskt likvärdigt med studiepopulationen.

5. Resultat

5.1 Beskrivning av patienterna

5.1.1 Ursprungsländer, kön och ålder

Studiepopulationen kom från 32 olika länder. Sju länder var representerade av mer än två patienter per land. Det var en stor spridning bland ursprungsländerna och de har därför sammanförts i regioner. Den största guppen patienter var från Syd- och Mellanamerika (43,5 %), därefter Asien (19,5 %) och Mellanöstern/Kaukasien (17 %).

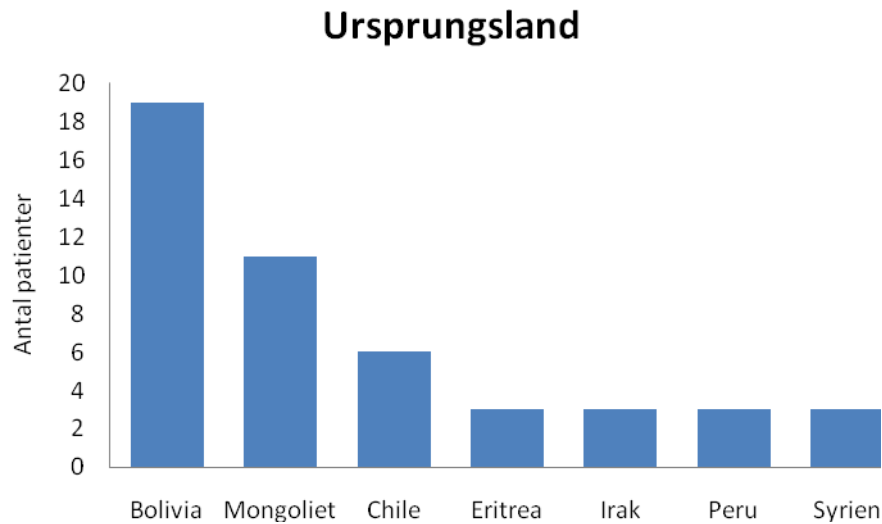
Syd- och Mellanamerika (43,5 %): Venezuela, Peru, Chile, Bolivia, Colombia, Mexico, Nicaragua, Kuba

Asien (19,5 %): Mongoliet, Kazakstan, Bangladesh, Filippinerna

Mellanöstern/Kaukasien (17 %): Irak, Iran, Syrien, Palestina, Kurdistan, Georgien, Azerbadjan, Armenien

Afrika (13 %): Nigeria, Etiopien, Eritrea, Rwanda, Uganda, Marocko, Tunisien, Kongo

Europa (7 %): Kroatien, Turkiet, Vitryssland, Ukraina



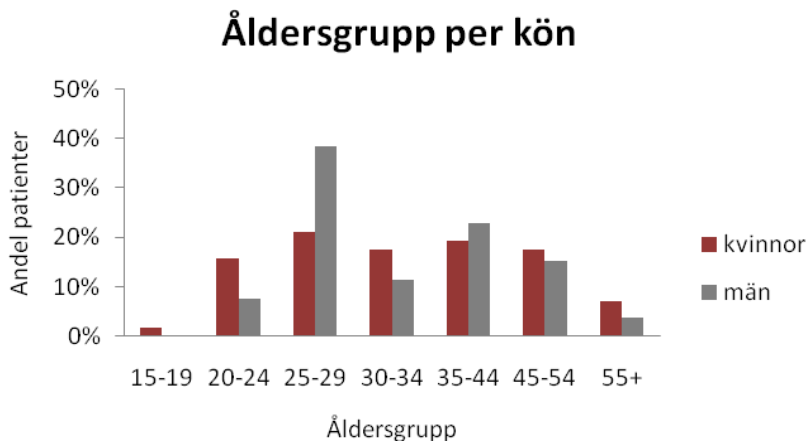
Figur 1. Antal patienter från vanligast förekommande ursprungsländer

Studiepopulationen utgjordes av 69 % kvinnor och 31 % män. Om patienter som sökte pga. graviditet eller önskan om preventivmedel utesluts ur statistiken finns fortfarande en viss övervikt för kvinnliga patienter, 59 % kvinnor respektive 41 % män. Bland patienter från Mellanöstern och Kaukasien finns ingen könsskillnad medan kvinnliga patienter dominerar från övriga regioner.

Tabell 1. Antal patienter per region uppdelat på kön

Region/Kön	Kvinnor	Män	Totalt
Afrika	8	3	11
Asien	12	4	16
Europa	4	2	6
Mellanöstern/Kaukasien	7	7	14
Syd- Mellanamerika	26	10	36

