

Vård för papperslösa

Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-161-6
Artikelnummer 2014-2-28

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2014

Förord

Denna rapport har tagits fram på uppdrag av regeringen och behandlar den vård som sedan 1 juli 2013 ges enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Uppdraget har bestått i att lämna förtydliganden om tillämpningen av begreppet – vård som inte kan anstå – och att ta fram förslag på en ändamålsenlig ordning för dokumentation och uppföljning av vården som erbjuds målgruppen. I detta ingår även förslag på rutiner för identifiering av dessa patienter.

Socialstyrelsen har bedrivit arbetet i samråd med berörda myndigheter samt Sveriges Kommuner och Landsting. Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet har bidragit med analys och belyst möjligheten att med stöd av den nationella modellen för öppna prioriteringar inom vården förtydliga tillämpningen av begreppet. Yrkesorganisationer inom vården har lämnat ett konsensusutlåtande om begreppet vård som inte kan anstå. Myndigheter och organisationer har gett underlag och lämnat synpunkter i fråga om rutiner för identifiering av målgruppen.

Utredare Elis Envall har varit projektledare och ansvarig för att sammanställa rapporten. Juristen Ulrika Jonasson har granskat rapporten. I projektgruppen har Helena Norling, Birgitta Norstedt Wikner och Ingalill Paulsson Lütz ingått. Utredare Ann Jönsson har redigerat och språkgranskat rapporten. Ansvarig tf enhetschef har varit Annika Remaeus.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning.....	9
Uppdraget	9
Genomförande av uppdraget.....	10
Hur rapporten är upplagd	11
Värdegrund	12
Principer för svensk hälso- och sjukvård	12
Etisk plattform för prioriteringar	12
En nationell modell för prioriteringar.....	13
Vård som inte kan anstå	14
Bakgrund	14
Propositionen till 2013 års lag	14
Socialstyrelsens tidigare redovisade syn	15
Internationell diskussion om begreppet.....	15
Vårdprofessionernas syn på begreppet	16
Tolkning och analys av begreppet "vård som inte kan anstå"	17
Hur vård som inte kan anstå tolkas i vården	19
Vägledning på internet.....	19
Frivilligorganisationernas uppföljningar	19
Ändamålsenlig dokumentation.....	21
Identifiering av patienter.....	23
Det behövs alternativ till personnummer.....	24
Socialstyrelsens bedömning och förslag.....	26
Vård som inte kan anstå	26
Ändamålsenlig dokumentation.....	28
Identifiering av patienter	29
Referenser	31
Bilaga 1. Vårdprofessionernas konsensusutlåtande	33
Bilaga 2. Sammanfattning av Prioriteringscentrums rapport 2014:1	35
Kriterier för tillämpning av vård som inte kan anstå	35
Prioriteringscentrums etiska analys och bedömning.....	36
Tillämpning av den nationella modellen	39
Intervjuer om tillämpning av begreppet	41
Bilaga 3. Vägledning på internet	43

Tandvård som inte kan anstå	44
Bilaga 4. Diskussioner om samordningsnummer.....	46
Samordningsnummer	46

Sammanfattning

Socialstyrelsens uppdrag har bestått i att lämna förtydliganden angående tillämpningen av begreppet vård som inte kan anstå, ta fram ett förslag på en ändamålsenlig ordning för dokumentation och uppföljning av hälso- och sjukvård som erbjuds dessa personer och rutiner för vårdens identifiering av den aktuella målgruppen

Socialstyrelsen har valt att genomgående använda begreppet ”papperslösa” för de grupper som utgör målgruppen för detta uppdrag.

Rapportens huvudsakliga slutsatser vilar på ställningstaganden från berörda vårdprofessioner, en analys av begreppets innebörd utifrån den etiska plattformen som fastställts av riksdagen utifrån prioriteringsutredningen och den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården framtagen av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet. Vidare vilar rapporten på berörda frivilligorganisationers erfarenheter om vård till papperslösa och samråd med myndigheter m.fl. samt en genomgång av information på internet mm om 2013 års lag.

Prioriteringscentrum har på Socialstyrelsens uppdrag genomfört en analys av begreppet vård som inte kan anstå utifrån den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen delar bedömningen att det finns en risk att begreppet vård som inte kan anstå inte är förenligt med den etiska plattformens människovärdesprincip då vården begränsas utifrån ålder och folkbokföring.

De flesta diagnoser har varierande förlopp och behovet av vård kan skilja sig mellan enskilda patienter med samma diagnos. Det är enligt Socialstyrelsens mening inte etiskt och medicinskt möjligt eller lämpligt att i listor ange vilka diagnoser, tillstånd eller åtgärder som omfattas av begreppet vård som inte kan anstå.

Begreppet vård som inte kan anstå är inte förenligt med medicinsk yrkesetik, är inte medicinskt tillämpligt i sjukvården och riskerar att äventyra patientsäkerheten. I detta har Socialstyrelsen stöd av de samlade vårdprofessionerna.

Vad som är vård som inte kan anstå får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren eller tandläkaren.

Den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården är inte möjlig att använda på individnivå för att förtydliga begreppet vård som inte kan anstå.

Erfarenheter från det första halvåret talar för att de flesta vårdsökande får den vård som landstingen är ålagda att erbjuda, även om det krävs stödinsatser från frivilliga för att informera och påverka.

Informationen om skyldigheten att erbjuda vård som inte kan anstå till papperslösa är idag ofta svårtillgänglig, inte konsekvent och i flera fall missvisande. Det gäller särskilt informationen om tandvården.

Det finns ett stort behov av information om landstingens skyldighet att erbjuda vård och omfattningen av vården till den aktuella gruppen.

Nuvarande regelverk för informationshantering och journalföring i vården gäller och en ny och separat ordning för dokumentation är inte motiverad.

En säkrare identifiering av patienter i vården är en nödvändig förutsättning för att kunna upprätthålla patientsäkerheten. Idag finns ingen heltäckande lösning på behovet att kunna identifiera patienter i den aktuella målgruppen.

En systematisk användning av samordningsnummer för samtliga asylsökande kan vara en framkomlig väg för gruppen asylsökande och för dem som i framtiden väljer att gömma sig. För personer som nu lever som papperslösa saknas möjlighet att använda samordningsnummer. För denna grupp återstår att fortsätta att använda reservnummer.

Frågan om tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård för EU-medborgare utan uppehållsrätt eller sjukförsäkring har inte behandlats inom ramen för detta uppdrag.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att stödja genomförandet av de förslag som lämnas i propositionen Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd (prop. 2012/13:109). Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (kallas i fortsättningen 2013 års lag), ger dessa utlänningar över 18 år samma rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård som asylsökande har enligt lagen (2008: 344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Socialstyrelsens uppdrag består i att

- lämna förtydliganden angående tillämpningen av begreppet vård som inte kan anstå
- ta fram ett förslag på en ändamålsenlig ordning för dokumentation och uppföljning av hälso- och sjukvård som erbjuds dessa personer.

Det sistnämnda ska även innehålla rutiner för hur vården ska kunna identifiera den aktuella målgruppen.

Personkrets

2013 års lag anger att de personer som landstingen ska erbjuda vård som inte kan anstå är utlänningar som vistas i Sverige utan stöd av myndighetsbeslut eller författning, dvs. personer som håller sig undan verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om tillstånd för att vistas här (prop. 2012/13:109 s. 13). Det kan t.ex. vara personer vars tidsbegränsade uppehållstillstånd har upphört men som ändå väljer att stanna kvar i landet (prop. 2012/13:109 s. 58).

I propositionen nämns vidare att 2013 års lag enbart omfattar utlänningar som vistas olovligen i landet och som gör det under en längre tid, d.v.s. då vistelsen inte endast har karaktären av ett besök (prop. 2012/13:109 s. 41).

I detta uppdrag från regeringen har inte ingått att analysera och precisera vilken personkrets som 2013 års lag omfattar.

Socialstyrelsen använder i denna rapport genomgående begreppet *papperslösa*. Utredningen om vård för papperslösa m.fl. använde i betänkandet *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet* (SOU 2011:48) begreppet på samma sätt.

I citat och direkta referenser till lagtexten, propositionen och övriga källor kommer däremot begreppet ”personer som vistas i landet utan tillstånd” och motsvarande att användas.

Unionsmedborgare

Enligt den definition av begreppet papperslösa som gavs i Social rapport 2010 (s. 269) ingår under vissa förutsättningar även EU/EES-medborgare i s.k. overstayers, vilket ”avser de utlänningar som stannar kvar i landet efter att giltighetstiden för deras visum eller uppehållstillstånd har gått ut, eller trots att de inte längre uppfyller villkoren för uppehållsrätt” [1].

Upphållsrätt regleras genom rörlighetsdirektivet (direktiv 2004/38/EG) och för personer som ska vistas i en medlemsstat i mer än tre månader ställer direktivet krav på att personen i fråga bl.a. har arbete, tillräckliga tillgångar och heltäckande sjukförsäkring för att inte bli en ekonomisk belastning i värdmedlemsstaten [2].

I propositionen klargörs att det inte är ”uteslutet att föreslagen lagstiftning om hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd i enskilda fall kan komma att bli tillämplig även på unionsmedborgare” (prop. 2012/13:109, s. 41). Det är i det enskilda fallet ofta svårt att avgöra om en person har uppehållsrätt eller inte och är att betrakta som papperslös.

Genomförande av uppdraget

Arbetet inleddes med att Socialstyrelsen arrangerade en hearing med representanter för berörda statliga myndigheter, storstadsregionerna, frivilligorganisationer, yrkesföreningar och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL¹. Vid hearingen diskuterades framförallt begreppet vård som inte kan anstå och frågan om identifiering av papperslösa patienter.

Socialstyrelsen har även gett Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet i uppdrag att ta fram en analys av begreppet vård som inte kan anstå utifrån den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har gjort en genomgång av information om 2013 års lag och vilken vård som ska erbjudas samt analyserat denna information i förhållande till förarbeten till 2013 års lag.

Socialstyrelsen har genomfört samråd med berörda myndigheter och SKL för att diskutera möjliga lösningar vad gäller frågan om patienters identitet inom vården. Samråden har också resulterat i ett samarbete kring samordningsnummer med Migrationsverket och Skatteverket.

Det har dock inte varit möjligt för Socialstyrelsen att inom ramen för detta uppdrag fullständigt utreda och lämna förslag för att lösa problemen med identitet för papperslösa patienter i vården.

¹ Deltagarna representerade: Apotekens Servervice AB (eHälsomyndigheten fr.o.m. 140101), Smittskyddsinstitutet (Folkhälsomyndigheten fr.o.m. 140101), Migrationsverket, Sveriges Kommuner och Landsting, läns landsting, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Svenska Röda Korset, Rosengrenska stiftelsen/Röda korset, Läkare i Världen, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges tandläkarförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet, Etiskt forum i Göteborg samt sekretariatet för Utredningen om vård för papperslösa m.fl. (Dir. 2010:7).

Hur rapporten är upplagd

I inledningen redogörs för värdegrunden för hälso- och sjukvården och tandvården samt andra utgångspunkter som är betydelsefulla för de slutsatser som sedan presenteras.

Innehållet i rapporten bygger huvudsakligen på följande:

- en analys av begreppet vård som inte kan anstå utifrån den etiska plattformen respektive den nationella modellen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården
- ställningstaganden från berörda vårdprofessioner
- frivilligorganisationernas kunskap och erfarenhet inom området
- genomgång av 1177 Vårdguiden och andra webbplatsers information om vård till papperslösa.
- samråd och diskussioner med berörda statliga myndigheter.

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård för vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd benämns, för att inte i onödan betunga texten, med beteckningen *2013 års lag* när det inte är lämpligt att använda det fulla namnet.

När källa eller referens inte anges bygger resonemang och bedömningar på Socialstyrelsens utredningsarbete med hearing, kontakter med yrkesföreningar och på samråd med berörda myndigheter, SKL m.fl.

Värdegrund

Principer för svensk hälso- och sjukvård

Syftet med den lagstiftning som styr den svenska hälso- och sjukvården är att tillförsäkra behövande personer en god vård och att den ska ges efter medicinskt behov, enligt de prioriteringsprinciper som gäller för vården och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet [3].

Alla som vistas i landet och som har ett medicinskt behov av vård, ska av landstingen erbjudas någon form av hälso- och sjukvård. Landstinget är skyldigt att erbjuda vård efter den enskildes medicinska behov och i enlighet med de prioriteringsgrunder som gäller inom hälso- och sjukvården samt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (prop. 2012/13:109, s. 34).

Hälso- och sjukvårdens verksamhet består i huvudsak av slutna och öppna vård samt tandvård. Till vården räknas också mödra- och förlossningsvård, hälsoundersökningar, preventivmedelsrådgivning och smittskyddsfrågor enligt smittskyddslagen (2004:168) [3].

