

BARRIÄRER TILL VÅRD FÖR MIGRANTER I SÅRBARA SITUATIONER



Sammanfattning

Denna rapport, sammanställd av Läkare i Världen med finansiering från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm, kartlägger barriärer till vård för grupper som EU-migranter utan sjukförsäkring, papperslösa, asylsökande och andra skyddssökande migranter i Region Stockholm. Rapporten baseras på en treårig undersökning med uppsökande arbete, individuella samtal med personer ur målgrupperna och samarbete med vårdpersonal och civilsamhället.

Rapporten identifierar omfattande psykisk ohälsa: Migrationsstress, depression och ångesttillstånd är vanligt förekommande. Den psykiska ohälsan ökar i den osäkra livssituationen och rädslan för myndigheter och utvisning. Inom området sexuell och reproduktiv hälsa är behoven stora, exempelvis har stöd kring graviditet, preventivmedel och abort varit centralt. Trots att många har rätt till subventionerad vård möter dessa grupper stora hinder för att erhålla den vård de har rätt till.

Identifierade barriärer inkluderar juridiska och administrativa hinder, samt digitalisering och individuella faktorer som till exempel språkkunskaper, rädsla

för myndigheter och ekonomiska begränsningar. Digital exkludering är särskilt betydande då målgrupperna inte kan boka vårdtider digitalt eller få tillgång till journaler via 1177 och andra plattformar.

För att möta dessa utmaningar föreslår rapporten ett antal konkreta åtgärder: att målgrupperna nås där de befinner sig genom uppsökande arbete och förtroendeskapande kontakter; att vårdpersonal utbildas i rätten till vård; att digitala system och administrativa rutiner anpassas för personer utan svenskt personnummer; samt att ekonomiska hinder, exempelvis resekostnader till vårdbesök och avgifter för preventivmedel, minskas. Rapporten betonar även vikten av att förbättra tillgången till vård inom sexuell och reproduktiv samt psykisk hälsa.

Utan sådana åtgärder riskerar målgrupperna fortsatt exkludering från vård, med allvarliga konsekvenser för individer såväl som för folkhälsan. Det innebär även ökade samhällskostnader, eftersom vården tenderar att bli dyrare när patienter väntar med vård fram till dess att hälsotillståndet är så allvarligt att akutvård krävs.

Titel: Barriärer till vård för migranter i sårbara situationer

Utgivare: Läkare i Världen

Medarbetare under kartläggningen: Amanda Söderman, Anna Karlsson, Elisabeth Ubbe, Ida Carlsson, Kristin Harning

Formgivning: Joanna Ågren/Mirage Imaging AB

Tryckeri: Typografiska

Publiceringsår: 2025

Kontakt: info@lakareivarlden.se

Webb: www.lakareivarlden.se

INNEHÅLL

Inledning

- 5 Bakgrund och problemformulering
- 6 Sveriges åtagande gällande vård
- 6 Läkare i Världens mottagningar och verksamheter
- 6 Metod och avgränsningar
- 7 Målgrupperna
- 8 Socialstyrelsens riktlinjer för vård som inte kan anstå

Hälsotillstånd och identifierade behov

- 13 Psykisk ohälsa och traumarelaterade tillstånd
- 17 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Identifierade barriärer till vård