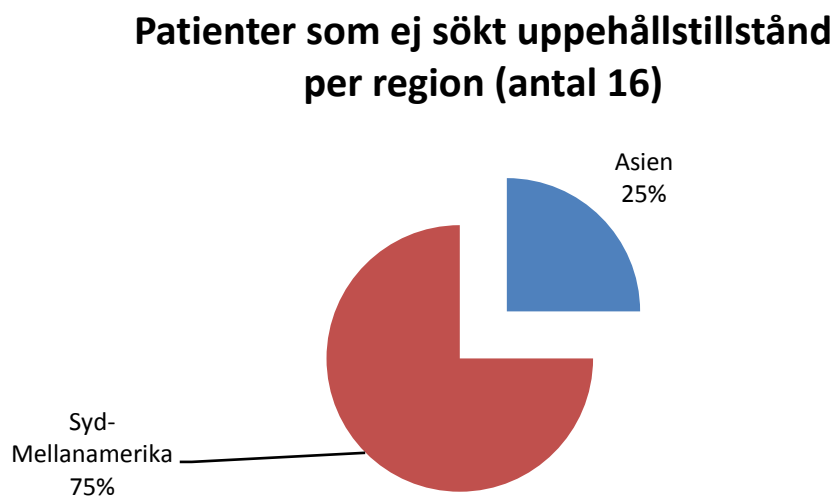
Studiepopulationens ålder var i genomsnitt 35,7 år med medianålder 32,0 år. 77 % var mellan 18 och 44 år. Om patienter som sökte pga. graviditet eller önskan om preventivmedel exkluderas är åldern i genomsnitt 36,5 år med medianålder 38,2 år. Det finns en jämnare åldersfördelning för kvinnor medan andelen manliga patienterna är väsentligen störst mellan 25-29 år.



Figur 2. Andel patienter per åldersgrupp uppdelat på kön

5.1.2 Sökt uppehållstillstånd?

81 % av studiepopulationen angav att de tidigare sökt asyl eller uppehållstillstånd på annan grund. Frågans formulering gjorde att det inte fanns möjlighet att skilja mellan olika typer av uppehållstillstånd. 19 % uppgav att de inte sökt någon form av uppehållstillstånd.



Figur 3. Patienter som svarat nej på frågan om de sökt uppehållstillstånd i Sverige uppdelat på ursprungsregion

5.1.3 Tid för vistelse i Sverige och tid som papperslös

Studiepopulationen har i genomsnitt varit i Sverige i 37 månader men variationen var mycket stor inom gruppen. Hälften har varit i Sverige mer än tre år och 10 % mer än sex år. Sju patienter uppgav inte antal månader som papperslös. De flesta av dessa patienter uppfattade inte sig själva som papperslösa men bedömdes de facto som papperslösa enligt studiens definition.

I genomsnitt har studiepopulationen levt 16 månader som papperslösa vid tiden för nybesöket på Röda Korset. Hälften har levt som papperslösa minst ett år och 10 % har varit papperslösa i tre år eller mer. En patient hade levt som papperslös i Sverige i sju år.

5.1.4 Bedömning av självupplevd hälsa

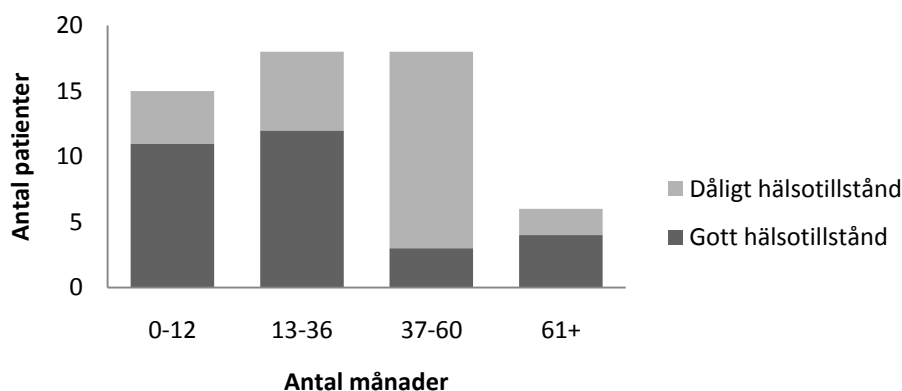
På frågan: "Hur bedömer du sin hälsa i allmänhet?" klassade 38 % sin hälsa som god eller mycket god och 35 % sin hälsa som dålig eller mycket dålig. Det finns en könsskillnad i självskattad hälsa där kvinnor upplevde att de mårde signifikant bättre än män. Efter att ha korrigerat för graviditet skattade dock män och kvinnor sin hälsa lika. Det finns en skillnad i självupplevd hälsa beroende på geografiskt ursprung där patienter från Asien och Syd- och Mellanamerika i betydligt i högre omfattning klassar sin hälsa som god eller mycket god.

Tabell 2. Andel patienter per region som uppgivit mycket god/god hälsa respektive dålig/mycket dålig hälsa

Region/Hälsa	God hälsa	Dålig hälsa
Afrika	9%	73%
Asien	50%	12%
Europa	0%	67%
Mellanöstern/Kaukasien	21%	50%
Syd- Mellanamerika	50%	19%

Det framkommer att det finns en relation mellan den tid som patienterna varit i Sverige och hur de besvarade frågan om självupplevd hälsa. Patienter som varit längre tid i Sverige bedömde oftare sitt eget hälsotillstånd som dåligt.

