

Tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande inom EU

En jämförande analys

MARIE NORREDAM, läkare
ANNA MYGIND, kandidat i
folkhälsovetenskap
ALLAN KRASNIK, läkare, fil
doktor, professor; samtliga

afdelning för sundheds-
tjenesteforskning, vid institut för
folkesundhedsvidenskab,
Köpenhamns universitet

I slutet av år 2004 fanns 9,7 miljoner flyktingar i hela världen, varav flertalet befann sig i Afrika och Asien, nära sina hemländer [1]. En del flyktingar tar sig emellertid till Europa på legal eller illegal väg för att söka asyl. Enligt Förenta Nationernas (FNs) Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna har alla människor rätt att söka asyl i ett annat land [2] och få asyl om de räknas som flyktingar enligt FNs flyktingkonvention [3]. År 2004 tog EU-länderna emot 282 480 nya asylansökningar, vilket motsvarar en minskning med 19 procent sedan år 2003. Sverige tog således emot 23 100 asylansökningar år 2004 mot 31 300 år 2003 [1]. Minskningen kan förklaras med att det totala antalet flyktingar minskade under 2004 och att många EU-länder har börjat föra en restriktivare flyktingpolitik. Förutom nya asylsökande väntar hundratusentals människor som redan sökt asyl på att få sin sak prövad. I slutet av år 2004 rörde det sig enbart i Sverige om 28 000 personer [1].

Asylsökande är speciellt utsatta på grund av riskfaktorer relaterade till tiden före, under och efter flykten. De medicinska kunskaperna om asylsökandes hälsoproblem och tillgång till hälso- och sjukvård är emellertid begränsade. Vid en sökning på PubMed i mars 2005 fann vi endast 310 referenser under sökordet »asylum seekers« sedan 1986. Asylsökande befinner sig i en svår situation eftersom de uppehåller sig i ett land – ibland i flera år – utan att ha samma juridiska rättigheter som landets medborgare. Rätten till hälso- och sjukvård kan till exempel vara begränsad under väntetiden [4]. Det finns därför anledning att befara att de asylsökandes redan sårbara hälsosituation i kombination med restriktioner gällande tillgång till hälso- och sjukvård kan försämra deras hälsotillstånd. Mot denna bakgrund ansåg vi det viktigt att undersöka tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande i de 25 EU-länderna. Vårt syfte var att besvara följande frågor:

- 1) I vilken utsträckning existerar medicinska screeningprogram för nyanlända asylsökande och hur omfattande är de?
- 2) I vilken utsträckning har asylsökande tillgång till hälso- och sjukvård jämfört med landets medborgare?

METOD

Studien baseras på en enkät, som skickades till relevanta frivilligorganisationer (NGO) och ministerier eller departement i de 25 EU-länderna. Ministerierna eller departementen kontaktades per telefon i syfte att av dem få telefonnummer och e-postadresser till relevanta kontaktpersoner. För att identifiera relevanta frivilligorganisationer vände vi oss till the European Council for Refugees in Exile (ECRE). ECRE är en paraplyorganisation för flyktingassisterande frivilligorganisationer i EU. Vi fick personliga e-postadresser till alla ministerier och departe-

ment, men endast till 65 frivilligorganisationer. Totalt skickade vi 25 e-postmeddelanden till departementen och 104 till organisationerna. Enkäten skickades den 19 april 2004 med en utsatt svarstid på fyra veckor. En påminnelse skickades ut den 3 juni 2004, likaledes med en svarsfrist på fyra veckor. Vi fick svar från ett departement och/eller en frivilligorganisation i alla EU-länder med undantag för Portugal. Svarsprocenten var 30 procent (36/121) fördelat på följande sätt: departement 60 procent (15/25) och frivilligorganisationer 20 procent (21/104). Om det kom motstridiga svar från departement och frivilligorganisationer i ett land exkluderades detta land från analyserna.