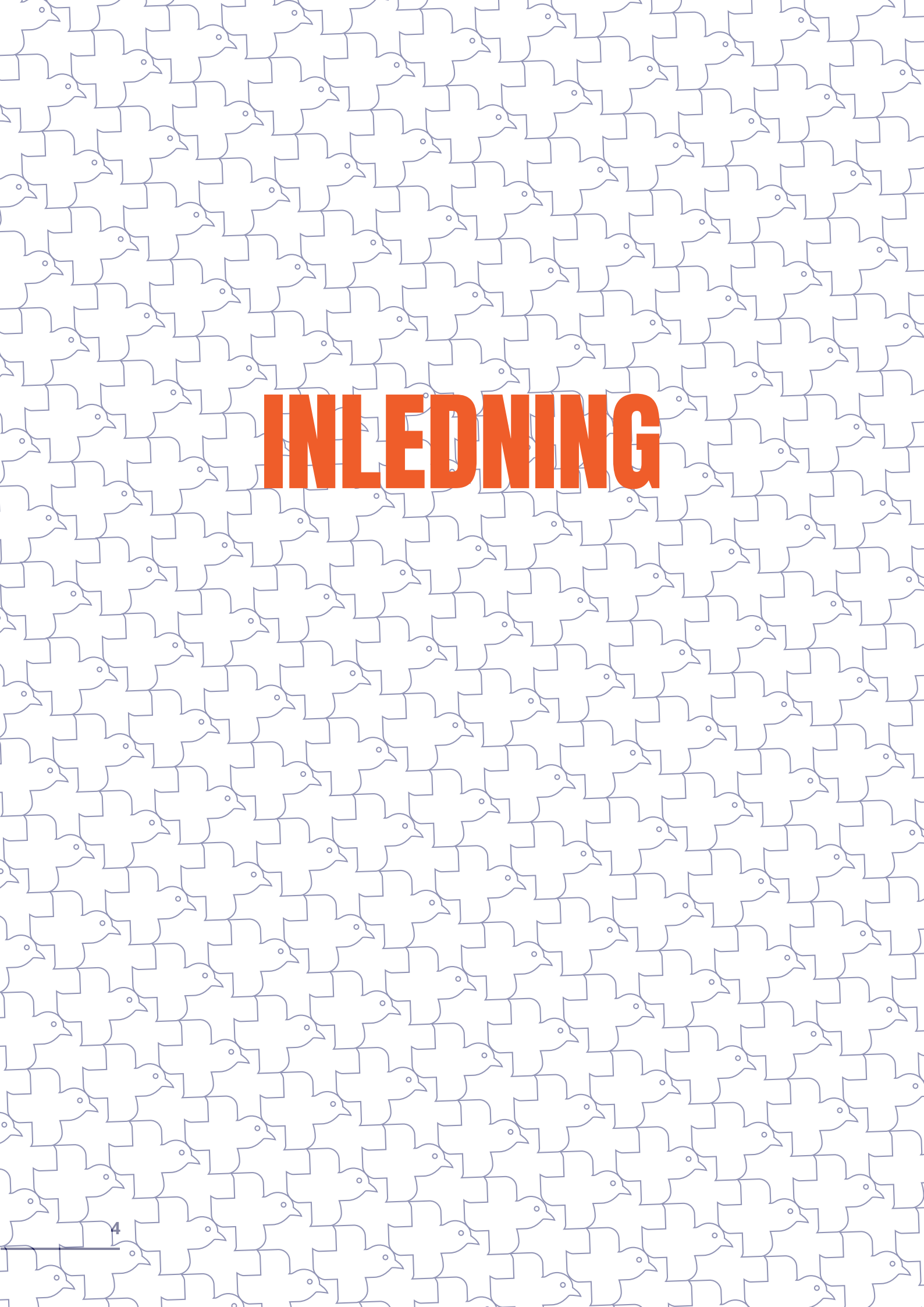
- 21 Digitaliseringen som barriär
- 21 Juridiska och administrativa barriärer
- 23 Rasism och diskriminering i vården
- 23 Om hälsoundersökningen för nyanlända
- 24 Kortsiktiga insatser utan kontinuitet
- 25 Svårigheter att få ut förskrivna läkemedel
- 26 Språkliga och kommunikativa hinder
- 26 Ekonomiska barriärer
- 27 Individuella och sociala hinder

Rekommendationer

- 33 Identifiera och nå målgruppen där de befinner sig
- 34 Utbilda och fortbilda vårdpersonal om målgruppens rätt till vård
- 35 Anpassa bokningssystem och journalhantering
- 36 Ekonomiska åtgärder för att förbättra vårdtillgången
- 36 Förbättra vårdtillgång för SRHR-frågor
- 37 Systematisera uppföljning och revision av vårdens tillgänglighet
- 38 Öka tillgången till psykologiskt stöd

Slutsats

- 41 Slutsats
- 42 Källor
- 42 Tack



INLEDNING

Bakgrund och problemformulering

Tillgång till hälso- och sjukvård är en grundläggande mänsklig rättighet, men vissa grupper i samhället möter betydande hinder i att nå den vård de har rätt till. Läkare i Världen arbetar dagligen med att ge vård och stöd till papperslösa, asylsökande, EU-migranter utan sjukförsäkring och andra skyddsbehövande. Under en treårsperiod har organisationen genomfört ett uppsökande arbete för att kartlägga barriärer till vård för dessa grupper i Region Stockholm. Projektet finansierades av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm. Kartläggningen visar att psykisk ohälsa är utbredd, där tillstånd som migrationsstress, PTSD, depression och ångest är vanligt förekommande. Dessa tillstånd förvärras av en osäker livssituation, rädsla för utvisning och svårigheter att få tillgång till grundläggande vård.

Inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) har vården visat sig otillräcklig, trots att många i målgrupperna har rätt till subventionerade insatser. Graviditet, preventivmedel, abort, klimakteriebesvär, könssjukdomar och könsstympning är exempel på

områden där vårdbehovet är stort, men där tillgängligheten begränsas av språkbarriärer, digitalisering och brist på flexibla mottagningstider.

Utöver tekniska hinder bidrar okunskap och osäkerhet bland vårdpersonal om gällande rättigheter till att individer nekas vård, felaktigt faktureras eller avstår från att söka vård av rädsla för negativa konsekvenser. Detta skapar en ond cirkel där bristande vårdtillgång förvärrar hälsoproblemen, vilket i sin tur ökar behovet av akuta insatser som ofta hade kunnat förebyggas med tidig intervention.