Antal månader i Sverige i förhållande till hälsotillstånd



Figur 4. Antal patienter som uppgivit mycket god/god hälsa respektive dålig/mycket dålig hälsa i förhållande till antal mån. i Sverige

5.2 Vårdnivå och vårdbehov

5.2.1 Diagnoser som anledning till vårdkontakt

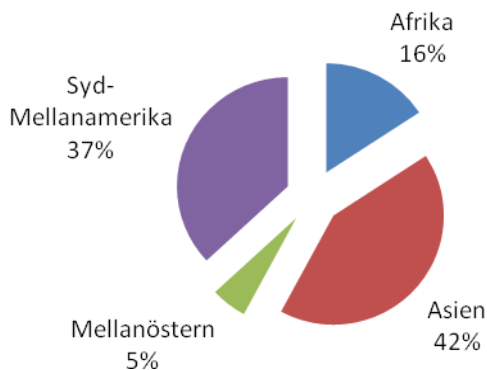
Totalt har 108 diagnoser registrerats. Vanligaste diagnoskategorier enligt ICPC-2 är Graviditet och familjeplanering (18 %), Ben och muskler (14 %) och Psykiska (13 %). Därefter kommer Kvinnliga genitalia (9 %) samt Matsmältning (8 %). När det gäller specifika diagnoser listas de diagnoser som förekommer mer än två gånger:

Tabell 3. Vanligast förekommande enskilda diagnoser

Diagnos	Antal
Graviditet	12
Depression	7
Oönskad graviditet	5
Ryggsymtom	4
Gastrit	3
Svampinfektion i huden	3
Vuxendiabetes	3
Flytning ur slidan	3

De flesta patienter sökte vård för endast en diagnos. 18 % sökte för två diagnoser och 4 % för fler än två diagnoser och dessa patienter var jämnt fördelade mellan ursprungslanderna. När man väljer ut specifikt de patienter som sökt pga. graviditet och familjeplanering är det Asien och Syd- och Mellanamerika som dominerar.

Ursprungsregion bland de som sökt för graviditet/familjeplanering



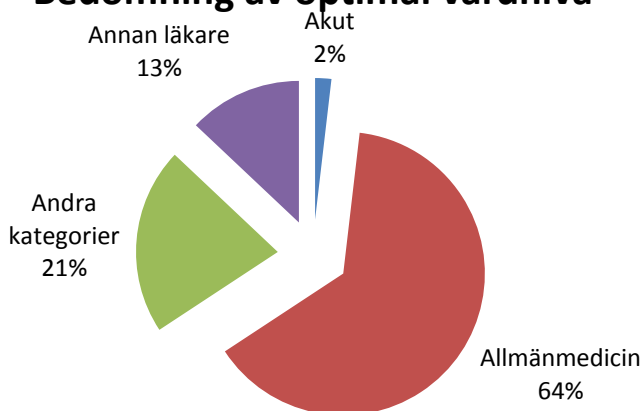
Figur 5. Andel patienter per ursprungsregion som sökt för graviditet/familjeplanering

Av diagnoserna klassades 57 % som akuta och 43 % som kroniska. Vid kronisk diagnos hade 35 % pågående behandling. För 50 av 108 diagnoser (46 %) bedömdes av läkare i samband med rond eller i samband med läkarbesök att vård borde ha givits tidigare av medicinska skäl.

5.2.2 Läkarebedömning av optimal initial vårdnivå.

83 av 108 diagnoser bedömdes motivera läkarbesök dvs. 77 %. För 64 % av diagnoserna bedömdes att den optimala initiala vårdnivån var att patienten fick träffa en specialist i allmänmedicin och för 13 % av diagnoserna en läkare med annan specialitet. 21 % av diagnoserna bedömdes ej motivera läkarkontakt utan istället besök hos andra personalkategorier av vilka de vanligaste var barnmorska och distriktssköterska. 2 % hänvisades direkt till akutmottagningen.

Bedömning av optimal vårdnivå



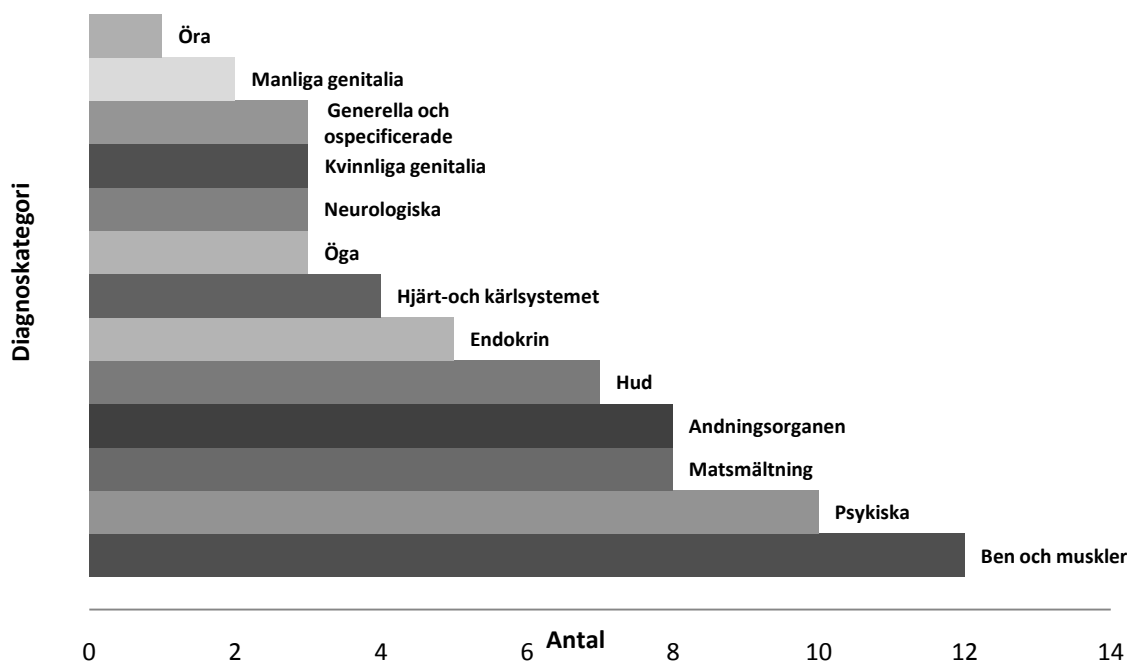
Figur 6. Läkarebedömning av optimal initial vårdnivå