Etisk plattform för prioriteringar

Riksdagen beslutade år 1997 om den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården [4]. Denna ska styra de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården. Prioriteringarna ska utgå från tre grundläggande etiska principer:

- Människovärdet: Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- Behov och solidaritet: Resurserna bör i första hand fördelas till de områden där behoven är störst.
- Kostnadseffektivitet: Man bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt då man väljer mellan verksamhetsområden eller åtgärder mätt i hälsa och livskvalitet.

De etiska principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Det innebär till exempel att om det finns effektiva åtgärder så går svåra sjukdomar före lindrigare, även om vården av de svårare tillstånden kostar väsentligt mycket mer.

Det är oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av patientens ålder, livsstil eller ekonomiska förhållanden. Det är däremot förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av de medicinska åtgärderna för patienten [4].

I prioriteringsutredningens slutbetänkande, som låg till grund för den s.k. prioriteringspropositionen, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (1996/97:60), uppmärksammades på sidan 25 att det kan finnas ett spän-

ningsförhållande mellan den etiska plattformen och den begränsning av vård som vid den tidpunkten gällde för flyktingar och asylsökanden.

”Flyktingar och asylsökande har i vissa fall inte samma rätt till sjukvård som andra. Utredningen vill synliggöra det dilemma som här uppstår mellan människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen å ena sidan och politiska, ekonomiska och andra realiteter å den andra” [5].

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att mer av hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas till dem som har de största behoven, de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Det handlar om att utjämna skillnader i tillgänglighet, men även i utfall. Det är viktigt att särskilt beakta att behoven hos de svagaste grupperna som inte själva kan göra sin röst hörd, blir bedömda.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att svåra tillstånd och väsentliga skillnader i livskvalitet vid effektiva åtgärder ska gå före mer lindriga tillstånd, även om åtgärderna gentemot de förra är förknippade med förhållandevis högre kostnader. Hälso- och sjukvården kan acceptera en lägre kostnadseffektivitet vid större svårighetsgrad eller större behov. I den etiska plattformen avvisas en nyttoprincip som innebär att man aggregerar nyttan för en viss åtgärd i hela samhället.

Vårdgivare kan inte ta hänsyn till vilken budgetpåverkan en viss insats har när de bedömer hur den ska prioriteras. Budgetfrågan kommer snarare in i ett senare skede som en praktisk följd av prioriteringsbeslutet. Om resurserna är begränsade bör insatser som är lägst rangordnade ransoneras i första hand tills den resursmängd frigjorts som bedömts som nödvändig [6].

En nationell modell för prioriteringar

Prioriteringsmodellen – den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – framtagen av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet är en systematisk metod för att omsätta riksdagens riktlinjer och dess etiska plattform i praktiken [7].

Den nationella modellen ska kunna användas vid prioriteringar, i första hand på gruppnivå, inom alla typer av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det gäller såväl inom landsting, kommun som privat driven hälso- och sjukvård. Modellen syftar till att skapa ökad systematik för att säkra att förhållandevis mer resurser fördelas till ändamålsenlig och effektiv vård till personer med störst behov. Ett syfte med modellen är också att öka förutsättningarna för öppna prioriteringar.

Formella hälsoekonomiska analyser är inte avsedda att tillämpa på individnivå. Tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens patientnytta eller effekt av åtgärd och åtgärdens kostnadseffektivitet utgör huvudkomponenterna för bedömning av prioritet i den nationella modellen [6].

Den aktuella, reviderade versionen av modellen har utarbetats av Prioriteringscentrum och Socialstyrelsen gemensamt [7].

Vård som inte kan anstå

Bakgrund

Begreppet ”vård som *kan* anstå” återfinns första gången i propositionen (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag m.m. Där förs ett resonemang om landstingens skyldigheter för vård till s.k. utomlänspatienter och kopplas där samman med begreppet omedelbar vård. I detta sammanhang syftade omständigheten att vården kunde anstå till dess att någon annan kunde överta vårdansvaret för patienten. Förutom tidsaspekten förefaller det även förutsätta en bedömning av om mottagande vårdgivare har tillräckliga resurser och kompetens för att överta vårdansvaret på ett adekvat sätt. Begreppet infördes emellertid inte i lagtexten.

I migrationssammanhang nämns begreppet första gången år 1988 i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1988:8) Hälsovård för flyktingar och asylsökande. Socialstyrelsen redogjorde i dessa allmänna råd för att ”vård som *kan* anstå” inte är tillämpligt för asylsökandes situation, då dessa patienter inte kan hänvisas till sitt hemlandsting eller hemland för vård, i de fall vårdbehovet skulle kunna anstå några dagar eller någon vecka.

Begreppet vård som *inte* kan anstå användes därefter i förordning (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. Dock lämnades inte heller här någon närmare precisering om vad begreppet är avsett att fänga.

Begreppet kom senare också att användas i propositionen (1993/94:94) Mottagande av asylsökande m.m. där det anges att statlig ersättning ska lämnas när det föreligger ett behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå. Som en följd av detta tecknade staten och Landstingsförbundet år 1996 en överenskommelse om landstingens åtaganden och statens ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl. Överenskommelsen innebar att landstingen ska ge vuxna asylsökande akut sjuk- och tandvård samt sådan vård som inte kan anstå. När denna överenskommelse sedan kodifierades i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., kom begreppet vård som inte kan anstå för första gången att användas i lagtext.

Propositionen till 2013 års lag

Propositionen anger att vuxna personer som vistas i landet utan tillstånd ska erbjudas hälso- och sjukvård inklusive tandvård i samma omfattning som vuxna asylsökande. De ska erbjudas vård som inte kan anstå samt mödrahälsovård och vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner (2002:160) samt en hälsoundersökning (prop. 2012/13:109 s. 37).

I ett förtydligande framgår att det även omfattar sjukresor, hjälpmedel, transport och tolk i samband med vårdtillfället (prop. 2012/13:109 s. 42).

Av nämnda förarbete framgår vidare att begreppet vård som inte kan anstå är avsett att vara en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar och omfattar:

- vård och behandling (inklusive följdinsatser) av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som ges för att motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd
- vård för att undvika mer omfattande vård och behandling
- vård för att minska användningen av mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder
- vård för personer med särskilda behov (tortyr, allvarliga övergrepp, trauma) bör bedömas särskilt omsorgsfullt
- hjälpmedel vid funktionshinder om inte patienten kan få tillgång till det på annat sätt.

Vilken vård som inte kan anstå för en patient får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren (prop. 2012/13:109 s.19) eller tandläkaren [8].

Socialstyrelsens tidigare redovisade syn

I Socialstyrelsens reviderade (numera upphävda) allmänna råd Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar, SOSFS 1995:4 framhölls att det inte går att definiera begreppen ”omedelbar vård” och vård som inte kan anstå, eftersom man aldrig kan täcka in alla tänkbara situationer. Det är endast den vårdansvarige läkaren som utifrån förutsättningarna i det enskilda fallet bedömer om det rör sig om omedelbar vård och vård som inte kan anstå.

De allmänna råden ersattes den 1 januari 2012 av en webbaserad vägledning [8]. I vägledningen konstateras att det även fortsättningsvis – liksom vid all vård - är den vårdansvarige läkaren eller tandläkaren som avgör omfattningen av den vård som behöver erbjudas vid olika sjukdomstillstånd.

Internationell diskussion om begreppet

Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter, Fundamental Rights Agency (FRA) arrangerade den 2 mars 2012 ett möte på temat tillgång till vård för irreguljära migranter. Mötet var en uppföljning av FRA:s tidigare undersökningar om tillgång till sjukvård för migranter i en irreguljär situation.

Vid mötet deltog företrädare för statliga hälsomyndigheter, EU-institutioner, europeiska folkhälsonätverk, vårdpersonal och organisationer.

I rapporten från mötet redovisas bl.a. följande:

Deltagarna underströk att tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård för irreguljära migranter, mot bakgrund av professionsetiska regler för hälso- och sjukvårdspersonal, bör ges på samma villkor som för medborgare. Hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds bör bestämmas i enlighet med patientens behov, men bör som ett minimum omfatta vaccinationer,

prenatal, neonatal och postnatal behandling, förutom fullständig tillgång till hälso- och sjukvård för barn. I detta syfte behöver nationell lagstiftning omfatta en allmän definition av tillgång till hälso- och sjukvård för irreguljära migranter, inte en uttömmande förteckning över behandlingar [9] (*vår översättning*).

Vårdprofessionernas syn på begreppet

Samtliga stora yrkesorganisationer och fackförbund inom vårdsektorn yttrade sig över departementspromemorian Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd (Ds 2012:36), som låg till grund för propositionen (2012/13:109). Organisationerna motsatte sig förslaget att begränsa hälso- och sjukvård för papperslösa till att endast omfatta vård som inte kan anstå.

Efter den hearing som Socialstyrelsen bjöd in till den 2 september 2013 lämnade ett antal yrkesorganisationer och fackförbund i december 2013 ett konsensusutlåtande om användbarheten av begreppet vård som inte kan anstå.

Konsensusutlåtande och rekommendation

Nedan följer ett utdrag ur konsensusutlåtandet. Detta finns i sin helhet i bilaga 1.

”En grundläggande princip för vårdprofessionernas yrkesetik är att vård ges efter behov. Inga andra omständigheter t ex social ställning, etnisk tillhörighet, kön, ålder, hudfärg, sexuell läggning eller juridisk status får inskränka rätten till vård efter behov. Att diskriminera/prioritera utifrån annat än medicinska behov är oetiskt.

Ur patientsäkerhetsperspektiv måste samma grundläggande krav ställas på all vård. ... Att införa juridiska hinder för vård i rätt tid till rätt patient kan äventyra patientsäkerheten och bör därför inte accepteras.

Begreppet ”kan anstå” är svårt att översätta till medicinsk verklighet. Inom medicinen görs uppdelning i akut och elektiv vård. Med det senare menas vanligen ”planerad vård”. Detta är en vårdinsats som är nödvändig men inte akut och därför kan tidsplaneras. Detta är något annat än ”kan anstå”, vilket ju innebär en förskjutning i tid utan planering av om eller när en vårdinsats kan bli aktuell. Denna typ av prioritering förekommer inte i medicinsk verksamhet idag. Kanske ska ”vård som kan anstå” definieras som onödig eller överflödigt vård och borde i så fall rimligtvis inte ges till någon patient.

I diskussionen har ibland talats om huruvida vissa diagnoser kan vara sådana som ”kan anstå”. Detta synsätt är dock inte grundat på någon djupare kännedom om medicinska sakförhållanden. De flesta diagnoser, inte minst många kroniska sjukdomar, har mycket varierande förlopp och behov av omhändertagande. ... Vårdprofessionerna bedömer inte att diagnoslistor är användbara för att definiera vård som inte kan anstå.

Vi föreslår att begreppet tolkas enligt tidigare av riksdagen accepterade prioriteringsprinciper. Detta synsätt står inte i strid med vår yrkesetik och förutsätter inte införande av nya prioriteringsgrupper eller principer. Patienten får vård efter behov, både akut och elektiv vård. Om ett vårdbehov bedöms föreligga bör vård erbjudas på samma villkor för alla. Den statliga utredning som presenterades 2011 kom till slutsatsen att vård bör ges efter behov och på lika villkor. Detta är en väl grundad slutsats utifrån etiska, legala och praktiska utgångspunkter. Vi anser inte att införande av en ny prioriteringsgrupp (vård som inte kan anstå) gagnar patientsäkerheten och förtroendet för vården utan tvärtom riskerar att skapa en sämre och mer godtycklig vård för stora patientgrupper. Begreppet vård som inte kan anstå bör därför inte användas för vård av asylsökande eller s.k. papperslösa.”

Tolkning och analys av begreppet "vård som inte kan anstå"

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet har på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört analyser av begreppet vård som inte kan anstå. Analysen är gjord utifrån den etiska plattformen för prioriteringar och avsikten har varit att ta reda på om den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård [7] skulle kunna användas som ett stöd för tillämpning av 2013 års lag.

Prioriteringscentrum har genomfört uppdraget i tre delar.

- I den första delen tolkades begreppet vård som inte kan anstå utifrån en analys av hur det används i den aktuella propositionen (2013/13:109) och lagtexten. Tolkningarna specificeras i ett antal kriterier.
- I den andra delen analyserades de tolkningar av begreppet som framkommit i den första delen. Analysen gjordes utifrån den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- I den tredje delen analyserades hur begreppet förhåller sig till den nationella modellen för öppna prioriteringar och diskuteras om denna kan användas för att ge stöd vid prioritering av vård till den aktuella målgruppen. Den teoretiska analysen kompletterades med exempel på praktiska beslutssituationer hämtade från kliniskt verksamma personer.

Prioriteringscentrums rapport till Socialstyrelsen publiceras även separat av Linköpings universitet under titeln *Vård som inte kan anstå – tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppna prioriteringar*, Rapport nr 2014:1 [6]. I denna rapport återfinns en sammanfattning av Prioriteringscentrums rapport i bilaga 2.