RESULTAT

Medicinsk screening eller hälsoundersökning

Medicinsk screening av nyanlända asylsökande förekom i alla EU-länder utom i Grekland, med vissa skillnader i utförande. I de nordiska länderna erbjöds medicinsk screening systematiskt till alla nyanlända asylsökande, medan man i Österrike, Frankrike, Spanien och England endast utförde medicinsk screening på flyktingmottagningar. Nyanlända asylsökande som inte bodde på en flyktingmottagning hade i dessa länder ingen systematisk tillgång till screening. Enligt respondenterna kunde det även finnas regionala skillnader vad gäller utbudet av screening inom länderna. I exempelvis Tyskland var det de enskilda delstaterna som bestämde huruvida screening skulle erbjudas eller inte.

Tabell I visar tillgången till specifika medicinska screeningprogram. Dessutom visar tabellen om screening förekom på frivillig eller obligatorisk basis. Grekland finns inte med i tabellen eftersom landet inte hade något screeningprogram för nyanlända asylsökande. Tabell I visar därför resultatet från 23 länder. Länder i vilka respondenterna lämnade motstridiga svar eller inga svar alls har också uteslutits, vilket förklarar att

SAMMANFATTAT

Asylsökande är en speciellt utsatt patientgrupp på grund av riskfaktorer relaterade till tiden före, under och efter flykten. De medicinska kunskaperna om asylsökandes hälsoproblem och tillgång till hälso- och sjukvård är emellertid begränsade.

Denna studie baseras på en enkät som skickats till relevanta frivilligorganisationer (NGO) och ministerier eller departement i de 25 EU-länderna.

Medicinsk screening existerade i samtliga EU-länder, med undantag för Grekland. De

nordiska EU-länderna erbjöd systematisk medicinsk screening till alla nyanlända asylsökande, medan screening i systematisk form bara fanns på flyktingmottagningarna i de andra EU-länderna.

Sammanfattningsvis visar studien att tillgången till sjukvård för asylsökande i EU-länderna är heterogen och ofta baserad på miniminormer.

Resultatet av studien bör tolkas med försiktighet, eftersom den bygger på jämförelser av mycket olika hälso- och sjukvårdssystem.

TABELL I. Tillgång till specifika medicinska screeningprogram.

	Screening			Ingen screening		
	obligatorisk	frivillig	totalt	procent	totalt	procent
HIV	5	14	19 (23)	83	4 (23)	17
Tuberkulos	12	10	22 (23)	96	1 (23)	4
Somatisk ¹	6	11	17 (22)	77	5 (22)	23
Psykisk ²	3	8	11 (18)	61	8 (18)	39
Andra ³	4	8	12 (19)	63	7 (19)	37

n=23 eftersom Grekland exkluderats.

¹ Tyskland exkluderat från analysen på grund av motstridiga svar gällande somatisk screening.

² Danmark, Estland, Tyskland, Ungern och Luxemburg exkluderade från analysen på grund av motstridiga eller uteblivna svar gällande screening för psykisk sjukdom.

³ Estland, Tyskland, Ungern och Slovenien exkluderade från analysen på grund av motstridiga eller uteblivna svar gällande screening för »andra« typer av sjukdomar.

det totala antalet länder inom parenteserna varierar. HIV-screening utfördes i 19 av 23 av länderna (83 procent). HIV-screening var obligatorisk i 5 av 19 (26 procent), och frivillig i 14 av 19 av länderna (74 procent). HIV-screening var dock obligatorisk bara i vissa delstater i Tyskland, obligatorisk bara för gravida asylsökande i Tjeckien och bara på flyktingmottagningarna i Spanien.

Screening för tuberkulos (tbc) utfördes i 22 av 23 av länderna (96 procent). Tbc-screening var obligatorisk i 12 av 22 av länderna (55 procent), men bara obligatorisk för asylsökande på flyktingmottagningar i Österrike, England och Spanien. I Holland utfördes screening för tuberkulos omedelbart efter ankomst och på nytt efter 6, 12, 18 och 24 månader. Endast den första av de fem screeningarna var obligatorisk. I 17 av 22 länder (77 procent) ingick en allmän somatisk hälsoundersökning i screeningprogrammet.