När det gäller bedömning av optimal initial vårdnivå bedömdes 64 % av diagnoserna primärt kunna handläggas av en specialist i allmänmedicin. Detta motsvarar 83 % av de diagnoser som krävde läkarbesök. I de fall det fanns behov av annan specialistläkare var det främst behov av gynekolog (åtta fall) och därefter psykiater (tre fall). Övriga hänvisades till venereolog, onkolog och endokrinolog (ett fall vardera).

5.2.3 Behov av utredning och behandling av allmänmedicinska patienter

Efter bedömning av optimal initial vårdnivå hänvisades 69 diagnoser till specialist i allmänmedicin. Tre av dessa blev aldrig bedömda då patienterna uteblev från bokad läkartid. När kvarvarande 66 diagnoser listas för sig ser fördelningen något annorlunda ut. Graviditet och familjeplanering försvinner som orsak till läkarbesök och de diagnoskategorier som dominerar är Ben och muskler och Psykiska besvär.

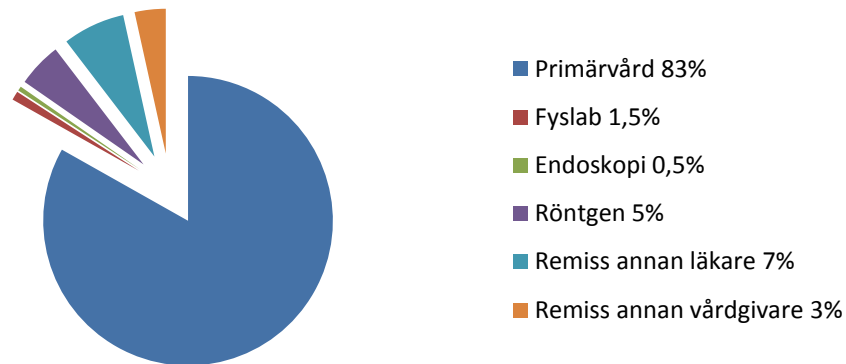
Diagnoskategorier hos specialist i allmänmedicin



Figur 7. Antal diagnoser per diagnoskategori klassificerade efter besök hos specialist i allmänmedicin

Efter besök hos specialist i allmänmedicin klassificerades vilka insatser som utifrån dessa nybesök var nödvändiga för utredning och behandling. Insatserna har indelats efter vad som normalt kan hanteras på en vårdcentral och vad som kräver andra resurser. I kategorin primärvård ingår utöver läkarbedömning även besök hos distriktssköterska, EKG och vanliga laboratorieprover vilket bör kunna erbjudas vid varje vårdcentral. Resultatet är att majoriteten av insatserna kunde utföras inom primärvården.

Nödvändiga insatser för utredning och behandling



Figur 8. Nödvändiga åtgärder för utredning och behandling av respektive diagnos

Vid analys av åtgärderna framgår att de flesta diagnoser kunde handläggas med sådant som rutinemässigt görs i samband med läkarbesök. Undersökning, medicinering och blodprov var de vanligaste åtgärderna.

Tabell 4. Åtgärder nödvändiga för utredning och behandling

Åtgärd	Antal
Partiell eller grundlig undersökning	66
Medicinering	36
Blodprov	19
Observation och rådgivning	18
Remiss till annan läkare/sjukhus	14
Röntgen	10
Uppföljningsbesök	9
Remiss till annan vårdgivare (ej läk)	5
Urinprov	4
Kliniskt funktionstest (arbetsprov)	2
Terapeutisk rådgivning, lyssnande	2
Klinisk endoskopi	1
EKG	1
Konsultation inom primärvård	1
Totalt	188

6. Diskussion

6.1 Papperslösas hälsa och vårdbehov

De resultat som framkommer i studien visar att det inom gruppen papperslösa finns en ansevärd andel som inte utgörs av före detta asylsökande. Nästan en femtedel av de papperslösa som sökte vård angav att de aldrig har ansökt om någon form av uppehållstillstånd och i denna grupp kom tre fjärdedelar från Syd- och Mellanamerika och resten från Asien. Även inom gruppen som sökt någon form av uppehållstillstånd skiljer sig populationens geografiska ursprung radikalt från gruppen asylsökande i den offentliga statistiken. Kunskap om asylsökandes hälsa och vårdbehov kan därför inte automatiskt överföras på gruppen papperslösa.