Prioriteringscentrums slutsatser

Prioriteringscentrum kommer till slutsatsen att begränsningskriteriet när det gäller vård utifrån kronologisk ålder och folkbokföring strider mot människovärdesprincipen.

Några generella kombinationer av svårighetsgrad, effekt av åtgärd och kostnadseffektivitet som kan avgränsa vård som inte kan anstå är mycket svåra att tillämpa på individnivå, eftersom det är svårt att göra individuella risk- och effektbedömningar. Om ett landsting däremot avser att ta fram riktlinjer (för vård av papperslösa) skulle överväganden om prioriteringar på gruppnivå enligt den nationella modellen kunna bli aktuella.

Papperslösa personer som söker vård bör bedömas på ett adekvat sätt för att vårdgivaren ska kunna ta ställning till om det föreligger ett vårdbehov.

I valet mellan det begränsade och det utökade ansvarskriteriet, som tar hänsyn till vårdbehov efter att personen lämnat landet (se bilaga 2), är det utökade att föredra. Samtidigt är ansvarskriteriets tidsbegränsning svår att förhålla sig till eftersom det i många fall är osäkert hur länge en person kan befinna sig i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

De faktorer som pekats ut för att avgöra hur vård som inte kan anstå ska avgränsas är i sak de samma som förekommer i den nationella modellen för prioriteringar. Men det finns ett antal motsägelser i avgränsningen av begreppet och i 2013 års lag som strider mot den etiska plattformen och den nationella modellen för prioriteringar. Detta rör även de fall när specifika diagnos- eller åtgärdsområden lyfts fram explicit, oberoende av hänvisningar till svårighetsgrad, effekt av åtgärd eller kostnadseffektivitet.

Ett normalt förfarande vid bedömning av risk eller effekt är att man antingen sätter in behandling för säkerhets skull, eller avvaktar. Om vårdgivaren bedömer att vården i det fallet kan anstå finns alltså oftast möjlighet till ny bedömning på patientens eller vårdgivarens initiativ. Eftersom det i fallet med papperslösa personer är mer osäkert om hon eller han kan återkomma för en ny bedömning kan det förefalla rimligt att oftare sätta in behandling för säkerhets skull i de fallen.²

Prioriteringscentrums samlade slutsats är att begreppet vård som inte kan anstå och de begränsningar som det implicerar är förknippat med en etisk kostnad³ eftersom det inte står i överensstämmelse med etablerade etiska principer inom svensk hälso- och sjukvård. Det riskerar också att leda till stress hos personalen som ska tillämpa begreppet. Den etiska kostnaden balanseras inte, enligt Prioriteringscentrum, av en motsvarande etisk vinst i form av att man undviker undanträngning av vård för den folkbokförda befolkningen.

² Samtidigt måste detta balanseras mot de risker behandlingen kan vara förknippad med och möjligheten att följa upp dessa risker där personen kommer att befinna sig vid ett senare tillfälle.

³ Med etisk kostnad menas här att det antingen innebär att etiska värden inte kan realiseras eller att det strider mot någon etisk norm, och på motsvarande sätt när det gäller etisk vinst, dvs. att etiska värden kan realiseras eller att det uppfyller etiska normer.

Hur vård som inte kan anstå tolkas i vården

Inför att lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd skulle träda i kraft publicerade Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, information om den nya lagen i ett cirkulär [10] samt ett förslag om hantering av läkemedelsförskrivning [11]. SKL ger i sitt cirkulär ingen egen vägledning om hur begreppet ska tolkas, utan hänvisar till det uppdrag om förtydligande av tillämpningen av begreppet vård som inte kan anstå som Socialstyrelsen redovisar här.

Vägledning på internet

Även den gemensamma webbplatsen 1177 Vårdguiden publicerade, i samarbete med bl.a. SKL, information om 2013 års lag och innehåll i den vård som landstingen fr.o.m. den 1 juli 2013 ska erbjuda personer som vistas i landet utan tillstånd (papperslösa, gömda osv).

Information om vård till papperslösa personer är spridd på ett antal olika webbsidor och kan nås genom sökning på t.ex. begreppet papperslös.

Sidor som alla landsting har publicerat på 1177 Vårdguiden är: Vård i Sverige om man är asylsökande, gömd eller papperslös [12]; Tandvård i Sverige om man kommer från annat land [13] samt Hjälpmedel och samhällsstöd vid funktionsnedsättning [14].

Mer om olika webbsidors information om vård som inte kan anstå finns i bilaga 3.

Frivilligorganisationernas uppföljningar

Tre frivilligorganisationer med verksamhet för att tillgodose papperslösa personers vårdbehov har gjort egna uppföljningar av hur 2013 års lag fungerar för denna grupp. Rapporterna har tagits fram av Läkare i världen [15], Röda Korsets Vårdförmedling i Stockholm [16] och Rosengrenska/Röda Korset [17].

Det är inte möjligt att dra några generella slutsatser utifrån dessa rapporter, eftersom det omfattar ett litet antal individer. Socialstyrelsen vill ändå återge delar av detta material då det ger en bild av tillämpningen av 2013 års lag och även återger de ideella organisationernas reflektioner och erfarenhet av vård för papperslösa personer, före och efter reformen.

Nedan följer några iakttagelser och slutsatser från rapporterna.

- Det finns bristande kunskap hos vårdpersonalen om den nya lagen.
- Det förekommer att papperslösa personer nekats vård därför att personalen i receptionen inte känner till den nya lagen.

- Det händer att papperslösa personer nekas att hämta ut receptbelagda mediciner på apotek med hänvisning till att de saknar personnummer.
- Särskilda informationsinsatser behöver riktas till chefer och personal som arbetar i receptionerna.
- Det har noterats att särskilt tandvården uppfattar vård som inte kan anstå som akut vård, t.ex. att dra ut tänder eller genomföra rotrensning utan åtföljande behandling.
- Hindren för vård uppkommer ofta innan en medicinsk bedömning har gjorts av om det är vård som kan anstå. Papperslösa personer är ofta rädda för att visa sig ute, för att resa till vården, för kostnaden för resan, för att åka fast. Rädsla eller brist på vård leder till att en del patienter söker egna lösningar t.ex. lånar andras ID-kort, vilket kan innebära risk för förväxlingar av laboratoriesvar, blodgrupper etc.

Ändamålsenlig dokumentation

Utredningen om vård för papperslösa beskrev i sitt betänkande hur vården av dessa personer kunde te sig innan denna var reglerad (Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet, SOU 2011:48).

Vårdinsatserna sker ... ofta i det fördolda utan bl.a. sådan insyn, tillsyn, uppföljning och tydlig och fullödig dokumentation som är norm inom den svenska hälso- och sjukvården. Identiteten hos dessa vårdsökande personer är inte sällan svår att fastställa, inte för att de saknar en identitet utan därför att de av rädsla för att bli upptäckta och utskickade ur landet uppger identiteter som i någon objektiv mening inte är riktiga. Det händer också att dessa personer lånar varandras identiteter och identitetshandlingar [3] (s. 261 f).

Utredningen drog slutsatsen att det, på grund av de svårigheter som finns när det gäller att fastställa både asylsökande och papperslösa personers identiteter, inte finns någon ändamålsenlig ordning för att föra patientjournaler över genomförda medicinska insatser. Risken för att medverka till att en patient felbehandlas ökar dramatiskt på grund av att man i många fall inte kan veta om patienten är den han eller hon utger sig för att vara [3] (s. 338 f).

Regeringens bedömning (prop. 2012/13:109) och formuleringen i uppdraget (S2013/3622/FS) var ”att utreda och ta fram ett förslag på en mer ändamålsenlig ordning för dokumentation och uppföljning av den hälso- och sjukvård som ska erbjudas personer som vistas i landet utan tillstånd. Förslaget ska även innehålla rutiner för vårdens identifiering av den aktuella målgruppen.”

Av 3 § i 2013 års lag framgår att de föreskrifter som gäller för sådan vård som ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) ska tillämpas även för vård som ges enligt denna lag, om inte något annat föreskrivs.

Av författningskommentaren till denna paragraf framgår att ”vård som lämnas till personer med stöd av denna lag ska följa samma regler som den vård som ges med stöd av HSL samt tandvårdslagen. Det innebär bl.a. att vården ska följa de medicinsk-etiska principer som anges i t.ex. HSL och tandvårdslagen. Bestämmelser i HSL om att den som har det största behovet av vården ska ges företräde till vården samt bestämmelser som handlar om hur hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god sjukvård och liknande bestämmelser, gäller alltså vid den vård som ges med stöd av denna lag” (prop. 2012/13:109, s. 57).

Av detta drar Socialstyrelsen slutsatsen att övriga relaterade lagar på området också är giltiga fullt ut för den hälso- och sjukvård och tandvård som erbjuds den aktuella målgruppen. Således ska även patientdatalagen (2008:355), patientsäkerhetslagen (2010:659), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård osv. vara tillämpliga även på denna grupp patienter.

Socialstyrelsen anser att det inte finns skäl att skapa någon ny och annan ordning avseende dokumentation för denna specifika grupp.

I och med att 2013 års lag trädde i kraft har dessa personer tillträde till den allmänna hälso- och sjukvården med ”sådan insyn, tillsyn, uppföljning och tydlig och fullödlig dokumentation som är norm inom den svenska hälso- och sjukvården”. Detta var vad utredningen om vård för papperslösa m.fl. (SOU 2011:48) framhöll som det som saknades för denna grupp.

Men sjukvårdens normala rutiner för dokumentation av insatser, journal-föring, utfärdande av remisser, recept på läkemedel, fakturor m.m. bygger på att patienten har ett personnummer eller liknande. Problemet, som det har beskrivits i utredningen om vård för papperslösa m.fl. (SOU 2011:48), departementspromemorian (Ds 2012:36) och propositionen (prop. 2012/13:109), är således identifieringen av patienterna. Detta belyses i det följande avsnittet.

Identifiering av patienter

I patientsäkerhetslagen (2010:659) ställs krav på vårdgivarna att bedriva ett aktivt patientsäkerhetsarbete. Patientdatalagen (2008:355) reglerar frågor om informationshanteringen inom vården och att en patientjournal med ett visst innehåll, däribland uppgifter om patientens identitet, ska föras. Syftet med bestämmelserna är bland annat att patientens vårdhistorik ska kunna följas så att adekvat vård ska kunna ges vid varje givet tillfälle.

I Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) preciseras rutiner för journalföring och kravet på att dokumentationen förses med en entydig personidentifikation. Detta utvecklas i handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring.

Patienter måste kunna identifieras

Identifiering är viktig för att dokumentera i journalen, för uppföljning samt för hantering av recept. Hälso- och sjukvården behöver – utöver att känna till kön, ålder och patientens egna uppgifter om tidigare vård – veta om patienten tidigare har fått vård inom den svenska hälso- och sjukvården för att hämta in uppgifter om diagnoser, provsvar, läkemedel osv. Det handlar om att med säkerhet kunna veta att det är *samma* patient som uppgifterna i den eventuella journalen avser. Hälso- och sjukvården och tandvården behöver också ha möjlighet att kontakta patienten på något sätt.

Svårt att identifiera 2013 års lags personkrets

Hälso- och sjukvården har även ett administrativt behov av patientidentitet, eftersom patienter som är folkbokförda ska erbjudas fullständig och subventionerad vård medan asylsökande och papperslösa patienter ska erbjudas vård som inte kan anstå (enligt lag 2008:344 och lag 2013:407) eller ska visa försäkringsbevis eller EU-kort för att täcka kostnaderna.

Personalen inom hälso- och sjukvården kan ha svårt att avgöra om en person, som söker vård och inte kan eller vill uppvisa id-handling, omfattas av 2013 års lag eller är en tillfällig besökare i landet. Vårdpersonalen är i sådana fall ofta tvungen att lita på de uppgifter som individen själv lämnar. Sveriges Kommuner och Landsting har vid flera tillfällen pekat på behovet av riktlinjer för hur vårdgivare på ett rättssäkert, enkelt och konsekvent sätt kan gå tillväga för att redan vid det första mötet med en patient kunna identifiera om personen omfattas av 2013 års lag.

Ett problem för vården har varit att avgöra om personen som söker är en EU-medborgare och om 2013 års lag omfattar dessa personer. I författningskommentaren anges att bestämmelsen om vilka som omfattas av lagen (5 §) även avser personer som tidigare har haft ett tillstånd att vistas här men vars tillstånd har upphört, t.ex. personer vars tidsbegränsade uppehållstillstånd har upphört men som ändå väljer att stanna kvar i landet (prop. 2012/13:109, s. 58).

Socialstyrelsen är medveten om problemet, men det har inte ingått i uppdraget att närmare precisera 2013 års lags personkrets.