Kartläggningen visar tydligt att de barriärer målgrupperna möter ökar sjukdomsbördan och riskerna för allvarliga hälsotillstånd. Mot denna bakgrund syftar rapporten till att besvara följande frågor:

- Vilka är de främsta barriärerna för att målgrupperna ska få tillgång till vård?
- Hur påverkar dessa hinder individens hälsa och samhället i stort?
- Vilka åtgärder kan vidtas för att förbättra tillgången till vård för dessa grupper?



Sveriges åtagande gällande vård

Sverige har förbundit sig att följa en rad internationella konventioner. De omfattar alla som lever i ett land, inte bara de egna medborgarna. Nedan följer tre av dessa konventioner.

Artikel 25 i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna.

Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster.

Artikel 12 i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR-konventionen).

Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. De åtgärder som konventionsstaterna skall vidta för att till fullo tillgodose denna rätt skall innefatta sådana åtgärder som är nödvändiga för att: minska foster- och spädbarnsdödligheten och främja barnets sunda utveckling, förbättra alla aspekter av samhällets hälsovård och den industriella hälsovården förebygga, behandla och bekämpa alla epidemiska och endemiska sjukdomar, yrkessjukdomar och andra sjukdomar, samt skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.

Artikel 11 i Europeiska sociala stadgan (Europarådet).

Konventionsstaterna ska vidta lämpliga åtgärder för att skydda människors hälsa. Det innebär bland annat att förebygga

sjukdom, möjliggöra vård vid sjukdom och främja hälsa för alla.

Läkare i Världens mottagningar och insatser

Läkare i Världen driver mottagningar runt om i Sverige där papperslösa, asylsökande och andra sårbara migrantgrupper har tillgång till reguljär vård. Mottagningarna är bemannade av volontära läkare, sjuksköterskor, socionomer, psykologer, barnmorskor och tolkar och fungerar som en kompletterande vårdinstans för dem som av olika skäl inte har tillgång till det reguljära vårdssystemet.

Mottagningarna erbjuder:

- Grundläggande sjukvård och hälsokontroller.
- Psykologstöd för personer som lider av psykisk ohälsa eller trauma.
- Preventiva insatser och vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa
- Information om rätt till vård samt stöd i kontakt med sjukvården.

Trots dessa insatser är behovet fortfarande större än vad mottagningarna kan täcka. Många patienter som söker sig till Läkare i Världen har tidigare nekats vård i den reguljära sjukvården eller vågar inte söka hjälp där på grund av rädsla för ekonomiska eller juridiska konsekvenser.

Metod och avgränsningar

Kartläggningen bygger på en kombination av olika metoder för att säkerställa en så heltäckande och nyanserad bild som möjligt av de

hinder som målgrupperna möter. Genom uppsökande arbete hos samarbetsorganisationer har Läkare i Världen kunnat få direktkontakt med runt tusen personer som har begränsad tillgång till den reguljära vården. Det har gett insikter i de praktiska svårigheter och strukturella hinder de möter i sin vardag.

Individuella samtal med personer inom målgrupperna har spelat en central roll i kartläggningen. Dessa har möjliggjort en djupare förståelse för erfarenheterna av att navigera i det svenska vårdsystemet, samt de emotionella och praktiska konsekvenserna av begränsad vårdtillgång.

Vidare har dialoger förts med vårdpersonal och representanter från civilsamhället, vilket har gett värdefulla perspektiv på hur vården fungerar i praktiken, vilka utmaningar som finns ur vårdgivarens synvinkel och vilka faktorer som påverkar beslut om individens faktiska tillgång till vård.

För att sätta resultaten i ett bredare sammanhang har tidigare forskning och rapporter analyserats. Dessa har fungerat som en referenspunkt för att jämföra insamlad data med befintlig kunskap. Genom denna mångfacetterade metod har kartläggningen kunnat kombinera praktisk erfarenhet med befintlig forskning för att skapa en helhetsbild av vårdtillgången för målgrupperna.

Undersökningen är avgränsad till Region Stockholm, men fynden har relevans för andra delar av Sverige, då Läkare i Världens verksamheter i andra regioner vittnar om liknande eller samma utmaningar. Fokus är på primärvård, psykologiskt stöd

och SRHR-relaterad vård, snarare än akutsjukvård. Eftersom lagstiftning och regelverk är centrala för analysen, behandlas endast de grupper som på grund av sin juridiska status har begränsad tillgång till subventionerad sjukvård i Sverige.

För att förstå dessa hinder i sin fulla kontext är det avgörande att först beskriva de grupper som berörs av kartläggningen. I följande avsnitt presenteras de och deras specifika situation, inklusive de rättigheter och begränsningar de möter i tillgången till vård.