Screening för psykisk sjukdom var ovanligast och förekom endast i 11 av 18 av länderna (61 procent). Andra screeningprogram än de ovan nämnda förekom i 12 av 19 av länderna (63 procent), och omfattade barnvaccinationer, fecestest, hepatit B, syfilis och malaria. Screening utfördes av myndigheterna i alla länder utom i Danmark, där det var danska Röda Korsets uppgift att se till de asylsökandes hälsa.

Tillgång till hälso- och sjukvård

Enkätens andra del behandlade formella begränsningar i tillgång till hälso- och sjukvård för asylsökande jämfört med värdlandets medborgare. Resultaten visas i Tabell II, som baseras på samtliga 24 länder som besvarade enkäten.

Reglerna för barn och gravida var i vissa fall annorlunda utformade än reglerna för vuxna, då de förra betraktades som sårbarare. Formella restriktioner gällande tillgång till hälso- och sjukvård för gravida asylsökande jämfört med andra medborgare fanns i 5 av 21 länder (24 procent). Formella restriktioner för barn och vuxna fanns i 7 av 23 (30 procent) respektive 10 av 23 länder (43 procent). Totalt 10 av 23 av länderna (43 procent) hade formella restriktioner gällande tillgång till hälso- och sjukvård för en eller flera av de tre grupperna. Dessa länder var Österrike, Danmark, Estland, Finland, Ungern, Luxemburg, Malta, Tyskland, Spanien och Sverige, där asylsökande endast hade rätt till akutvård. Det bör nämnas att i flera länder som gav asylsökande tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som medborgarna miste de asylsökande denna rätt om deras ansökan avslogs. Avsaknad av formella restriktioner var emellertid inte detsamma som tillgång till likvärdig hälso- och sjukvård. Våra respondenter angav en rad praktiska hinder för tillgången, vilka kan indelas på följande sätt:

TABELL II. Formella begränsningar vad gäller tillgång till sjukvård för asylsökande jämfört med landets medborgare.

	Antal länder					
	Restriktioner		Inga restriktioner		Totalt	
	antal	procent	antal	procent	antal	procent
Gravida ¹	5	24	16	76	21	90
Barn ²	7	33	16	67	23	96
Vuxna ³	10	43	13	57	23	100
Totalt ⁴	10	43	13	57	23	100

¹ Danmark, Tyskland och Slovakien exkluderades från analysen på grund av motstridiga svar gällande tillgång till hälso- och sjukvård för gravida.

² Slovakien exkluderades från analysen på grund av motstridiga svar gällande tillgång till hälso- och sjukvård för barn.

³ Slovakien exkluderades från analysen på grund av motstridiga svar gällande tillgång till hälso- och sjukvård för vuxna.

⁴ Det totala antalet formella restriktioner vad gäller tillgång till hälso- och sjukvård för en eller flera av de tre grupperna. Slovakien exkluderades från analysen på grund av motstridiga svar gällande tillgång till hälso- och sjukvård för alla tre grupperna.

- bristande kunskaper om tillgång till hälso- och sjukvård
- språkliga hinder
- kulturella hinder
- strukturella hinder.

Respondenterna fick dessutom svara på frågan om huruvida traumatiserade asylsökande kunde få tillgång till specialistbehandling i deras länder. Så var inte fallet i Cypern, Lettland och Luxemburg. I de övriga 21 länderna existerade någon form av specialistbehandling för traumatiserade asylsökande.

DISKUSSION

Våra resultat bör tolkas med försiktighet, eftersom de bygger på jämförelser av mycket olika hälso- och sjukvårdssystem. Dessutom är EU-ländernas asyllagstiftning komplex och ständigt föremål för förändring.

För att få en nyanserad bild frågade vi både frivilligorganisationer och ministerier och departement, då de kunde ha uttryckt olika uppfattningar. Vi kunde emellertid se en hög grad av enighet, vilket medförde att vi i stället valde att utesluta de få motstridiga svaren i analyserna. En möjlig förklaring till den låga totala svarsprocenten (30 procent) är att enkäten kan ha skickats till personer i frivilligorganisationerna som saknade tillräckliga kunskaper för att besvara frågorna. Vi försökte öka svarsprocenten genom att före utskicket identifiera relevanta personer, men vi hade stora svårigheter att hitta sådana i frivilligorganisationerna.