De patienter som varit länge i Sverige tenderar att må sämre än de som varit här under kortare tid, men det är svårt att utläsa om detta beror på den långa tiden som asylsökande/papperslös eller på att tiden i Sverige egentligen speglar olika undergrupper med olika bakgrund och förutsättningar. Patienter med ursprung från Syd- och Mellanamerika och Asien skattar sin hälsa som bättre än övriga grupper vilket stödjer att självupplevd hälsa skiljer sig mellan olika undergrupper av papperslösa.

Att nästan hälften av diagnoserna enligt läkarbedömning borde ha erhållit vård tidigare måste anses anmärkningsvärt. Bedömningen har baserats på risken för medicinska komplikationer i och med att vård fördröjts. Det har handlat om felaktig egenbehandling, behandlingssuppehåll trots medicinskt behov av kontinuerlig medicinering, långt gången graviditet utan kontakt med mödravården eller att sjukdomens allvarlighetsgrad uppenbart motiverat tidigare diagnos och behandling. Detta resultat stämmer väl överens med det som framkommer i Medecins du Mondes studie [21]. Även det faktum att enbart en tredjedel av kroniska diagnoser är under pågående behandling stämmer väl överens med data från MdM:s studie [21].

I studiepopulationen var de vanligaste diagnoskategorierna enligt ICPC-2 Graviditet och familjeplanering, muskuloskeletala besvär och psykiska åkommor. Det stora behovet av mödravård och gynekologi bland papperslösa i Sverige har tidigare påvisats av Läkare utan Gränser [10]. En publicerad studie från Geneve har särskilt studerat gravida papperslösa och påvisat att de utgör en riskgrupp bland annat för att de så sent kommer i kontakt med mödravården [22]. I MdM:s studie utgör graviditet endast en marginell andel av uppgivna hälsoproblem [21]. Anledningen till detta kan vara både metodologiska skillnader och att tillgången på mödravård via den offentliga sjukvården är bättre i övriga delar av Europa.

Av de diagnoser som leder patienter till Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa och som motiverar besök hos läkare bör hela 83 % primärt handläggas av specialist i allmänmedicin. I Läkare Utan Gränserns studie uppskattades att en dryg tredjedel av patienterna hade behov av att träffa allmänläkare [29]. Att vi anser att en betydligt större andel kan handläggas inom primärvård än vad som var fallet i Läkare Utan Gränserns studie förklarar vi utifrån olikheter i studiernas upplägg där vår studie adderat en läkarbedömning av optimal initial vårdnivå. Vi tror att det inom övriga kategorier i Läkare Utan Gränserns studie, såsom ortopedi och invärtesmedicin, döljer sig problematik som varje specialist i allmänmedicin är väl förtrogen med.

Missbruk och HIV-infektion har inte aktivt efterfrågats inom ramen för denna studie. Det är dock vår uppfattning att det inte är något påtagligt problem bland de patienter vi kommit i kontakt med. Detta skiljer sig markant från MdM:s studie där ca 10 % har en missbruksproblematik och ca 6 % har känd HIV-infektion [21]. Detta kan bero på att studiepopulationen skiljer sig radikalt åt både vad gäller geografiskt ursprung och andra epidemiologiska faktorer men kan också vara uttryck för att de papperslösa i Sverige som har problem med missbruk eller känd HIV-infektion omhändertas av andra instanser. I den rapport från Geneva University Hospital som tidigare nämnts noterades att papperslösa var en överrepresenterad grupp bland de personer som insjuknat i TBC och att största gruppen av dessa var kvinnor från Sydamerika och Afrika som arbetade i hemmiljö [24]. Det är en rimlig farhåga att papperslösa utgör en riskgrupp vad avser smittskydd även i Sverige även om detta inte påvisats i denna studie.

6.2 Rätt till vård

Denna studie bekräftar att det finns ett behov av mödravård och primärvård för gruppen papperslösa som idag inte tillgodoses inom den offentliga sjukvården. Eftersom tillgången på vård är så begränsad finns en uppenbar risk för medicinska komplikationer som både kan medföra lidande för patienten och ett ökat vårdbehov på sikt. Därutöver tillkommer hela den etiska och folkrättsliga problematik som det innebär att neka adekvat vård till vissa grupper av människor på grund av deras sociala och rättsliga status.

FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa Paul Hunt riktar i rapporten *Mission to Sweden, 2007*, skarp kritik mot Sverige [30]. Han poängterar att rätten till hälsa är en mänsklig rättighet som inte kan begränsas av medborgarskap utan som ska gälla alla utan diskriminering. Papperslösa beskrivs i rapporten som *“precisely the sort of disadvantaged group that international human rights law is designed to protect”*[30, s. 20]. Ekonomiska hänsyn är enligt FN inte en godtagbar anledning att inte uppfylla rätten till hälsa [31]. Hunt konstaterar också i sin rapport att det knappast kan röra sig om en signifikant kostnad att utvidga rätten till vård enligt hans rekommendation [30].