Målgrupperna

De personer som ingår i kartläggningen har lämnat sina hemländer på grund av faktorer som trakasserier, fattigdom, religiöst förtryck, trafficking, hbtqi-tillhörighet, tortyr, våld i nära relation, politiskt förtryck, krig eller minoritetstillhörighet. Majoriteten



lever i Sverige under mycket svåra förhållanden och saknar trygghet vad gäller inkomst, boende och tillgång till mat. De flesta av dem som omfattas av kartläggningen saknar rätt att arbeta eller studera och har inte tillgång till kommunala insatser. Däremot har majoriteten

rätt till "vård som inte kan anstå" – det vill säga vård som krävs för att ett tillstånd inte ska förvärras – samt rätt till mödravård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Dessutom ingår vård vid psykisk ohälsa.

Papperslösa

Papperslösa har kommit att bli en benämning på människor som befinner sig i Sverige utan nödvändiga

tillstånd och kommer från olika länder och världsdelar. Det kan exempelvis vara personer som har fått avslag på sin asylansökan eller som har förlorat sitt arbetstillstånd. Deras livssituationer varierar stort. En del har bott i Sverige i många år, medan andra har kommit hit nyligen. Bland papperslösa finns familjer där föräldrar arbetar under osäkra förhållanden och har barn som går i skolan.

Socialstyrelsens riktlinjer för vård som inte kan anstå:

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling som är mer än omedelbar vård, det vill säga lagen omfattar inte bara akut vård
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som kan 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 som är följdinsatser av vård som getts (inklusive psykiatrisk vård)
- mödrahälsovård
- preventivmedelsrådgivning
- vård vid abort
- läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner
- smittskyddsinsatser
- en hälsoundersökning (om den enskilde inte redan har fått det)
- hjälpmedel vid funktionshinder (om inte patienten kan få tillgång till sådana på annat sätt)
- sjukresor eller transport i samband med vårdtillfället
- tolk i samband med vårdtillfället.
- tredjelandsmedborgare utan sjukförsäkring saknar i regel rätt till subventionerad vård och får betala fullt pris för sjukvård.
- personer under massflyktsdirektivet har rätt till "omedelbar vård" och viss subventionerad vård, men tillgången kan variera beroende på region och administrativa hinder.

Denna vård omfattar alla typer av vård: somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård samt tandvård. Vård för personer med särskilda behov (som utsatts för tortyr, allvarliga övergrepp eller trauma) bör bedömas särskilt omsorgsfullt.

Källa: Socialstyrelsen, "*Vilken vård ska erbjudas?*", Socialstyrelsen.se, <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/asylsokande-och-andra-flyktingar/halsovard-och-sjukvard-och-tandvard/erbjuden-varld/> (hämtad 8 september 2025).

Många papperslösa saknar nätverk och lever i extrem utsatthet. En del har inte pengar till mat för dagen, utan förlitar sig på civilsamhället. Den gemensamma nämnaren är att de lever utan de rättigheter och skydd som ett uppehållstillstånd innebär, vilket kraftigt begränsar deras tillgång till vård och andra samhällstjänster. Papperslösa har rätt till vård som inte kan anstå, samt mödravård och vård vid förlossning. Papperslösa barn under 18 år har dock rätt till samma sjukvård som svenska medborgare.

Asylsökande

Asylsökande är personer som har ansökt om skydd i Sverige, men ännu inte fått beslut om de får stanna. De kan komma från krigsdrabbade länder, ha flyttt förföljelse på grund av politiska åsikter, religion, etnicitet, kön eller sexuell läggning. Gruppen är mycket varierad och inkluderar både ensamkommande barn under 18 år, familjer och vuxna individer.

De har rätt till vård som inte kan anstå, samt mödravård och vård vid förlossning, men deras tillgång till hälso- och sjukvård är mer begränsad än för personer med uppehållstillstånd. Ekonomiskt stöd ges av Migrationsverket, men ersättningen är låg och många har svårt att klara sitt uppehälle. Asylsökande barn har rätt till samma sjukvård som svenska medborgare.

EU-migranter utan sjukförsäkring

Om man kommer från ett annat EU-land men saknar det europeiska sjukförsäkringskortet måste man betala fullt pris för vården i Sverige. Många i denna grupp identifierar sig som romer och utsätts för diskriminering på grund av sin etniska tillhörighet i det land de har medborgarskap, vilket kan vara skäl till att en stor majoritet saknar sjukförsäkring. Flera ur denna grupp stannar längre i Sverige än de tre månader som EU:s fria rörlighet ger





rätt till visumfri vistelse och saknar därmed tillstånd att befinna sig i Sverige. Det gör att de kan tolkas som papperslösa efter tre månaders vistelse i Sverige och därigenom ha rätt till vård som inte kan anstå.

Ukrainare under massflyktsdirektivet

Ukrainska flyktingar som kommit till Sverige efter Rysslands invasion omfattas av EU:s massflyktsdirektiv, vilket ger tillfälligt uppehållstillstånd och rätt till bland annat vård, möjlighet att arbeta, samt skolgång. Samtidigt har regelverket förändrats flera gånger sedan direktivet infördes, vilket har skapat en situation som är svår att överblicka, både för de berörda själva och för civilsamhällets aktörer. Tillgången till vård har ökat i takt med förändringar i regelverket.