Reservnummer skapar problem

Det framkom vid hearing och samråd att det förekommer att papperslösa patienter som tas emot inom den offentliga vården inte kan eller vill uppge sin identitet. I brist på tillgång till personnummer eller annan personidentifikation får journaler då föras med hjälp av s.k. reservnummer. Dessa används för samtliga patienter för vilka identiteten inte direkt kan fastställas, exempelvis för personer som är medvetlösa och utan identitetshandlingar vid ankomsten till en vårdinrättning.

Vid den hearing som Socialstyrelsen genomförde inom ramen för detta uppdrag tydliggjordes att det finns ett stort behov av ett bättre system än de hittills använda reservnumren. Ett problem är att många i målgruppen har flera reservnummer. Det har varit svårt att åstadkomma en ändamålsenlig dokumentation och möjligheten att följa upp vårdinsatser och annan vårdshistorik är i det närmaste obefintlig.

Idag saknas även ett tillfredsställande system för att säkerställa att rätt patient tar emot medicinen när förskrivna läkemedel lämnas ut vid apotek. Utredningen om vård för papperslösa m.fl. (SOU 2011:48) har på sid 335 pekat på behovet av att kunna fastställa en åtminstone trolig identitet i samband med att läkemedel lämnas ut vid apotek [3].

Inom ramen för samråd med berörda myndigheter m.fl. beskrevs att reservnummer försvårar apotekens arbete. Av säkerhetsskäl skickar man idag ofta pappersrecept till ett specifikt namngivet apotek. Apotekens Service AB (numera eHälsomyndigheten) strävar mot att alla recept i framtiden ska vara elektroniska, men detta kräver person- eller samordningsnummer.

Inom vården införs olika nationella e-tjänster och frågan om användning av reservnummer för personer utan de vanliga personnumren har blivit alltmer aktuell. Center för eHälsa i samverkan, CeHis har låtit göra en kartläggning där det konstateras att inget befintligt system är användbart nationellt för vårdens behov av identifiering av patienter utan personnummer. Det är endast för de patienter som kan identifiera sig som dokumentation av vården på ett säkert sätt kan hållas ihop. För gruppen som inte vill identifiera sig finns inget sätt att säkert återanvända ett reserv-id [18].

Det behövs alternativ till personnummer

Behovet av alternativ till personnummer är inte unikt för hälso- och sjukvården.

Samordningsnummer

Den 1 januari 2000 infördes samordningsnummer⁴. Ett samordningsnummer kan – efter begäran från en statlig myndighet – tilldelas personer som inte är eller har varit folkbokförda.

⁴ 18 a § folkbokföringslag (1991:481)

Syftet med samordningsnummer är att tillgodose myndigheternas behov av en enhetlig identitetsbeteckning för fysiska personer. Detta för att undvika förväxling och för att utbyta information med andra myndigheter och organisationer om personer som vistas tillfälligt här i landet eller som har rätt till olika förmåner utan att vistas här [19].

Utifrån olika uppdrag, ansvarsområden och behov har ett antal berörda myndigheter m.fl.⁵ analyserat förutsättningarna för att systematiskt använda samordningsnummer och diskuterat möjliga lösningar.

Mot bakgrund av de resonemang som fördes i utredningens om vård för papperslösa m.fl. betänkande (SOU 2011:48), valde Socialstyrelsen inom ramen för detta uppdrag att undersöka om samordningsnummer skulle kunna användas för identifiering av papperslösa i hälso- och sjukvården och tandvården.

Socialstyrelsen konstaterade vid de möten som hölls inom ramen för arbetet tillsammans med Migrationsverket och Skatteverket att det, förutom inom hälso- och sjukvården, finns behov av att systematiskt använda samordningsnummer på flera områden som berör migranter. Det gäller exempelvis socialtjänsten (bl.a. ensamkommande barn), skolan och Eurostat.

⁵ Migrationsverket, Skatteverket, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Folkhälsomyndigheten (fd Smittskyddsinstitutet), eHälsomyndigheten (fd Apotekens Service AB), Läke-medelsverket, Inspektionen för vård och omsorg och Sveriges Kommuner och Landsting och Center för eHälsa i samverkan (CeHis)

Socialstyrelsens bedömning och förslag

Vård som inte kan anstå

Prioriteringscentrums analys, som Socialstyrelsen delar, visar följande.

De preciseringar som ställs upp i 2013 års lag innebär att

- varje person som söker vård måste undersökas och vårdbehovet bedömas,
- det ska avgöras om det är vårdbehov av något av följande:
 - mödrahälsovård
 - abort
 - preventivmedelsrådgivning

I dessa fall ska, som anges s. 58 (prop. 2012/13:109) ”viss annan särskilt uppräknad vård” erbjudas enligt sjukvårdslagstiftningens krav, gängse rutiner samt vetenskap och beprövad erfarenhet.

I de fall då inget av ovanstående är tillämpligt aktualiseras 2013 års lags formulering med begreppet vård som inte kan anstå. Propositionen anger att när det är fråga om en person med särskilda behov som t.ex. en person som har utsatts för tortyr eller andra allvarliga övergrepp och trauman bör bedömningen av vilken vård som inte kan anstå göras särskilt omsorgsfullt (prop. 2012/13:109, s. 42f.).

Utifrån den undersökning och bedömning av vårdbehov, inom hälso- och sjukvården liksom tandvården, som ska göras enligt den första punkten ovan och vid varje tillfälle ska följande bedömas och avgöras:

Bedömning och avgörande av

- svårighetsgraden hos tillståndet inklusive ev. tortyrbakgrund mm och risken för allvarliga följder om vårdåtgärder inte ges relativt omgående
- risken för utveckling av allvarligt sjukdomstillstånd
- risken för att utebliven vård leder till mer omfattande behov av vård och behandling
- möjligheten att undvika mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder.

Vård som inte kan anstå kan även innefatta en skyldighet att erbjuda sjukresor, hjälpmedel, transport och tolk i samband med vårdtillfället samt möj-

lighet till fortsatt rehabilitering efter avslutad sjukhusvistelse (prop. 2012/13:109 s. 42).

Läkares eller tandläkares bedömning krävs

Socialstyrelsens slutsats är att den bestämning av vad som är vård som inte kan anstå som har funnits sedan lång tid är det som fortsatt måste gälla, nämligen ”får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren” (prop. 2012/13:109, s.19) eller tandläkaren.

Vårdbehovskriteriet som Prioriteringscentrum beskriver klargör att patienten måste bli undersökt och bedömd enligt gängse praxis vid varje tillfälle. behovet av vård som inte kan anstå kan endast avgöras av den enskilde läkaren/tandläkaren i varje enskilt fall.

Etiskt perspektiv

Socialstyrelsen delar Prioriteringscentrums bedömning att det finns en risk att begreppet vård som inte kan anstå inte är förenligt med den etiska plattformens människovärdesprincip. Risken finns eftersom denna begränsning av vård endast gäller för vuxna personer som vistas i landet utan att vara folkbokförda dvs. asylsökande och papperslösa.

Det är sällan möjligt att bedöma den framtida effekten av en åtgärd på individnivå med någon större säkerhet. I sina bedömningar av framtida utfall, vårdbehov och effekter av vårdåtgärder behöver vårdgivaren ta hänsyn till vad som händer eller kan hända med personen även efter att hon eller han har lämnat Sverige, d.v.s. tillämpa ett utökat ansvarskriterium [6].

Nationella modellen

Socialstyrelsen delar även Prioriteringscentrums bedömning att den nationella modellen för prioriteringar inte är möjlig att använda i praktiken och på individnivå för att förtydliga begreppet vård som inte kan anstå.

Ingen diagnoslista

De flesta diagnoser har varierande förlopp och behovet av vård kan skilja sig mellan enskilda patienter med samma diagnos. Enligt Socialstyrelsen är det därför inte möjligt att ange vilka diagnoser, tillstånd eller åtgärder som omfattas av begreppet vård som inte kan anstå.

Socialstyrelsen delar därmed den bedömning som har gjorts av vårdprofessionerna i deras konsensusutlåtande (bilaga 1) och som även framfördes av samlad expertis på det europeiska seminariet anordnat av FRA (se sid 15).

Kunskapen hos personalen är avgörande

Frivilligorganisationernas uppföljning av det första halvåret med 2013 års lag talar för att vården till papperslösa vuxna personer fungerar relativt tillfredsställande och att de flesta vårdsökande får den vård som landstingen är ålagda att erbjuda, även om det i många fall krävs stödinsatser från frivilliga krafter för att informera och påverka så att lagen efterlevs [15-17].

Socialstyrelsen anser dock att det är en brist att enskilda patienter nekas den vård som de enligt 2013 års lag ska erbjudas och erhålla fullt ut. Socialstyrelsen bedömer att när detta emellanåt ändå sker beror det framför allt på

bristande kunskap hos och inkorrekt information om lagstiftningen till vårdpersonalen.

Bristande information

Begreppet ”akut vård”, vilket används på många ställen i 1177 Vårdguiden, motsvarar ”omedelbar vård”⁶. Propositionen (2007/08:105) klargör att vuxna asylsökande m.fl. *förutom* omedelbar vård även ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort samt smittskyddsvård. Motsvarande gäller för papperslösa personer enligt 2013 års lag och förarbeten (prop. 2012/13:109).

Socialstyrelsen har vid genomgången av landstingens webbplatser funnit att informationen om skyldigheten att erbjuda vård som inte kan anstå till papperslösa ofta är svårtillgänglig, inte konsekvent och i flera fall missvisande. Det gäller särskilt informationen om tandvården. Detta är allvarligt och riskerar att leda till att personalen inom hälso- och sjukvården och tandvården nekar patienterna den vård som landstingen är skyldiga att erbjuda dem enligt 2013 års lag.

Det behövs enligt Socialstyrelsen en samlad informationsinsats. Ansvar för att sprida information åligger i första hand respektive vårdgivare och huvudman. Socialstyrelsens webbplats *Vård och omsorg för asylsökande med flera* kommer även att användas för fortsatt vägledning och information.

Användningen av begreppet ”vård som inte kan anstå”

Socialstyrelsens slutsats är att begreppet vård som inte kan anstå inte är förenligt med vårdprofessionernas yrkesetik som innebär att vård ges efter behov och att begreppet inte är anpassat till och medicinskt tillämpligt i sjukvården samt riskerar att äventyra patientsäkerheten. Vad som är vård som inte kan anstå får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren eller tandläkaren.

Det är även viktigt att Inspektionen för vård och omsorg utövar tillsyn över den vård som erbjuds papperslösa och asylsökande.

Ändamålsenlig dokumentation

Det finns enligt Socialstyrelsen inget behov av att ta fram en ny och separat ordning för dokumentation och uppföljning för hälso- och sjukvård och tandvård som ges till papperslösa vuxna personer. Gällande regelverk och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) gäller fullt ut för den hälso- och sjukvård och tandvård som ges till vuxna papperslösa och i konsekvens med det också asylsökande.

Däremot innebär avsaknaden av klar identifiering av dessa patienter en påtaglig svårighet att på ett säkert sätt dokumentera och följa vården över tid.

⁶ *Omedelbar vård* motsvarar vad som också benämns som *akut vård*. I regeringens skrivelse Invandrings- och flyktingpolitiken där det anges att asylsökande ska erbjudas ”akut sjuk- och tandvård samt sådan vård som inte kan anstå” enligt överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet år 1996, (Skr. 1996/97:24, s. 45). I senare referat används skrivningen ”omedelbar vård eller vård som inte kan anstå” (prop. 1993/94:94 s. 55)

Ett antal svårigheter och problem, men även möjliga lösningar har identifierats i diskussionerna med olika myndigheter och SKL.

Identifiering av patienter

Hearing och samråd med myndigheter m.fl. visar att en säkrare identifiering av patienter i vården är en nödvändig förutsättning för att kunna upprätthålla patientsäkerheten. Ett identitetssystem som gör det möjligt att följa en patient genom vårdkedjan behövs för att vårdgivaren bl.a. ska kunna följa upp behandlingsresultat, meddela provresultat och därtill knuten behandling. Det är också avgörande för att tillsynsmyndigheten ska kunna bedöma om vården står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och om en person har fått den vård som landstinget är skyldigt att erbjuda.

Socialstyrelsens utredning och diskussioner med berörda myndigheter och organisationer visar att det idag inte finns några möjligheter att finna en heltäckande lösning på behovet av identifiering av patienter i den aktuella målgruppen. Samordningsnummer eller annat system kommer inte att lösa alla problem i alla situationer, men kan på sikt ge förutsättningar för att stärka patientsäkerheten och informationsöverföring mellan olika myndigheter och andra (t.ex. apotek) för flertalet berörda personerna.

Det främsta hindret för att finna en tillfredsställande lösning är att det finns en uppenbar osäkerhet om papperslösa personer skulle komma att känna förtroende för systemet med registrering av samordningsnummer. Det finns en risk att många väljer att inte använda sig av ett tilldelat samordningsnummer eller inte accepterar ett erbjudande om ett sådant. Redan idag finns det exempel på att papperslösa personer avstår från att söka sjukvård pga. rädsla för att bli utvisade [20].