Läkarförbundet har tagit tydlig ställning i frågan om papperslösas rätt till sjukvård. Förbundets policy är att en läkares bedömning ska utgå från patientens behov, att patientens rättsliga status inte får inverka på läkares beslut om att ge eller avstå från vård och att patientens betalningsförmåga inte ska vara en förutsättning för att läkaren ska erbjuda patienten nödvändig vård [32]. Som grund för beslutet hänvisas bland annat till Läkarförbundets etiska regler som antogs vid Läkarförbundets fullmäktigemöte 2002 och internationella överenskommelser av bland annat World Medical Association [33,34].

Utifrån både ett folkrättsligt och ett professionellt perspektiv anser vi det därför angeläget att snarast utvidga papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige och då i synnerhet till primärvård och mödravård. Det är vår uppfattning att den som söker vård är berättigad till en läkarbedömning för att avgöra om tillståndet kräver akut behandling eller annan handläggning. I nuläget finns det alltför stora hinder för att patienterna ens ska få denna initiala bedömning, vilket också ses i *Läkare Utan Gränsers* studie [10].

Behovet av ytterligare forskning inom området är stort. Eftersom hälso- och sjukvården är en av de få beröringspunkter som de papperslösa har med det svenska samhället anser vi att läkare och annan vårdpersonal har ett särskilt ansvar att belysa den problematik som berör denna utsatta grupp.

6.3 Metoddiskussion

6.3.1 Validitet och reliabilitet

Studiens resultat bygger på de bedömningar som vi som snart färdiga specialister i allmänmedicin gjort av vårdbehovet hos studiepopulationen. Både klassificering av besöksorsak och behov av utredning och behandling är i hög grad subjektiva bedömningar vilket påverkar studiens reliabilitet. Samtidigt är det just denna typ av professionella bedömningar som vi är tränade i att göra. Vi har strävat att bedöma patienterna efter de kliniska riktlinjer som gäller i allmänmedicinens vardagliga verksamhet.

Vi har båda erfarenhet av gruppen papperslösa sedan tidigare. Helena Ganslandt genomförde 1997 tillsammans med Johanna Cederholm en enkätstudie om bemötande av gömda i vården. Projektet resulterade i boken "Asylsökande och gömda familjer i samhället och vården" [35]. Magdalena Fresk har varit aktiv och suttit med i styrelsen för Läkare i Världen - MdM Sverige som sedan 1995 driver en klinik för papperslösa i Stockholm på ideell bas. Båda arbetar ideellt inom det läkarnätverk för papperslösa som startades av Läkare Utan Gränser 2004 och som sedan 2006 bedrivs i Röda Korsets regi.

Den interna validiteten innefattar huruvida våra data behandlar vår fråga och om vi har valt rätt studiepopulation. Studiepopulationen bedöms som representativ för patientklientelet på Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa [36]. Det är en svårare fråga att avgöra om studiepopulationen är representativ för gruppen papperslösa i stort eftersom kunskapen om papperslösa, deras hälsa och sjukvårdsbehov är så begränsad. Detta begränsar även möjligheten att överföra resultaten på hela gruppen papperslösa. Uppföljande och mer omfattande undersökningar vore av värde.

6.3.2 Studiens begränsningar och felkällor

Studiepopulationen innefattar enbart de som sökt vård vid Röda Korsets sjukvårdsförmedling för papperslösa i Stockholm präglas av vilka patienter som söker sig dit. Det finns även andra kanaler för papperslösa till sjukvården och det är inte säkert att besöksorsakerna och vårdbehovet ser likadant ut överallt. De som har akuta allvarliga åkommor söker sig sannolikt i första hand till sjukhusens akutmottagningar och en del papperslösa omhändertas inom den offentliga vården även vad avser mindre akuta åkommor. Det finns andra ideella alternativa vårdmottagningar i Stockholm. Det faktum att Röda Korsets mottagning under de första två månaderna i mätperioden hade en spansktalande barnmorska anställd kan också ha påverkat patientunderlaget. Det hade varit intressant att även undersöka vårdbehovet på andra mottagningar både i ideell och i offentlig regi men det bedömdes inte finnas utrymme för att göra det inom ramen för denna studie.

Den initiala målsättningen var att för hela studiepopulationen klassificera vårdbehovet (optimal initial vårdnivå samt behov av utredning och behandling). Detta visade sig dock vara allt för svårt att genomföra i praktiken och därför delades gruppen.

För de patienter som var i behov av vård hos specialist i allmänmedicin gjordes klassificering av såväl optimal initial vårdnivå som behov av utredning och behandling. För de övriga patienterna gjordes enbart klassificering av optimal initial vårdnivå.

För att kunna tolka frågan om patienten sökt asyl eller inte det behövts betydligt fler svarsalternativ och mer stringent klassificering. Hos alla patienter som uppgett att de sökt någon typ av tillstånd för att stanna i Sverige (visum, uppehållstillstånd pga. anknytning, asyl) har det klassificerats som ett ja. Vad avser frågan om tid som papperslös var svaren ofta osäkra. Flera upplevde inte sig själva som papperslösa eller förstod inte definitionen. Svaren är de som patienten uppgivit även i de fall där det varit mycket tveksamt om svaren varit korrekta.