Övriga migranter utan rätt till subventionerad vård

Personer från länder utanför EU/EES, så kallade tredjelandsmedborgare, saknar rätt till subventionerad vård i Sverige. En del av de

tredjelandsmedborgare som befinner sig här har dock uppehållstillstånd i ett annat EU-land. De hänvisas därför ofta till att söka sjukvård i det landet. De måste inneha sjukförsäkring i det landet, för att få reducerad vårdkostnad. I praktiken är det dock många som saknar sjukförsäkring i det andra EU-landet, eller av olika skäl, till exempel för att man fallit offer för människohandel, inte kan ta sig till det landet. Detta innebär en extra utsatthet där risken för både psykisk och fysisk ohälsa är omfattande.

Migranter som kommit hit på arbetsvisum eller turistvisum blir papperslösa om de stannar kvar efter att visumet löpt ut. Detta innebär att de får rätt till subventionerad vård, men i vissa fall hamnar de i en administrativ gråzon. De får då betala fullpris för vård under pågående ansökningsprocesser för nytt uppehållstillstånd. Detta skapar en osäkerhet kring deras rättigheter och tillgång till vård. Denna målgrupp lever ofta i extremt svåra förhållanden och har begränsad eller ingen möjlighet att själva ta sig in i vården. Personer

som befinner sig i Sverige och ansöker om uppehållstillstånd genom familjeanknytning, till exempel till en make, maka, förälder eller barn – hamnar ofta i en juridisk gråzon under

väntetiden. Under denna period, som kan vara mycket lång, saknar de rätt till subventionerad vård och måste betala hela kostnaden för vård själva.





HÄLSOTILLSTÅND OCH IDENTIFIERADE BEHOV

Psyisk ohälsa och traumarelaterade tillstånd

Nästan alla i målgruppen, även de som inte aktivt söker stödsamtal, vittnar om psykisk ohälsa. Det gäller även samtliga personer som får stöd vid Läkare i Världens psykosociala mottagningar. Vanligt förekommande är sömnsvårigheter, migrän, oro, ångest, depression, posttraumatisk stress och panikattacker.

Många känner en stark oro för familjemedlemmar som är kvar i hemlandet och undrar om de överlever och vad de tvingas till för att kunna göra det. Migrationsstressen är utbredd, dels påfrestningarna från flykt, dels den stress som det innebär att anpassa sig till ett nytt land och sammanhang. Målgruppen uttrycker ofta låg framtidstro och känslor av utanförskap – att vara *”en främling i ett främmande land”*. Många beskriver en konstant rädsla, känslan av att vara jagad eller att bli kontrollerad och ifrågasatt. Andra uttrycker känslor av hopplöshet, orättvisa och panik. *”Vad är det för mening med det här livet?”*, *”Det hade varit bättre om Gud inte gett mig det här livet”*.

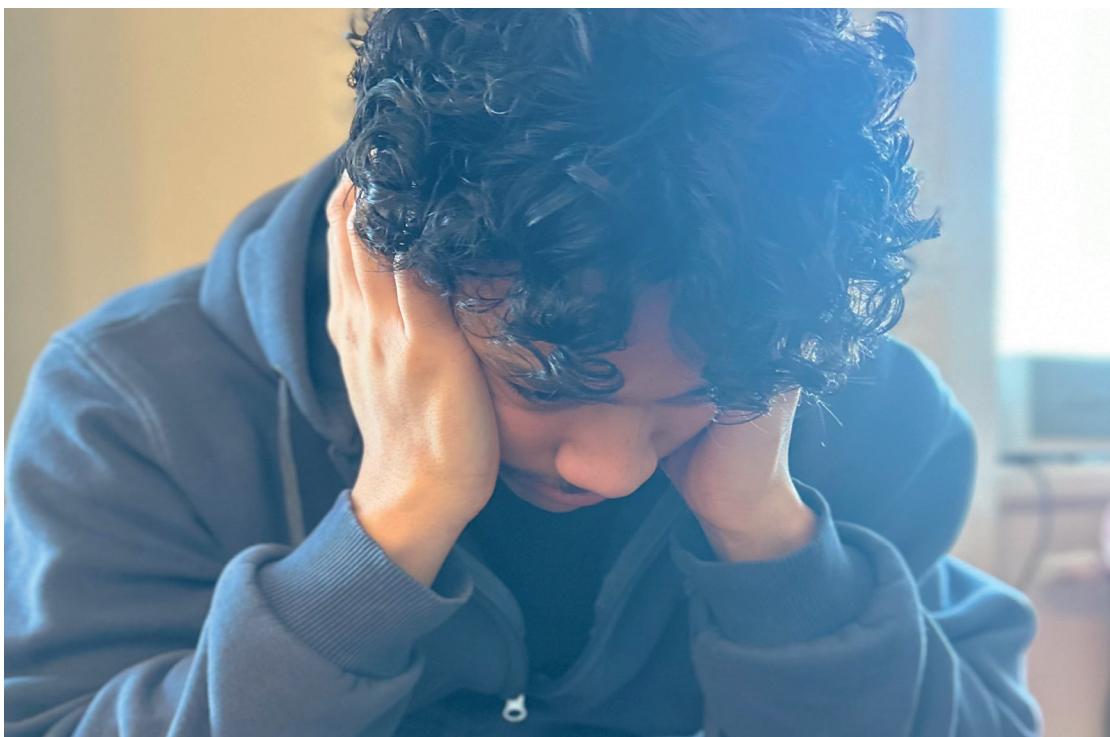
Rädslan att bli utvisad är påtaglig. Många föräldrar upplever dessutom sorg över att inte kunna vara den förälder de vill vara, oavsett om barnen är med dem i Sverige eller befinner sig i ursprungslandet. Vardagen präglas av stress kring att kunna ordna mat för dagen, att hitta någonstans att sova eller få ihop pengar till hyra.