Det finns behov av information om hälso- och sjukvård riktad mot såväl asylsökande som papperslösa från alla inblandade parter, redan i den initiala processen hos Migrationsverket samt löpande från hälso- och sjukvården. Frivilligorganisationerna har här också en viktig roll.

Samordningsnummer – en framkomlig väg

Samråd med myndigheter m.fl. visar att en systematisk användning av samordningsnummer för samtliga asylsökande synes vara en framkomlig väg för gruppen asylsökande och för dem som i framtiden väljer att gömma sig efter beslut om avslag på ansökan.

För att samordningsnummer ska kunna användas på ett systematiskt sätt för asylsökande och på sikt även papperslösa personer förutsätts att vissa frågor om gränssnitt och inbyggda hinder löses såväl inom Migrationsverket som inom landsting och kommuner.

Det kan i framtiden – beroende på teknisk utveckling på området – bli möjligt att använda metoder för att fastställa en för hälso- och sjukvården acceptabel identitet som är hållbar över tid och sökbar i journalsystem. Detta kan gälla sådana tekniker som fingeravtrycks- eller ögonbottenavläsning.

Den grupp som idag får flest reservnummer är asylsökande och för den gruppen kan samordningsnummer användas.

I ett första skede bör man rikta in sig på det stora flertalet patienter för att på kort tid få effekt i stället för att fokusera på en lösning som ska omfatta alla. För att lösa hanteringen för resterande grupper krävs något slags nationellt reserv-id för att kunna hantera dem i nationella e-tjänster.

Det finns också ett värde i att använda sig av ett ”färdigt” system för id-registrering som kan användas på samtliga samhällsområden eftersom det kan ge synergieffekter vid utvecklingen av användningen av samordningsnummer. Systemet med samordningsnummer är etablerat och kan tas i bruk för gruppen asylsökande under vissa förutsättningar.

Inom Migrationsverket pågår i samarbete med övriga berörda myndigheter en förstudie inför ett eventuellt beslut att gå vidare med frågan kring samordningsnummer och pilotförsök med att rekvirera samordningsnummer till alla som söker asyl och uppehållstillstånd.

På sikt kommer därmed en del av gruppen papperslösa att kunna identifieras med hjälp av samordningsnummer och utgångna LMA-kort.

Däremot finns det för det okända antalet personer som i dagsläget lever som papperslösa ingen möjlighet att använda samordningsnummer för identifiering. För denna grupp återstår att fortsätta att använda reservnummer.

EU-medborgare utan uppehållsrätt eller sjukförsäkring som täcker deras kostnader är en fråga som inte har belysts i denna utredning men där behovet av klargörande är stort.

Fortsatta behov

För de personer som inte kan få samordningsnummer kvarstår ett behov av ett nationellt reservnummersystem.

Behovet av tydlig och korrekt information om landstingens skyldighet att erbjuda vård och omfattningen av vården till den aktuella gruppen är stort och Socialstyrelsen anser att det finns behov av särskilda insatser riktade såväl till den aktuella målgruppen som till vårdgivare och den personal som möter denna grupp patienter.

Frågan om tillgång till hälso- och sjukvård och tandvård för EU-medborgare utan uppehållsrätt eller sjukförsäkring har inte behandlats inom detta uppdrag.

Referenser

1. Papperslösa, Kapitel 8. Social rapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. EG-rätten och socialtjänsten – en vägledning. Socialstyrelsen; 2008.
3. Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet, SOU 2011:48. Betänkande av Utredningen om vård för papperslösa m.fl. 2011:
4. Etisk plattform för prioriteringar i vården, Socialstyrelsen [cited 2014-02-04]; Hämtad från: www.socialstyrelsen.se/effektivitet/resursfordelningochprioriteringar/prioriteringarihalso-ochsjukvarden/etiskplattform
5. Vårdens svåra val, SOU 1995:5, Prioriteringsutredningens slutbetänkande. 1995:
6. Sandman, L, Broqvist, M, Gustavsson, E, Arvidsson, E, Ekerstad, N, Carlsson, P. Vård som inte kan anstå – tolkning i relation till den etiska plattformen och nationella modellen för öppna prioriteringar, Rapport nr 2014:1. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet; 2014.
7. Broqvist, M, Branting Elgstrand, M, Carlsson, P, Eklund, K, Jakobsson, A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård, Reviderad version, 2011:4: Prioriteringscentrum; 2011.
8. Vård och omsorg för asylsökande med flera, Socialstyrelsen [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera>
9. Access to Healthcare for Migrants in an Irregular Situation, FRA Summary Meeting Conclusions, 2 March 2012. FRA, Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights, FRA; 2012.
10. Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd, Cirkulär 13:37, 2013-06-29, Sveriges Kommuner och Landsting. 2013 [cited; Hämtad från: http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=ef5607e6-6968-4fd8-9442-0162c5febd0e&FileName=Cirkul%C3%A4r+H%C3%A4lso+och+sjukv%C3%A5rd+till+personer+som+vistas+i+Sverige+utan+tillst%C3%A5nd.pdf
11. Förslag: Hantering av läkemedelsförskrivning och för personer som vistas i landet utan tillstånd ("Papperslös"). Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
12. Vård i Sverige om man är asylsökande, gömd eller papperslös. 1177 Vårdguiden. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Vard-i-Sverige-om-man-ar-asylsokande/>
13. Tandvård i Sverige om man kommer från annat land. 1177 Vårdguiden. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Tandvard-i-Sverige-om-man-kommer-fran-ett-annat-land/>
14. Hjälpmedel och samhällsstöd vid funktionsnedsättning. 1177 Vårdguiden. [cited 2014-02-04]; Hämtad från:

- <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Hjalpmedel-och-samhallsstod-om-man-har-funktionsnedsattningar/>
15. 101 dagar med utökad rätt till vård för papperslösa - i teorin. Stockholm: Läkare i världen; 2013.
 16. Uppföljning av Lag om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (2013:407). Stockholm: Svenska Röda Korsets vårdförmedling för papperslösa migranter i Stockholm; 2014.
 17. Halvårsuppföljning 1 juli – 31 december 2013 angående Lag (2013:407) Om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Göteborg: Vård för papperslösa Rosengrenska/Röda Korset i Göteborg; 2014.
 18. Personer utan personnummer. En förstudie av hanteringen i vården. Apotekens Service AB; 2013.
 19. Personnummer och samordningsnummer, SOU 2008:60. Betänkande av Folkbokföringsutredningens 2008:
 20. Nkulu Kalengayi, FK, Hurtig, A-K, Ahlm, C, Krantz, I. Fear of Deportation May Limit Legal Immigrants' Access to HIV/AIDS-Related Care: A Survey of Swedish Language School Students in Northern Sweden. *J Immigr Minor Health*. 2012 (14):39-47.
 21. Vård för dig som befinner dig i Sverige utan tillstånd. 1177 Vårdguiden. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Vard-for-dig-som-befinner-dig-i-Sverige-utan-tillstand/>
 22. Patientavgifter (Landstinget Gävleborg). 1177 Vårdguiden. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.1177.se/Gavleborg/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/#section-5>
 23. För personer från andra länder (Kronoberg). 1177 Vårdguiden [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.1177.se/Kronoberg/Regler-och-rattigheter/For-personer-fran-andra-lander-Kronoberg/>
 24. Asylsökande samt papperslösa flyktingar, Avgiftshandboken, flik 28 B, 2013-08-27. Landstinget Sörmland. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: [http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/12026/Flik%2028b%20Asyls%C3%B6kande%20Rev12%20\(2\)%20%20handboken.pdf](http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/12026/Flik%2028b%20Asyls%C3%B6kande%20Rev12%20(2)%20%20handboken.pdf)
 25. Tandvård för asylsökande med flera. Tandvårdsenheten Västra Götalandsregionen. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/Tandvardsenheten/Asylsokande---tandvard1/>
 26. Tandvård för asylsökande, gömda och papperslösa. Landstinget i Jönköping län. [cited 2014-02-04]; Hämtad från: <http://www.lj.se/index.jsf?childId=8061&nodeId=35506&nodeType=12>

Bilaga 1. Vårdprofessionernas konsensusutlåtande

Vårdprofessionernas syn på begreppet "Vård som inte kan anstå"

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd trädde i kraft den 1/7 2013. Ett centralt begrepp i den nya lagen är "vård som inte kan anstå". I lagen anges att personer som fyllt 18 år och som vistas i Sverige utan stöd av myndighetsbeslut eller författning, såsom vuxna papperslösa, har rätt till "vård som inte kan anstå". Samma rätt till sjukvård gäller sedan tidigare för asylsökande.

Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att definiera detta begrepp. En hearing hölls med anledning av detta hos Socialstyrelsen den 2 september 2013. Stor enighet rådde bland de närvarande om svårigheterna att hitta en för hälso- och sjukvårdens och tandvårdens användbar definition. Vi som representerar flera stora vårdprofessioner vill med detta dokument klargöra varför vår åsikt är att begreppet "vård som inte kan anstå" inte är anpassat till och användbart i sjukvården utan införande av nya och enligt oss olämpliga prioriteringsprinciper.

En grundläggande princip för vårdprofessionernas yrkesetik är att vård ges efter behov. Inga andra omständigheter, exempelvis social ställning, etnisk tillhörighet, kön, ålder, hudfärg, sexuell läggning eller juridisk status får inskränka rätten till vård efter behov. Att diskriminera/prioritera utifrån annat än medicinska behov är oetiskt.

PRIORITERINGSPRINCIPER

Riksdagen antog, efter en utredning, 1997 tre principer för hur prioriteringar i vården bör ske. Den överordnade principen är Människovärdesprincipen – alla människors lika värde. Därefter följer Behovs- och solidaritetsprincipen – resurser bör satsas där behoven är störst och den som har störst behov ska gå först. Slutligen följer Kostnadseffektivitetsprincipen – resurser bör användas så att de gör störst nytta. Denna princip är underordnad de två övriga principerna.

Enligt Människovärdesprincipen får vårdgivaren inte välja bort viss typ av vård till en patient enbart utifrån vilken formell juridisk status patienten har. Att alla människor har ett värde som inte låter sig reduceras är grundläggande för de mänskliga rättigheterna. Människovärdet är inte relativt. Att undanhålla viss vård kan därför anses strida mot den av riksdagen antagna överordnade principen för prioritering av vård.

Behovs- och solidaritetsprincipen förutsätter ett medicinskt behov av vård. Detta behov kan vara av varierande grad av angelägenhet. Vård som "kan anstå" kan tolkas som vård utan medicinskt behov eller vård som inte kan prioriteras. Sådan vård, exempelvis elektiv estetisk kirurgi, brukar vanligen inte omfattas av offentlig finansiering och faller därför utanför vårdens vanliga prioriteringsdiskussioner. Denna typ av vård kommer sannolikt även i framtiden att ges på lika villkor även till papperslösa och asylsökande.

PATIENTSÄKERHET

Ur patientsäkerhetsperspektiv måste samma grundläggande krav ställas på all vård. Den ska ske med patientens informerade samtycke och grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Diagnostik och behandling bör ske skyndsamt om det bedöms nödvändigt för den enskilde patienten. Onödigt väntan, bort- eller nedprioritering bör inte förekomma. Att införa juridiska hinder för vård i rätt tid till rätt patient kan äventyra patientsäkerheten och bör därför inte accepteras.

FÖRTROENDE FÖR VÅRDEN

Alla patienter har rätt att förvänta sig en objektiv saklig och professionell bedömning av sina symptom eller sin sjukdom. Den utredning eller behandling som föreslås patienten bör vara utformad enbart utifrån patientens behov. Att även andra hänsyn, exempelvis migrationspolitiska effekter, ska beaktas är olämpligt och skadar förtroendet för vården. Den vårdsökande kommer inte att kunna vara övertygad om att vården behandlar alla lika.

VÅRD SOM KAN ANSTÅ – FINNS DEN?

Begreppet ”kan anstå” är svårt att översätta till medicinsk verklighet. Inom medicinen görs uppdelning i akut och elektiv vård. Med det senare menas vanligen ”planerad vård”. Detta är en vårdinsats som är nödvändig men inte akut och därför kan tidsplanernas. Detta är något annat än ”kan anstå”, vilket ju innebär en förskjutning i tid utan planering av om eller när en vårdinsats kan bli aktuell. Denna typ av prioritering förekommer inte i medicinsk verksamhet idag. Kanske ska ”vård som kan anstå” definieras som onödig eller överflödigt vård och borde i så fall rimligtvis inte ges till någon patient.