I studieformuläret användes termen gömd i samma betydelse som termen papperslös vilket dock inte har inverkat på datainsamling eller resultat.

Vid läkarbesök har det sällan funnits tillgång till professionella tolkar utan tolkande anhöriga eller frivilligtolkar har använts när svenska eller engelska inte har fungerat. För tre diagnoser hänvisades patienter av praktiska skäl primärt till annan läkare än specialist i allmänmedicin trots att bedömningen gjorts att de initialt borde bedömas av en sådan. I dessa fall har journalkopia inhämtats och patienterna har följts upp på samma sätt som de patienter som författarna själva träffat.

6.4 Slutsats

Sammanfattningsvis visar studien att de flesta papperslösa som söker medicinsk hjälp via Röda Korsets Sjukvårdsförmedling för papperslösa gör det för problematik som kan handläggas inom mödravård eller på en vårdcentral.

7. Referenser

1. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Artikel 25. New York: United Nations; 1948.
2. Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Artikel 12. (SÖ 1971:41). Stockholm: Utrikesdepartementet.
3. FN:s konvention om barnets rättigheter. (SÖ 1990:20). Stockholm: Utrikesdepartementet.
4. Report from the European Committee of Social Rights to the Committee of Ministers Council of Europe, CM/Notes/913/4.1. Committee of Ministers; 2005 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Notes/913/4.1&Language=lanEnglish&Site=COE&BackColorInternet=B9BDEE&BackColorIntranet=FFCD4F&BackColorLogged=FFC679>
5. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763, 4 §). Stockholm: Socialdepartementet.
6. Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2008:345). Stockholm: Socialdepartementet.
7. Hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl. (SFS 2008:344, 5 §). Stockholm: Justitiedepartementet.
8. Avgiftshandboken 2009. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009 [läst 2009-01-27]. Tillgänglig: <http://www.uppdragsguiden.sll.se/Mota-patienten/Ta-betalt/Avgiftshandboken-20081/9-Utlandskamedborgare-/Prislista/>
9. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to health care for undocumented migrants in Europe. Brussels; 2007.
10. Ohlsson M. Irreguljära immigranter står utanför svensk sjukvård. *Läkartidningen*. 2006; 103 (45): 3452-3455.
11. Policy för Region Skåne vid akut och annan omedelbar nödvändig vård till gömda flyktingar. Diarienummer 0800681. Region Skåne: Regionfullmäktige; 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/Organisation/Styrande%20dokument/Hälso-%20och%20sjukvård/Vård%20gömda%20flyktingar.pdf>
12. Riktlinjer för vård av asylsökande och flyktingar. LK08-0136. Landstinget i Jönköpings län: Landstingsstyrelsen; 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: http://www.lj.se/info_files/infosida33545/080415_policy_sjukv_gomda_papperslosa_flyktingar.pdf
13. Regiongemensamma riktlinjer för hantering av patienter utan papper. Diarienummer RSK 208-2008. Västra Götalandsregionen: Hälso- sjukvårdsutskottet; 2008 [läst 2009-01-28] Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/upload/Asylenheten/Protikoll%20Beslut%20HSU-Patienter%20utan%20papper%2008.pdf?epslanguage=sv>
14. Riktlinjer omhändertagande av papperslösa eller gömda på vårdinrättningar inom Stockholms Läns landsting. Stockholms läns landsting: Chefläkargruppen SLL; 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www2.vansterpartiet.se/storstockholm/upload/Riktlinjerpapplösa.doc>

15. "Papperslösa" flyktingars rätt till vård. Pressmeddelande 14 maj 2008. Jämtlands läns landsting; 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.jll.se/press/pressmeddelanden/papperslosaflyktingarsratttillvard.5.617573401178cec42ef800017017.html>
16. Carlsson A, Thélenius-Wanler E. Fler sjukhus tar emot papperslösa. *Dagens Nyheter*. 16 maj 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=147&a=770701>
17. Ascher H. Hälsa som mänsklig rättighet: Skarp FN-kritik mot Sverige manar till nytänkande. *Läkartidningen*. 2007;104(45): 3386-8.
18. Ascher H, Björkman A, Kjellström L, Lindberg T. Diskriminering av papperslösa i vården leder till lidande och död. *Läkartidningen*. 2008;105 (8): 538-541.
19. Fridh M. Har papperslösa rätt till sjukvård? En studie om papperslösas rättigheter. Malmö Högskola IMER; 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://hdl.handle.net/2043/6582>
20. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Rapport av utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering. Stockholm: Integrations- och jämställdhetsdepartementet; 2006. Statens offentliga utredningar 2006:37.
21. Chauvin P, Parizot I, Drovot N, Simmonot N, Tomasino A. Médecins du Monde European Observatory on Access to Health Care. Villejust; 2007.
22. Wolff H, Epiney M, Lourenco A, Costanza M, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*. 2008; 8(93) [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-93.pdf>
23. Torres A, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: Should public health be concerned? *J Epidemiol. Community Health*. 2000;54:478-479.
24. Perone S, Bovier P, Pichonnaz C, Rochat T, Loutan L. *Emerging Infectious Diseases*. 2005; 11(2):351-352.
25. Yang S, Wallace S. Expansion of Health Insurance in California Unlikely to Act as Magnet for Undocumented Immigration. *UCLA Health Policy Research Brief; juli 2007*. UCLA Center for Health Policy Research, 2007.
26. Undersökning av levnadsförhållanden 2004. LE0101(5120). Statistiska centralbyrån; 2004 [läst 090127]. Tillgänglig: http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/documents/LE0101_DO_2004.pdf
27. Health interview surveys guidelines for the collection of data on 18 HIS items. Round 2004. European Commission Statistical Office of the European Communities. Directorate Social Statistics and Information Society. Unit Health and Food safety; 2004 [läst 090127]. Tillgänglig: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm
28. Wonca International Classification Committée. International Classification for Primary Care, [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/sensi.html>