Behovet av stödsamtal eller psykologisk behandling är med andra ord stort, trots detta är tillgången till

psykosocialt stöd starkt begränsad. Majoriteten har sällan möjlighet att på egen hand söka sig till vården på grund av praktiska, ekonomiska och strukturella hinder. I de allra flesta fall krävs stöd från en organisation, en svensktalande anhörig eller bekant för att få till ett vårdbesök, men i slutändan utgör ofta ekonomiska barriärer ändå ett hinder för tillgång till vård.

Forskning visar att migration i sig är en riskfaktor för psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. Flyktingar lider ofta av depression, ångest och PTSD. Asylsökande drabbas i ännu högre grad av depression jämfört med dem som beviljats uppehållstillstånd, enligt en artikel i Läkartidningen [1]. Kunskapsläget om papperslösa är begränsat, men de studier som finns pekar på att gruppen lever under en mycket omfattande psykisk stress, kan man läsa i en annan artikel i Läkartidningen [2]. Papperslösa är ofta särskilt utsatta och marginaliserade. Många är traumatiserade och lever i rädsla för utvisning. De har enligt en studie i den amerikanska vetenskapstidningen BMC Public Health samtidigt begränsad eller ingen tillgång till vård [3].

I samma studie kan man också läsa att 68 procent av de tillfrågade papperslösa lider av måttlig eller svår ångest, 71 procent av måttlig eller svår depression och 58 procent av PTSD. Under sina första år i Sverige använder utrikesfödda mindre psykiatrisk vård än svenskfödda, men löper samtidigt högre risk för psykiatrisk tvångsvård. Forskning indikerar att en ökad tillgång till tidiga psykosociala insatser och öppenvård skulle kunna minska behovet av tvångsvård inom denna grupp [1].



Parallellt med forskningen visar våra egna erfarenheter att psykisk ohälsa kan ges lägre prioritet av målgruppen, eftersom andra akuta behov, som bostad, mat och juridisk trygghet, ofta måste prioriteras.

I det här sammanhanget har det uppsökande arbetet visat sig vara avgörande. Det har möjliggjort att fler personer fått kontakt med Läkare i Världen för stöd vid psykisk ohälsa. Under projektiden ökade efterfrågan markant i takt med att projektets socionom blev en känd och betrodd person för målgrupperna. Kontakten etablerades ofta hos andra verksamheter där individerna befann sig. I många fall har personal på samarbetsorganisationerna fungerat som den kontaktskapande länken.

Stödsamtalen erbjöds kostnadsfritt och med tolk på det språk individen själv valde. För många var samtalet det enda tillfället där de kunde uttrycka

sig känslomässigt och bli lyssnade på som individer. Flera berättade att de saknade någon annan att prata med och att samtalen med projektets socionom var det enda stöd de hade. För vissa var psykisk ohälsa ett tabubelagt eller främmande begrepp och många var ovana vid samtal som stödform. I dessa fall visade det sig att kontinuerlig närvaro och förtroendebyggande arbete var avgörande för att skapa förståelse för samtalsstödet betydelse. Stödsamtal erbjöds även i uppsökande form, vilket särskilt underlättade för personer i svåra ekonomiska situationer som inte hade råd med SL-biljett.

Inom målgrupperna identifierades personer med omfattande trauman, djup isolering och allvarlig psykisk ohälsa. Ensamstående föräldrar utan nätverk, personer som utsatts för våld i nära relation eller förföljelse på grund av kön eller sexuell läggning sökte sig till projektet för att få stöd. Flera

hade tidigare haft arbete, bostad och framtidstro, men förlorade rättigheter och trygghet till följd av lagändringar. Denna förlust skapade ett psykiskt lidande som ofta kombinerades med hemlöshet, otrygghet och ekonomisk utsatthet.