En alternativ, men felaktig, översättning av ”kan anstå” med en medicinsk innebörd är begreppet expektans. Expektans, eller avvaktan, innebär att ett symptom eller sjukdomstillstånd har stor sannolikhet att upphöra eller självläka utan aktiva insatser. Expektans kräver dock ofta förnyade kontakter eller annan uppföljning för att försäkra vårdgivaren om att inget ytterligare behöver göras. Expektans används ofta i praktisk sjukvård men kan inte betraktas som synonymt med ”kan anstå” i detta sammanhang.

DIAGNOSLISTOR

I diskussionen har ibland talats om huruvida vissa diagnoser kan vara sådana som ”kan anstå”. Detta synsätt är dock inte grundat på någon djupare kännedom om medicinska sakförhållanden. De flesta diagnoser, inte minst många kroniska sjukdomar, har mycket varierande förlopp och behov av omhändertagande. En diabetespatient kan vid stabila blodsockervärden må utmärkt och inte vara i behov av annat än egenkontroll. Samma patient kan vid gravt störda blodsockernivåer vara i behov av intensivvård på sjukhus. Diagnoslistor saknar därför praktisk användbarhet i detta sammanhang. Om varje diagnos skulle sub-klassificeras i allvarlighetsgrad som i sin tur skulle översättas till grad av ”anstånd” ökar de praktiska svårigheterna med denna typ av listor ytterligare. Vi bedömer inte att diagnoslistor är användbara för att definiera ”vård som inte kan anstå”.

VÅR REKOMMENDATION

Vi föreslår att begreppet tolkas enligt tidigare av riksdagen accepterade prioriteringsprinciper. Detta synsätt står inte i strid med vår yrkesetik och förutsätter inte införande av nya prioriteringsgrupper eller principer. Patienten får vård efter behov, både akut och elektiv vård. Om ett vårdbehov bedöms föreligga bör vård erbjudas på samma villkor för alla. Den statliga utredning som presenterades 2011 kom till slutsatsen att vård bör ges efter behov och på lika villkor. Detta är en väl grundad slutsats utifrån etiska, legala och praktiska utgångspunkter. Vi anser inte att införande av en ny prioriteringsgrupp (vård som inte kan anstå) gagnar patientsäkerheten och förtroendet för vården utan tvärtom riskerar att skapa en sämre och mer godtycklig vård för stora patientgrupper. Begreppet vård som inte kan anstå bör därför inte användas för vård av asylsökande eller sk papperslösa.

20 november 2013

Akademikerförbundet SSR

Farmaciförbundet

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, FSA

IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations)

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, LSR

Optikerförbundet

Riksföreningen för skolsköterskor

SRAT

Svensk Förening för Röntgensjuksköterskor

Svensk Optikerförening

Svensk sjuksköterskeförening

Svenska Barnläkarföreningen

Svenska Barnmorskeförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Logopedförbundet

Sveriges Farmaceuter

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Sveriges Tandhygienistförening, STHF

Sveriges Tandläkarförbund

Vårdförbundet

Vision

Bilaga 2. Sammanfattning av Prioriteringscentrums rapport 2014:1

Kriterier för tillämpning av vård som inte kan anstå

För att tillämpa begreppet, med de i 2013 års lag avsedda begränsningarna – i en konkret situation – behöver ett antal mer specifika kriterier, se nedan, vara uppfyllda. Kriterierna identifieras utifrån de generella förutsättningar som gäller för att erbjuda personer vård inom den svenska hälso- och sjukvården samt de särskilda regler som beskrivs i 2013 års lag och propositionen (2012/13:109).

Vårdbehovskriteriet

Personen har ett vårdbehov – dvs. det finns en skillnad mellan önskvärt och aktuellt tillstånd som kan påverkas med en vårdåtgärd.

Hälso- och sjukvården måste på något sätt konstatera att det finns ett vårdbehov och att det även finns en vårdåtgärd som hälso- och sjukvården bedömer kan påverka det aktuella tillståndet. För att vårdbehovskriteriet ska kunna uppfyllas krävs alltså att den papperslösa personen blir undersökt och bedömd enligt gängse praxis vid varje tillfälle som personen söker vård.

Begränsningskriteriet

Vårdgivaren får begränsa vården till vård som inte kan anstå för personer som inte är folkbokförda i Sverige och som fyllt 18 år. En sådan begränsning bör baseras på överväganden kring:

- Svårighetsgraden hos tillståndet (aktuell ohälsa, risk för framtida ohälsa eller särskilda behov utifrån tidigare övergrepp och trauma).
- Effekten av åtgärden om den ges i nuläget jämfört med om den fördröjs.
- Kostnadseffektiviteten hos åtgärden om den ges i nuläget jämfört med senare.

Papperslösa vuxna personer ska enligt 2013 års lag inte ges tillgång till alla de vårdåtgärder som finns tillgängliga, även om det finns ett konstaterat vårdbehov. Vård som inte kan anstå ska visserligen ses som en utvidgning av begreppet omedelbar vård, men samtidigt tydliggörs i 2013 års lag att pap-

perslösa vuxna personer endast ska få ta del av vissa delar av svensk hälso- och sjukvård och tandvård.

Det utökade ansvarskriteriet

När begreppet vård som inte kan anstå tillämpas bör vårdgivaren utgå från att patienten förväntas vara i Sverige en begränsad tid, men bör samtidigt väga in vad som kommer att hända med patientens möjlighet att få vård efter att denna lämnat landet.

Det begränsade ansvarskriteriet

När begreppet vård som inte kan anstå tillämpas bör vårdgivaren utgå från att patienten förväntas vara i Sverige en begränsad tid och behöver inte väga in vad som kommer att hända med patientens möjlighet att få vård efter att denna lämnat landet.

Vårdgivarens ansvar för att väga in vad som kommer att hända med patientens möjlighet att få vård när hon eller han inte längre vistas i Sverige är oklart.

Det finns två olika tolkningar. I den ena har vårdgivaren ett ansvar för att väga in vad som kommer att hända med patientens möjlighet att få vård när hon eller han inte längre vistas i Sverige (utökat ansvar). Här kan det uppstå informationsproblem när vårdgivaren ska skaffa information om huruvida de vårdåtgärder som är aktuella finns tillgängliga generellt i det land personen kommer att vistas i och om de är tillgängliga för den aktuella personen. I den andra tolkningen (begränsat ansvar) finns inget sådant ansvar.

Ytterligare ett problem kan vara att propositionen (2012/13:109) utgår från att de som omfattas av 2013 års lag endast vistas tillfälligt i Sverige, men erfarenheter visar att papperslösa personer kan vistas här långvarigt.

Prioriteringscentrums etiska analys och bedömning

En analys av begreppet vård som inte kan anstå och de kriterier, vårdbehovs-, begränsnings- och ansvarskriterierna, som ovanstående tolkning av 2013 års lag leder fram till görs nedan utifrån den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Det är en teoretisk analys där fokus för analysen är på hur begränsningskriteriet och de båda ansvarskriterierna i dess två olika tolkningar kan relateras till den etiska plattformens tre olika principer:

- människovärdesprincipen,
- behovs- och solidaritetsprincipen,
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Vårdbehovskriteriet är givet, då begreppet vård som inte kan anstå endast är tillämpligt för personer med vårdbehov och där det finns en åtgärd som kan påverka tillståndet.

Människovärdesprincipen

Den etiska plattformens människovärdesprincip medför att prioriteringar inom vården ska utgå från att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Endast relevanta aspekter får vägas in vid prioritering av vård i Sverige. Relevanta aspekter specificeras i behovs- och solidaritets- respektive kostnadseffektivitetsprincipen.

När det gäller *begränsningskriteriet* finns två aspekter som strider mot människovärdesprincipen. Den första är att personer under 18 år ges tillgång till samma vård som personer bosatta och folkbokförda i Sverige vilket inte gäller för vuxna. Den andra är att vården kan begränsas utifrån huruvida personen är folkbokförd i Sverige eller inte. Det förefaller vara otillåten hänsyn till kronologisk ålder respektive nationalitet och juridisk status.

Vad gäller *det begränsade ansvarskriteriet* behöver vårdgivaren inte ta hänsyn till vare sig möjligheten för patienten att få nödvändiga vårdåtgärder efter att ha lämnat Sverige eller osäkerheten kring när patienten de facto kommer att lämna Sverige. I det fallet begränsas vården mer än när det gäller det utökade ansvarskriteriet.

Vad gäller *det utökade ansvarskriteriet* överensstämmer denna tolkning därför bättre med människovärdesprincipen, även om det i vissa fall kan bli osäkra bedömningar om vilken vård patienten kan erhålla efter att denna lämnat Sverige.

Sammantagen bedömning är att även om *det utökade ansvarskriteriet* överensstämmer med och tillåter hänsyn till den etiska plattformens människovärdesprincip, eftersom den i mindre grad förefaller begränsa vården utifrån faktorer som är etiskt irrelevanta, strider *begränsningskriteriet* mot människovärdesprincipen då den begränsar vården för papperslösa vuxna personer utifrån etiskt irrelevanta aspekter.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Den etiska plattformens behovs- och solidaritetsprincip anger att resurserna i första hand bör fördelas till de områden där vårdbehoven är störst. Målet är god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, ett jämlikt utfall och så jämlika möjligheter som möjligt när det gäller hälsa. Begränsningar i vården som görs med hänvisning till tillståndets svårighetsgrad är i linje med behovs- och solidaritetsprincipen. *Begränsningskriteriet* medför att vårdgivaren begränsar den vård som ska ges även utifrån andra principer på så vis att den som är folkbokförd erhåller vård även vid mindre svåra tillstånd vilket inte är fallet med den som är papperslös.

Med *det begränsade ansvarskriteriet* är det möjligt för vårdgivaren att avstå från att ge vård om vården inte kommer att ge nytta i tillräcklig utsträckning medan personen är i Sverige.

Med *det utökade ansvarskriteriet* medför behovs- och solidaritetsprincipen att det är möjligt för vårdgivaren att avstå från att ge vård om vården inte kommer att ge nytta i tillräcklig utsträckning medan personen är i Sverige och inte kommer att få tillgång till en fortsättning av denna vård när personen lämnat landet.

Problemet med osäkerheten om vilken tidsrymd personen de facto kommer att befinna sig i Sverige finns i båda tolkningarna. För en person som blir kvar under en längre tid i landet kanske de insatser som behövs, hinner göras i Sverige och ge nytta i tillräcklig utsträckning för att vara motiverade.

Sammantagen bedömning är att begränsningskriteriet motverkar möjligheterna för vård på lika villkor och att ansvarskriteriet gör att den person, som bedöms ha möjligheter att stanna kvar i landet, kommer ha större möjligheter att få vård, än den som bedöms bli utvisad eller avvisad inom en snar framtid.

Utifrån behovs- och solidaritetsprincipen finns det i 2013 års lag en motsägelse när det gäller svårighetsgrad i förhållande till begränsningskriteriet då 2013 års lag anger att vissa vårdformer omfattas utan begränsningar. Detta gäller bl.a. mödrahälsovård, vård till tortyroffer och hjälpmedel i samband med funktionshinder.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Den etiska plattformens kostnadseffektivitetsprincip medför att vårdgivaren bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt.

Huruvida vård till papperslösa personer är kostnadseffektiv eller inte beror på vilka effekter den bedömda vården har och hur kostnaderna för vården ser ut. Något som skulle kunna påverka kostnadseffektiviteten hos en åtgärd riktad till denna grupp jämfört med om samma åtgärd riktas till andra grupper är möjligheten att slutföra behandlingen och därmed uppnå avsedd effekt.

När det gäller kostnadseffektivitetsprincipen förefaller det *utökade ansvarskriteriet* implicera att fler åtgärder skulle bedömas som kostnadseffektiva än med det begränsade kriteriet, eftersom en svensk vårdgivare har möjlighet att ställa sina kostnader i relation till vad som händer med personen efter att denne lämnat Sverige och inte endast behöver ta hänsyn till vad som händer medan personen befinner sig i landet.

Sammantagen bedömning är att begränsningskriteriet strider mot människovärdesprincipen, dels på grund av att personer under 18 år ges full tillgång vård inte gäller de som är 18 år eller äldre, dels att vården begränsas utifrån huruvida personen är folkbokförd i Sverige eller inte.

Begränsningar i vården som görs med hänvisning till tillståndets svårighetsgrad är i linje med behovs- och solidaritetsprincipen. Begränsningskriteriet medför dock att vårdgivaren begränsar den vård en även utifrån andra principer.

Det begränsade ansvarskriteriet framstår som problematiskt utifrån den etiska plattformen. Den snävar in i vilken utsträckning vårdgivaren behöver ta hänsyn till det som enligt plattformen är relevanta faktorer, dvs. svårighetsgrad, effekt och kostnadseffektivitet.

Både det begränsade och det utökade ansvarskriteriet ger upphov till etiska tveksamheter utifrån den etiska plattformen för prioriteringar. Dock förefaller det som att det utökade ansvarskriteriet, där vårdgivaren bör ta hänsyn till vad som händer med personen även efter att hon eller han lämnat Sverige, är något mindre etiskt problematiskt och därmed tillämpligt.