Olikheter i kunskapsnivå bland respondenterna kan ha påverkat undersökningens validitet. Vi försökte säkerställa validiteten genom att skicka ut de preliminära resultaten till samtliga respondenter för att få dem bekräftade.

Medicinsk screening existerade i samtliga EU-länder, med undantag för Grekland. De nordiska EU-länderna erbjuder systematiskt medicinsk screening till alla nyanlända asylsökande, medan screening i systematisk form bara fanns på flyktingmottagningarna i de andra EU-länderna. I flera av dessa länder bodde de flesta asylsökande utanför flyktingmottagningarna, vilket innebar att flertalet aldrig screenades. Vi fann dessutom att innehåll i screeningprogrammen varierade länderna emellan. De nordiska länderna hade de mest omfattande screeningprogrammen, med screening för HIV, tuberkulos, somatisk och psykisk sjukdom i Finland, Sverige och Danmark. All screening skedde på frivillig basis i de nordiska EU-länderna.

I tio länder kunde de asylsökande endast få akut sjukvård. Det

gällde de nordiska EU-länderna, där begränsningen dock inte gällde gravida och barn. Några länder erbjöd dock alternativa åtgärder vid kronisk sjukdom. Vi vet att detta gällde Danmark, där Röda Korset kan ansöka hos Udlændingestyrelsen (danska motsvarigheten till Migrationsverket) om att få ersättning för icke akut vård, om den är »smärtlindrande, nödvändig eller brådskande«. Men Udlændingestyrelsen beviljar inte alla ansökningar. Det förefaller paradoxalt att de hälso- och sjukvårdssystem i EU som hade flest restriktioner vad gäller tillgången samtidigt var de system som baserades på principer om sjukvård på likvärdiga villkor för befolkningen i övrigt.

Begränsningar i asylsökandes tillgång till sjukvård kan tänkas medföra att hälsoproblemen ackumuleras, vilket – bortsett från de mänskliga kostnaderna – kan visa sig motverka integrationen och dessutom bli dyrbart för samhället i ett längre perspektiv.

annons

Miniminormer

Sammanfattningsvis visar studien att tillgången till sjukvård för asylsökande i EU-länderna är heterogen och ofta baserad på miniminormer. I EUs nuvarande direktiv från 2003 används allmänna ordalydelser som inte får några väsentliga konsekvenser för flertalet medlemsstater [5]. Därför åligger det fortfarande de enskilda medlemsländerna att ge de asylsökande beskydd och se till att de får samma medicinska rättigheter som övriga medborgare. Mot bakgrund av det sjunkande antalet asylsökande bör EU och de enskilda medlemsländerna ha större resurser att förbättra asylsystemen utifrån en vilja att förbättra och standardisera insatserna i så hög grad som möjligt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Artikeln baseras på en studie tidigare publicerad i the European Journal of Public Health: Norredam M, Mygind, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union - a comparative study of country policies. Eur J Public Health. 2005 Oct 17; [Epub ahead of print].*

■ *Översatt från danska av Mia Ruthman Edström.*

REFERENSER

1. UNHCR. 2004 Global Refugee Trends. Genève: UNHCR; 2005. <http://www.unhcr.ch/statistics>
2. United Nations Declaration of Human Rights. Adopted by the United Nations General Assembly on 10 December 1948. Article 14. <http://www.unhcr.ch>
3. United Nations Convention relating to the Status of Refugees. Adopted by the United Nations General Assembly on 28 July 1951. <http://www.unhcr.ch>
4. Haregreaves S, Holmes A, Friedland JS. Europe's health-care lottery. *Lancet*. 2001;357:1434-5.
5. European Council. European Council Directive - laying down minimum standards for the reception of asylum seekers. Adopted by the European Council on January 27th, 2003. <http://www.ue.eu.int>

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ FAKTA

Xxxx

REFERENSER

1. Xxxx