Psykisk ohälsa uttrycktes på olika sätt inom målgruppen. Många svarade först att de mådde bra, men i de djupare samtalen kom det ofta fram att de led av sömnlöshet, nedstämdhet eller självmordstankar. Andra uttryckte genast en känsla av meningslöshet och hjälplöshet. Den dagliga kampen för överlevnad gör det svårt att prioritera psykiskt mående, även när behovet är uppenbart.

Under projekttiden har en grupp kvinnor som talat samma språk träffats regelbundet tillsammans med projektets socionom och en samtalsledare från en samarbetsorganisation. Samtalsämnena i gruppen har varit behovsstyrda och innefattat bland annat psykoedukation, SRHR-relaterade områden och avspänning. Den långsiktiga kontakten med deltagarna har för socionomen inneburit möjligheten att följa deltagarnas mående och förändrade behov över tid, där länkning till vården, myndigheter

och civilsamhällesorganisationer förekommit i stor utsträckning.

Psykiatrisk vård

Under kartläggningen har vi mött personer som planerat att ta livet av sig och som vi har fått ledsaga till psykiatrisk akutmottagning. Personer med svår ångestproblematik och djupa depressioner har också uppmärksammats, i vissa fall med behov av inläggning på sjukhus. Flera har vittnat om att vårdplanering och uppföljning inte genomförts, vilket lett till att lidandet fortsatt efter utskrivning. Andra har uppgett att de blivit nekade inläggning på grund av sin juridiska status.

Samarbetsorganisationer har beskrivit att psykiatrin kan ha svårt att skriva ut patienter från denna målgrupp om de är i behov av boendestöd via socialpsykiatrin, en kommunal insats som papperslösa saknar rätt till.

Vid flera tillfällen har personer med psykotiska symtom uppmärksammats i samarbetsorganisationernas verksamheter. Det kan handla om vanföreställningar, tankestörningar och svårigheter med den personliga hygien. Dessa individer söker sig till verksamheterna för mat och vila. De saknar ofta socialt nätverk och har svårt att få den vård de skulle behöva.

”Att träffa den här gruppen varje vecka är som att hitta fast mark efter att ha drivit omkring i en kaotisk tillvaro. Det ger mig trygghet, en känsla av tillhörighet och styrkan att fortsätta framåt.”

En deltagare i en av stödgrupperna som uppstod under arbetet

På Läkare i Världens mottagningar finns rutiner för att hantera akuta suicidrisker och personer med sådana behov ledsagas eller hänvisas till närmaste psykiatriska akutmottagning. Under projektets gång har det dock uppmärksammats att papperslösa personer många gånger nekas inläggning på psykiatriska enheter, trots allvarliga symptom. I de fall där inläggning sker saknas ofta en plan för fortsatt vård. Patienter får sällan tydlig information om uppföljning, och erbjuds ibland endast medicinering utan tillgång till samtalsstöd eller psykologisk behandling. Vid flera tillfällen har psykiatrin även hänvisat tillbaka till Läkare i Världen genom remiss, trots att organisationen inte bedriver specialistvård och därmed inte kan ansvara för fortsatt behandling.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer omfattar "vård som inte kan anstå" även uppföljande psykiatrisk vård.

Utan sådana insatser finns risk att patienterna fastnar i ett kretslopp av akuta kontakter utan långsiktig hjälp.

Beroendeproblematik

Till de verksamheter där uppsökande arbete bedrivs kommer människor för att vila, äta, duscha och tvätta. Bland dem finns en grupp män, ofta EU-medborgare, med riskbruk eller beroende av alkohol. Majoriteten har kommit till Sverige för att arbeta, men har på grund av undermåliga arbetsvillkor hamnat i arbetslöshet, hemlöshet och ibland då också i riskbruk. Många har vistats i Sverige under flera år och tar tillfälliga arbeten när möjlighet uppstår. Inga exempel har framkommit där dessa personer erbjudits stöd eller behandling för alkoholmissbruk.

Vid ett fåtal tillfällen har personer efterfrågat hjälp för sitt drogmissbruk. Vid kontakt med beroendevården

Narrativ Exponeringsterapi

Narrativ exponeringsterapi, NET, är en behandlingsmetod som utvecklats för personer med erfarenhet av trauma, och har främst använts för patienter med flyktningbakgrund. Läkare i Världen använder metoden eftersom den kan genomföras även under mindre stabila förhållanden och är inriktad på att behandla PTSD-symtom, något som många patienter uppvisar.

NET syftar till att hjälpa individen att skapa en kronologisk livsberättelse med fokus på traumatiska händelser. Under det första tillfället skapas en livslinje där både positiva och negativa erfarenheter markeras. Behandlingen bidrar till att omforma fragmenterade traumatiska minnen till ett

sammanhängande narrativ [källa 1], och har visats kunna minska symtom på PTSD och depression [källa 2].

Varje session är 90 minuter lång och en behandling omfattar vanligtvis 9–12 tillfällen. Förutsättningar för god behandlingseffekt är att patienten är motiverad, kan komma regelbundet och är väl införstådd med behandlingsförloppet. Flera personer med PTSD har genomgått behandling hos Läkare i Världen, med uppföljningar som visar minskade symtom och ökad livskvalitet.