29. Gömda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård. Resultat från en studie av Läkare Utan Gränser. Läkare Utan Gränser; 2005 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.lakareutangranser.se/Global/documents/Rapporter/StudieGomdaSverige.pdf>
30. Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Mission to Sweden. A/HRC/4/28/Add.2. UN Human Rights Council; 2007 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/461fa3f42.html>
31. Fact Sheet No. 31, The Right to Health, June 2008. UN Office of the High Commissioner for Human Rights; 2008 [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/48625a742.html>
32. Läkarförbundet. Ge papperslösa rätt till vård. *Läkartidningen*. 2008; 105(35): 2377-2378.
33. World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient. World Medical Association [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.wma.net/e/policy/l4.htm>
34. World Medical Association Resolution on Medical Care for Refugees and Internally Displaced Persons. World Medical Association [läst 2009-01-28]. Tillgänglig: <http://www.wma.net/e/policy/m10.htm>
35. Eriksson J, Henriksson H. Asylsökande och gömda familjer i samhället och vården. Rapport från Flyktingbarnteamet i samarbete med Centrum för Barn- och Ungdomshälsa. Stockholm: Centrum för Barn- och Ungdomshälsa; 1997. CBU 1997:11.
36. Årsrapport 2007- Röda Korsets vårdförmedling för irreguljära migranter. Röda Korset; 2007.

8. Bilagor

Bilaga 1

PRELIMINÄR BEDÖMNING AV VÅRDBEHOV PAT ID:.....

BEDÖMNING AV SJUKSKÖTERSKA

Sjuksköterskans namn

Datum

Patienten hänvisas direkt till akutmottagning

Patienten hänvisas direkt till annan instans

Ange vilken samt orsak.....

.....

Patienten bedöms efter sjuksköterskebesök inte ha behov av att träffa läkare. Vid behov av att träffa annan personalkategori ange vilken (ex psykolog, sjukgymnast, barnmorska)

.....

Patienten bedöms i behov av läkarkontakt

BEDÖMNING AV LÄKARE

Läkarens namn

Datum

Patienten bör hänvisas direkt till specialist inom.....

Patienten bör i första hand bedömas av distriktsläkare

Patienten bedöms inte vara i behov av läkarkontakt. Om patienten hänvisas till annan

personalkategori ange vilken.....

Patienten hänvisas av medicinska skäl till akutmottagning

Bilaga 2

STUDIEFORMULÄR

PAT ID:.....

DATUM FÖR KONTAKT MED MOTTAGNINGEN:.....

MEDGIVANDE TILL STUDIEN Ja Nej

INFORMERAD OM STUDIEN AV:.....

ÅLDER:.....

KÖN: Man Kvinna

LAND:.....

SÖKT ASYL I SVERIGE: Ja Nej

ANTAL ÅR I SVERIGE:..... ANTAL ÅR SOM GÖMD :.....

HUR BEDÖMER DU DITT HÄLSOTILLSTÅND I ALLMÄNHET? ÄR DET

1 MYCKET GOTT

2 GOTT

3 NÅGORLUNDA

4 DÅLIGT

5 MYCKET DÅLIGT, PÅGÅENDE BEH?

PROBLEM:	ICPC-2	PATOLOGI				
.....	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronisk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
.....	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronisk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
.....	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronisk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
.....	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronisk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

BORDE PATIENTEN ERHÅLLIT BEHANDLING TIDIGARE FÖR SITT HÄLSOPROBLEM?

Ja Nej

Bilaga 3

PATIENTINFORMATION

Stockholm 2008-04-01

Till dig som patient.

Under perioden april till september 2008 kommer det att genomföras en studie för att ta reda på vilket vårdbehov som finns bland de patienter som söker till Röda Korsets Sjukvårdsförmedling.

Studien kommer att kunna ge oss värdefull information som kan användas för att förbättra vården.

Du är en av de patienter som vi behöver för att kunna genomföra studien.

Du kommer att vara helt anonym, dvs inga namn eller andra personliga uppgifter kommer att finnas med i studien.

Om du väljer att vara med kommer Röda Korsets sjuksköterska att fylla i en enkät angående din hälsa och ditt behov av vård. De uppgifterna kommer sedan att bedömas och kompletteras av läkaren som du kommer att träffa.

Tack för din medverkan!