Tillämpning av den nationella modellen

I Socialstyrelsens uppdrag till Prioriteringscentrum ingick även att undersöka om den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård [7] skulle kunna användas som ett stöd för tillämpning av begreppet vård som inte kan anstå.

I propositionen framgår att även personer i den aktuella målgruppen har rätt att omfattas av den öppna kring prioriteringar som gäller för folkbokförda personer (prop. 2012/13:109, s. 39).

Genom att tydliggöra hur begränsningen av vård som inte kan anstå skulle kunna konkretiseras utifrån den nationella modellen diskuteras nedan dess användbarhet för t.ex. beslutsfattare som har för avsikt att analysera etiska konsekvenser av sina prioriteringar. Eftersom begreppet vård som inte kan anstå inte är förenligt med den etiska plattformens människovärdesprincip kommer detsamma att gälla vid tillämpning av den nationella modellen.

Svårighetsgrad

Bedömning av svårighetsgrad omfattas i nationella modellen av en sammantagen bedömning av såväl aktuell som risk för framtida ohälsa samt varaktigheten av tillstånd med graderingen ”liten”, ”måttlig”, ”stor” och ”mycket stor”.

I proposition (2012/13:109) används begreppen ”allvarliga” i samband med vård som inte kan anstå, vilket kan tolkas som att vården inte gäller alla svårighetsgrader utan att en avgränsning har gjorts. Tillstånd med aktuell eller en framtida liten eller måttlig svårighetsgrad skulle alltså inte bli aktuella för åtgärd när det gäller papperslösa.

I beskrivningen av modellen finns inte några tidsbegränsningar angivna för vilken framtida ohälsa som ska beaktas i bedömningen av svårighetsgrad, avseende när i tid den ohälsan kan tänkas inträffa. Om det utökade ansvarskriteriet tillämpas vid bedömning av svårighetsgrad skulle risk för framtida ohälsa bedömas utan tidsgräns, oavsett om den förväntas infalla under den tid den papperslösa befinner sig i Sverige eller inte. Detta alternativ ligger mer i linje med hur prioriteringar sker med hjälp av den nationella modellen i andra sammanhang.

Patientnytta

I den nationella modellen finns inte en lägsta nivå för accepterad nytta angiven, så länge det finns effekt.

De åtgärder som inkluderas i vård som inte kan anstå ska ha så god effekt att tillståndet inte längre är allvarligt eller riskerar att bli allvarligt och att

tillståndet efter insatsen mer är att betrakta som måttligt eller med liten svårighetsgrad eller att patienten är återställd.

Det finns en tydlig skillnad mellan papperslösa och folkbokförda personer, där åtgärder med mindre effekt enligt proposition alltid bör ransoneras för papperslösa personer, medan en motsvarande ransonering för folkbokförda endast bör ske vid en uppkommen resursbrist.

När de gäller bedömning av patientnytta/effekt av åtgärd vid förutsättningen att hänsyn inte behöver tas till om det finns tillgång till vård då den papperslösa lämnat Sverige (det snäva ansvarskriteriet) så blir kraven högre på att åtgärden ska ge effekt i närtid än om möjlig framtida vård får vägas in.

Det utökade ansvarskriteriet är relativt okomplicerat för den typ av åtgärder där effekt uppstår omedelbart eller då den i och för sig är utdragen men där evidensen är hög för god effekt på längre sikt. Vid vårdåtgärder som kräver insats över tid blir dock osäkerheten större.

I nationella modellen finns inte någon vägledning i hur bedömningar bör göras när det finns en osäkerhet i om vårdåtgärden kommer att kunna fullföljas. Dessutom går det ofta inte att med säkerhet bedöma den framtida effekten av en åtgärd på individnivå, vilket gör det svårt att avgöra nyttan även om tidsgränsen för en viss individ är känd.

Kan den nationella modellen ge vägledning?

För att konstatera om en person lider av ett allvarligt tillstånd är det antagligen ett mindre problem att konstatera om tillståndet har en aktuellt stor eller mycket stor svårighetsgrad. Dock uppstår bedömningssvårigheter när det gäller att avgöra hur stor risk en person har att utveckla ett mer allvarligt tillstånd om hon eller han inte i nuläget har ett allvarligt tillstånd.

För de flesta insatser är det sällan möjligt att i förväg säkert bedöma utvecklingen av svårighetsgrad och effekt av en åtgärd på individnivå. En bedömning att avstå från preventiv vård baseras oftast på möjligheten att kunna göra uppföljande undersökningar, eller att patienten kan söka på nytt så snart tillståndet förefaller förvärras. Den möjligheten är normalt mer osäker när det gäller en papperslös person.

Begränsningskriteriet kan implicera att för att inkluderas i vård som inte kan anstå ska effekten på ett specificerat tillstånd (en sjukdom eller ett mer avgränsat symptom eller funktionshinder) av den åtgärd som sätts in åtminstone vara måttlig.

En liten effekt kommer att ha små möjligheter att göra skillnad för att påverka ett allvarligt eller potentiellt allvarligt tillstånd i jämförelse med att inte göra någonting och därmed inte heller göra någon större skillnad i jämförelse med att anstå med vård.

I normalfallet följer vårdgivaren upp patienten för att bedöma om behandlingen ger tillräcklig effekt eller om behandlingen behöver justeras. En sådan uppföljning kan i fallet med papperslösa personer vara besvärlig eller omöjlig att genomföra. En papperslös person har dessutom ofta begränsade ekonomiska resurser för att skaffa sig läkemedel som krävs för att fullfölja behandlingen.

Vården till papperslösa kommer sannolikt i ringa utsträckning att innebära en undanträngning av vård till folkbokförda personer (SOU 2011:48; prop. 2012/13:109) och därmed inte utgöra något problem ur ett sådant rättviseperspektiv. Det förefaller rimligt att endast väga in kostnadseffektiviteten i de fall när det rör sig om kostsamma åtgärder med liten effekt i enlighet med anvisningarna i den nationella modellen för öppna prioriteringar.

Om bedömningen av vilken vård som inte kan anstå görs beroende av vilken fortsatt vård och uppföljning personen kan få tillgång till i ett annat land, kan tidigare ojämlikhet när det gäller hälsa mellan papperslösa personer förstärkas vilket i sin tur förefaller vara i strid med solidaritetsaspekten.

Intervjuer om tillämpning av begreppet

Prioriteringscentrum, Linköpings universitet har i sin rapport till Socialstyrelsen även redovisat intervjuer med vårdpersonal och vårdansvariga i några olika landsting [6]. Några exempel redovisas här.

Flera frågetecken finns kopplade till tolkningen av begreppet vård som inte kan anstå. Begreppet omedelbar/akut vård tycks leva kvar i praxis och begreppet vård som inte kan anstå tolkas som att det endast är akuta vårdbehov som ska åtgärdas:

Jag tänker inte på vad som "kan eller inte kan anstå" utan på om det är akut eller ej. Och sen tänker jag nog att vi åtminstone måste behandla så långt att patienten kan stå på egna ben. (Psykiater)

Situationer som kan förefalla mindre problematiska när det gäller vård av papperslösa tycks gälla just beslut om vård i akuta skeden, men huruvida något anses vara akut eller inte, har inte nödvändigtvis någon koppling till svårighetsgraden hos tillståndet:

Här på akuten får alla papperslösa som söker vård en bedömning och erbjuds den vård som krävs för att åtgärda det akuta tillståndet. (Akutläkare)

I intervjuerna framkommer det exempel på insatser som antagligen får anstå som inte avser akuta insatser och där svårighetsgraden bedöms som liten både i nuläget och i framtiden:

Exempel på åtgärder vård som kan anstå är: Par som söker hjälp för barnlöshet. Personer som söker hjälp för lindriga hormonstörningar som t.ex. kan yttra sig som ökad behåring. Tillstånd med kraftig mens eller lätta framfallsbesvär. I båda fallen bedömer man att sannolikheten att tillståndet ska utvecklas till något allvarligt under de närmaste åren är mycket liten. (Chef Kvinnosjukvård)

En viktig fråga är när det är motiverat att sätta in behandling som det inte är möjligt att följa upp om behandlingen är förknippad med möjliga biverkningar av mer allvarlig karaktär. Dessa beslutssituationer förefaller mer komplicerade. Ett exempel som kan belysa detta kommer från en läkare som tvingas välja en kortare tid för behandling på grund av forskrivningsregler:

En ung patient med misstänkt MS fick behandling för ett år framåt. (Allmänläkare)

Trots en osäkerhet kring vilken behandling personen kan komma att få i sitt hemland kan läkaren känna sig tvingad – även vid tillstånd som potentiellt har stor till mycket stor svårighetsgrad – att göra någon form av avgränsning:

För en patient med diabetes tar jag hand om det basala. Ögonbottenfoto m.m. kan få vänta tills det är klart om patienten får stanna. (Allmänläkare)

Eftersom det kan vara osäkert om patienten kan få tillgång till nödvändig vård i det land hon eller han kommer till kan det upplevas motiverat att genomföra och till och med påskynda en vårdåtgärd medan personen befinner sig i Sverige om det skulle kunna påverka sjukdomsprognosen på ett positivt sätt.

Många av dessa patienter hävdar att de diskrimineras i sitt hemland eller att de inte kan få vård p.g.a. de höga kostnaderna. Om jag bedömer vårdbehovet som mycket angeläget skickar jag remiss med information om hotande avvisning och önskan om snabb handläggning. (Allmänläkare)

Vårdpersonalen upplever stress av att behöva göra dessa bedömningar kring vilken vård som kan anstå och i många fall känner sig osäkra kring huruvida den bedömning de gjort var den rätta. Det finns vårdgivare som försöker skjuta ifrån sig avgränsningsproblematiken genom att överlämna detta till någon annan - som en allmänläkare uttrycker det:

”När jag remitterat en patient lämnar jag över problemet med att dra en gräns till nästa instans.” (Allmänläkare)

Bilaga 3. Vägledning på internet

Socialstyrelsen sökte, inom ramen för uppdraget, igenom webbplatser på internet för att se vilken information om 2013 års lag och vilken vård som ska erbjudas som är publicerad. Därefter har denna information analyserats i förhållande till förarbeten till 2013 års lag.

Information om vård till gruppen papperslösa är spridd på ett antal olika webbsidor och är inte helt lättillgänglig men kan nås genom sökning på t.ex. begreppet ”papperslös”.

Sidor som alla landsting har publicerat på 1177 Vårdguiden är: Vård i Sverige om man är asylsökande, gömd eller papperslös [12]; Tandvård i Sverige om man kommer från annat land [13] samt Hjälpmedel och samhällsstöd vid funktionsnedsättning [14]. Nedan redovisas kort dessa webbsidors innehåll under rubrik för respektive webbsida.⁷

Gemensamma webbsidor

Vård i Sverige om man är asylsökande, gömd eller papperslös

Detta är en webbsida med fokus på avgiftsfrågor. Ingen särskild information om vilken omfattning av vården som avses ges på sidan.

Under rubriken Avgift för läkarvård står ”... vuxen asylsökande, gömd och papperslös ... får ... sjukvård och tandvård som man inte kan vänta med. Det gäller också mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning.”

Hjälpmedel och samhällsstöd vid funktionsnedsättning

Webbsidan informerar om att asylsökandes rätt till vård som inte kan anstå inkluderar hjälpmedel, men saknar motsvarande information om papperslösa.

Den gemensamma webbsidan om tandvård redovisas nedan under rubriken Tandvård som inte kan anstå.

Enskilda landstings information

Stockholms läns landsting har utöver ovanstående sidor en egen webbsida: Vård för dig som befinner dig i Sverige utan tillstånd [21] på 1177 Vårdguiden. På denna finns även informationsmaterial i form av broschyrer i pdf-format Svensk lag ger personer som saknar tillstånd att vistas i Sverige (papperslösa) rätt till vård med text på svenska och sex främmande språk⁸. I de engelska, spanska och ryska broschyrerna har begreppet ”vård som inte kan vänta” getts översättningar som motsvarar akut vård (emergency/urgencia), snarare än vård som inte kan anstå.

⁷ Det finns även en webbsida, Vård av personer från andra länder, som endast har allmän information och över huvud taget inte tar upp grupperna asylsökande och papperslösa och deras möjligheter till vård som inte kan anstå.

⁸ Arabiska, engelska, monogliska, persiska, ryska och spanska

På webbsidan beskrivs också vad som avses med vård som inte kan vänta (anstå) som t.ex. ”akuta besvär, kronisk sjukdom, oro och svår ångest eller svår smärta.”

För Landstinget Gävleborg innehåller webbsidan Patientavgifter [22] ett avsnitt om papperslösa som inte återfinns i 1177 Vårdguiden för andra landsting. Denna sida innehåller information om vilken vård som omfattas ”inte bara akut vård utan även vård och behandling av sjukdomar och skador som kan riskera att få svåra följder för patienten om de inte behandlas.”

Landstinget Kronoberg har också en webbsida – För personer från andra länder [23] – som andra landsting inte har publicerat. Denna innehåller mycket kortfattad information.

Landstinget Sörmland har beslutat att sedan 1 januari 2012 ge asylsökande och papperslösa som stadigvarande uppehåller sig i Sörmland samma rätt till sjukvård, tandvård samt rehabilitering och hjälpmedel som för folkbokförda personer. Avgifterna som anges för asylsökande överensstämmer i stort med förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd [24].

Information om denna utvidgade rätt till vård återfinns dock inte på 1177 Vårdguiden för Landstinget Sörmland.

Tandvård som inte kan anstå

Webbsidan Tandvård i Sverige om man kommer från annat land

I den allmänna information som denna webbsida [13] på 1177 Vårdguiden – gemensam för alla landsting – innehåller inledningsvis ges en definition av begreppet akut: ”Med akut tandvård menas tandvård som inte kan vänta tills man kommer hem igen.”

Under rubriken Barn och ungdomar anges vilka barn som har rätt till fri tandvård, men det framgår inte att detta omfattar asylsökande och papperslösa barn.

Under rubriken Asylsökande fastställs att asylsökande har rätt till akut tandvård och får betala för akut tandvård. Här ges också ett exempel på vad detta kan vara som en inflammation i en tand. Tandvård som inte kan anstå nämns inte.

Vidare ges informationen att asylsökande barn får tandvård på samma villkor som andra barn, men det saknas motsvarande information om papperslösa barns rätt till tandvård på samma villkor.

Papperslösa personer nämns först under en egen rubrik Flyktingar som gömmer sig, där det endast konstateras att de har rätt till akut tandvård. För papperslösa barn och unga beskrivs rätten till ”tandvård som andra barn” kortfattat – dvs. ”utan att betala för den”.

EU-medborgare och tandvård

Informationen på webbsidan om EU-medborgare klargör att de som inte har EU-kort ska betala den fulla kostnaden.

Om man inte har vare sig EU-kort eller ett provisoriskt intyg med sig betalar man själv hela vårdkostnaden. När man kommer hem igen kan man söka ersättning i sitt hemlands socialförsäkringssystem för sina kostnader. Då krävs att man kan visa kvitto på betalningarna [13].

Västra Götalandregionens information om tandvård

Tandvårdsenheten i Västra Götalandsregionen har på sin webbplats information om Tandvård för asylsökande med flera. På sidan redovisas i en faktaruta exempel på vad omedelbar tandvård och tandvård som inte kan vänta kan vara.

- Akuta, infektiösa tillstånd i tänderna och deras omgivning.
- Svåra smärttillstånd och traumatiska tandskador som kräver omedelbart omhändertagande.
- Temporär protetisk ersättning vid förlust av en eller flera tänder i samband med trauma. Exempelvis när akutbehandling eller trauma medfört tandlucka i framtandsområdet.
- Sekundära kariesangrepp i anslutning till kron- eller brokonstruktioner bör behandlas om konstruktionen annars kan äventyras.
- Fastsättning av lossnad krona, lagning av avtagbar protes samt ersättning av sådan protes som gått förlorad eller skadats så att den inte kan lagas, bör även ingå i ersättningsberättigad vård under förutsättning att protesen kan anses absolut nödvändig från estetisk och funktionell synpunkt för den vårdsökande.
- Vid akuta fall med pulpaskada eller osteit bör lämpligheten av rotbehandling eller extraktion prövas varvid indikationerna för extraktion vidgas [25].

Landstinget Jönköpings information om tandvård

Landstinget i Jönköping har även en webbsida [26] med liknande innehåll där det ges information om att ”landstingens ansvar för dessa patienter omfattar dock endast tandvård som inte kan anstå. Med denna avses akuta, infektiösa tillstånd i tänderna och deras omgivning, svåra smärttillstånd av varierande orsak samt traumatiska tandskador av sådan natur att de kräver omedelbart omhändertagande. Angående akuta fall med pulpaskada eller osteit är informationen identisk med den i Västra Götalandsregionen.

Bilaga 4. Diskussioner om samordningsnummer

Utifrån de resonemang som fördes i utredningens om vård för papperslösa m.fl. betänkande (SOU 2011:48) om möjligheten av att använda det befintliga systemet med samordningsnummer som alternativ till personnummer och folkbokföring valde Socialstyrelsen att i samråd med berörda myndigheter och SKL m.fl. undersöka möjligheten av att använda samordningsnummer för identifiering av papperslösa i hälso- och sjukvården och tandvården.

Socialstyrelsens erfarenheter från samråd med olika myndigheter om en systematisk användning av samordningsnummer redovisas här något utförligare.

Samordningsnummer

Inom ramen för Etableringsreformen (lagen (2010:97) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare) beslutade Skatteverket, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Migrationsverket den 16 november 2010 om en Avsiktsförklaring om användande av samordningsnummer till alla berörda migranter⁹.

I denna förklaring nämndes att Migrationsverket ska kunna beställa samordningsnummer för asylsökande personer så snart Skatteverket kunde tillhandahålla en elektronisk tjänst för ändamålet. Denna tjänst är sedan en tid tillgänglig. Inom ramen för denna samverkan finns i dagsläget ett principbeslut att tilldela samtliga asylsökande samordningsnummer, men det har ännu inte realiserats.

Olika nationella e-tjänster inom vården är under införande och frågan om användning av reservnummer för personer utan de vanliga personnumren har blivit mer aktuell. Center för eHälsa i samverkan, CeHis har låtit göra en kartläggning av nuläget där det konstateras att inget befintligt system är användbart nationellt för vårdens behov. Det är endast för de patienter som kan identifiera sig som dokumentation av vården på ett säkert sätt kan hållas ihop. För gruppen som inte vill identifiera sig finns inget sätt att säkert återanvända ett reserv-id [18].

Socialstyrelsen konstaterade i samverkan med Migrationsverket och Skatteverket att behov av att systematiskt använda samordningsnummer förutom inom hälso- och sjukvård finns på flera områden som berör migranter såsom Etableringsreformen, socialtjänsten (bl.a. ensamkommande barn), skolan och Eurostat.

⁹ Arbetsförmedlingen, Dnr. AF-2010/372020

Utifrån olika uppdrag, ansvarsområden och behov har ett antal berörda myndigheter m.fl.¹⁰ analyserat och belyst förutsättningarna för en systematisk användning av samordningsnummer och diskuterat möjliga lösningar. Det pågår nu på flera håll diskussioner om användning av samordningsnummer för asylsökande m.fl.

Skatteverket har 2013-10-24 fått uppdrag av regeringen (Fi2013/3831) att bl.a. se över reglerna för samordningsnummer utifrån risken för missbruk och att särskilt analysera förutsättningarna för att införa en begränsad giltighetstid för samordningsnummer. Hur detta eventuellt kan påverka olika initiativ och utveckling kan inte bedömas nu.

Ett antal svårigheter och problem, men även möjliga lösningar har identifierats i diskussionerna med olika myndigheter och SKL.

Analys

Om samtliga asylsökande tilldelas ett samordningsnummer kan detta nummer anges på de s.k. LMA-korten. Dessa kort har blivit svårare att förfalska och således har en högre säkerhetsgrad, men LMA-kort är inte godkända som id-kort.

Det krävs idag att personer som hämtar receptbelagda mediciner på apotek ska kunna identifiera sig. Detta gäller särskilt för narkotikaklassade läkemedel. För att kunna hantera e-recept krävs person- eller samordningsnummer. LMA-kort används för identifiering inom t.ex. apotekens verksamhet.

Utformas LMA-korten med samordningsnummer framstår de som något säkrare och kan troligen – enligt Läkemiddelsverket och Apotekens Service AB (eHälsomyndigheten) – godtas som ”good enough”. Det kräver förordningsändring.

LMA-korten har en giltighetstid av tre månader. Därefter måste de förnyas. Ett utgången LMA-kort skulle kunna ha ett värde som reserv id-kort. Att det är utgången indikerar också för vårdpersonalen att det faktiskt är en papperslös.

Om samordningsnummer väljs som identifieringsform för den i dagsläget stora gruppen som redan lever i Sverige som papperslösa förutsätts att hälso- och sjukvården skulle behöva få rätt att rekvirera tilldelning av samordningsnummer. Det skulle kräva författningsändring i 5-6 §§ folkbokföringsförordningen (1991:749) eftersom endast statliga myndigheter och vissa utbildningsinstitutioner har denna rätt.

Detta skulle troligen – eftersom identiteten sak vara säkerställd för att utfärda samordningsnummer – förutsätta att de papperslösa personerna visade upp ett giltigt pass eller ID-kort för vårdpersonalen samt att personalen kan avgöra vem som är papperslös och inte – t.ex. EU-medborgare eller turist.

Som ett alternativ har möjligheter att bygga upp ett nationellt system för identifiering enbart för hälso- och sjukvården, tandvården och apoteken och läkemedelshanteringen diskuterats. Av en genomförd kartläggning framgår

¹⁰ Migrationsverket, Skatteverket, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Smittskyddsinstitutet (numera Folkhälsomyndigheten), Apotekens Service AB (nuv. eHälsomyndigheten), Läkemiddelsverket, Inspektionen för vård och omsorg och Sveriges Kommuner och Landsting och Center för eHälsa i samverkan (CeHis)

att det att det inte finns något befintligt system som är användbart på nationell nivå [18].

Kostnaderna för att anpassa befintliga system hos vårdgivare till användning av ett separat, nationellt system som kan användas för papperslösa patienter antas dock (bl.a. av CeHis) bli mycket stora. Då gruppen papperslösa patienter är en mycket liten del av de sammanlagt 64 miljoner vårdkontakter som vården har årligen är det inte motiverat att utveckla ett separat system för denna grupp.

Det främsta hindret för att finna en tillfredsställande lösning är att det finns en uppenbar osäkerhet om papperslösa personer skulle komma att känna förtroende för systemet med registrering av samordningsnummer. Det finns en risk att många väljer att inte använda sig av ett tilldelat samordningsnummer eller inte accepterar ett erbjudande om ett sådant.

Rädslan för att polisen är informerad eller har tillgång till registret med samordningsnummer riskerar att avhålla personer som lever som papperslösa att använda sig av/visa upp sitt samordningsnummer.

Om vården kräver id-kort och registrering för vård finns risken att man försvårar tillgången till vården för vissa papperslösa.

Bedömning

De förda diskussionerna mellan inblandade myndigheter, SKL och CeHis ledde fram till följande bedömning.

En systematisk användning av samordningsnummer för samtliga asylsökande synes vara en framkomlig väg för gruppen asylsökande och för dem som i framtiden väljer att gömma sig efter beslut om avslag på ansökan.

Den grupp som idag får flest reservnummer är asylsökande och för den gruppen kan samordningsnummer troligen användas. På sikt kommer därmed en del av gruppen papperslösa att kunna identifieras med hjälp av samordningsnummer och utgångna LMA-kort.

Om samordningsnummer ska kunna användas för dem som redan idag lever som papperslösa och för dem som i framtiden vistas i landet utan att ansöka om asyl eller uppehållstillstånd, måste ett system för att tilldela denna grupp samordningsnummer och någon typ av id-kort byggas upp.

Det bedömdes sammantaget vara helt realistiskt att vårdgivare och deras personal ska kunna rekvirera samordningsnummer och utfärda någon form av id-kort. Det är inte möjligt att utveckla ett system som innebär att hälso- och sjukvården vid samtliga vårdgivare där papperslösa patienter kan förväntas söka vård ska kunna rekvirera samordningsnummer.

För att samordningsnummer ska kunna användas på ett systematiskt sätt för asylsökande och på sikt även papperslösa personer förutsätts att vissa frågor om gränssnitt och inbyggda hinder löses såväl inom Migrationsverket som inom landsting och kommuner.

Det kan i framtiden – beroende på teknisk utveckling på området – bli möjligt att använda metoder för att fastställa en för hälso- och sjukvården acceptabel identitet som är hållbar över tid och sökbar i journalsystem. Detta kan gälla sådana tekniker som fingeravtrycks- eller ögonbottenavläsning.

I ett första skede bör man rikta in sig på den stora massan patienter för att på kort tid få effekt i stället för att fokusera på en lösning som ska omfatta alla. För att lösa hanteringen för resterande grupper krävs något slags nationellt reserv-id för att kunna hantera dem i nationella e-tjänster.

Under förutsättning att Migrationsverket i samarbete med övriga berörda myndigheter efter pilotförsök beslutar att rekvirera samordningsnummer till alla som söker asyl och uppehållstillstånd kan detta fungera som id-nummer för asylsökande m.fl.

Däremot finns det för det okända antalet personer som i dagsläget lever som papperslösa ingen möjlighet att använda samordningsnummer för identifiering. För denna grupp återstår att fortsätta att använda reservnummer.