”Några av de gäster som har psykiska problem är svåra att nå eftersom de saknar sjukdomsinsikt och intresse av att prata om psykisk ohälsa. Vi kan hjälpa dem till psykakuten, men de är oftast tillbaka inom några dagar.”

Personal vid samarbetsorganisation

har beskedet varit: *”Vi kan inte ta emot någon utan legitimation”* eller *”Vi tar emot asylsökande, men inte papperslösa”*. En samarbetspartner beskriver att målgruppen ibland kan få akut hjälp vid exempelvis överdos, men att längre behandlingsinsatser inte ges.

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar utgör en tillgänglig del av första linjens psykiatri och erbjuder ofta drop-in, vilket ökar tillgängligheten. Många äldre tonåringar i målgrupperna, eller unga vuxna som varit ensamkommande och gått på gymnasiet i Sverige, känner inte till ungdomsmottagningar och stödet som de erbjuder. Det skulle kunna bero på att flera av dem kommit till Sverige efter att informationsinsatsen på skolan ägt rum. Riktad information skulle kunna öka tillgängligheten till detta viktiga stöd, då den psykiska ohälsan (och SRHR-relaterade frågor) i åldersgruppen är stor.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Situationen för kartläggningens målgrupper när det gäller frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR, är motsägelsefull:

Majoriteten har rätt till gratis eller subventionerad vård inom området, men samtidigt är möjligheten att få tillgång till denna vård kraftigt begränsad på grund av de barriärer som har identifierats. Exempelvis har barnmorskemottagningar i Region Stockholm inte särskilt många drop in-tider, vilket annars är ett bra sätt att tillgängliggöra vården för målgruppen

Det stora behovet av SRHR-vård som har framkommit till följd av det uppsökande arbetet, ledde till att Läkare i Världen startade en kompletterande barnmorskemottagning som ett viktigt led i arbetet för att öka tillgängligheten till sådan vård. De behov som framkommit i uppsökande samtal är bland annat kopplade till:

- Graviditet och mödravård
- Vaginalblödningar
- Preventivmedelsrådgivning
- Abort
- Klimakteriebesvär
- Könssjukdomar och STI-testning
- Könstympning
- Infertilitet
- Psykosocialt stöd vid våld eller misstänkt prostitution och människohandel

Genom att samverka med personal hos andra organisationer har Läkare i Världen kunnat erbjuda kvinnor en möjlighet att våga öppna upp och berätta vad de behöver hjälp med. Personalen på de nämnda organisationerna har fungerat som en slags förtroendelänk, vilket har möjliggjort en kartläggning av behov samt möjligheter att lotsa kvinnor in till reguljär vård. I möten i det uppsökande arbetet tas frågor kopplat till SRHR sällan spontant upp, trots att behoven ofta är stora när riktade frågor ställs. Påtagligt oftare efterfrågar målgruppen hjälp eller stöd i andra medicinska frågor.

Något som målgrupperna har efterfrågat under det uppsökande arbetet är önskemål om att få genomföra HPV-screening, då detta endast ingår i det nationella screeningprogrammet i Sverige för de som har personnummer. Genom ett nytt samarbete mellan Läkare i Världen och Karolinska Institutets utrotningsprojekt för HPV, kan HPV-screening och vaccination nu erbjudas. Projektet initierades via arbetet med kartläggningen, men drivs från Läkare i Världens mottagning i Stockholm.

Under kartläggningen har gravida kvinnor som inte erhåller mödravård uppmärksamats. Brist på mödravård medför ökade risker för både mamma och barn. Det resulterar bland annat i att kvinnor kommer till förlossningen utan att vara listade eller genomgått kontroller under graviditeten. Genom det uppsökande arbetet har många gravida kvinnor identifierats och lotsats in till den reguljära vården och därmed kunnat få det stöd de har rätt till.

Arbets sättet har potential att påverka migrantkvinnors hälsa inom SRHR i enlighet med Folkhälsomyndighetens nationella strategi, där personer med erfarenhet av migration är en av sju prioriterade grupper.

Under första året av kartläggningen genomförde abortmottagningarna i Region Stockholm en tillgänglighetssatsning och centraliserade bokningssystemet för att säkra att abortsökande får snabbast tillgängliga tid. För målgrupperna innebar denna förändring istället att tillgängligheten minskade, eftersom tiderna fördelades på olika





abortmottagningar i regionen. Detta gjorde det svårare för målgruppen att hitta och komma till vården. Restiden ökade i vissa fall och även kostnader för transport. Det innebär också att de möttes av vårdpersonal som saknade särskild kunskap om målgruppens situation och behov. I samverkan med en klinik drogs slutsatsen att det mest ändamålsenliga för målgruppen är att koncentrera vården till en enda mottagning. En sådan lösning skapar både ökad tillgänglighet och säkerställer rätt kompetens.

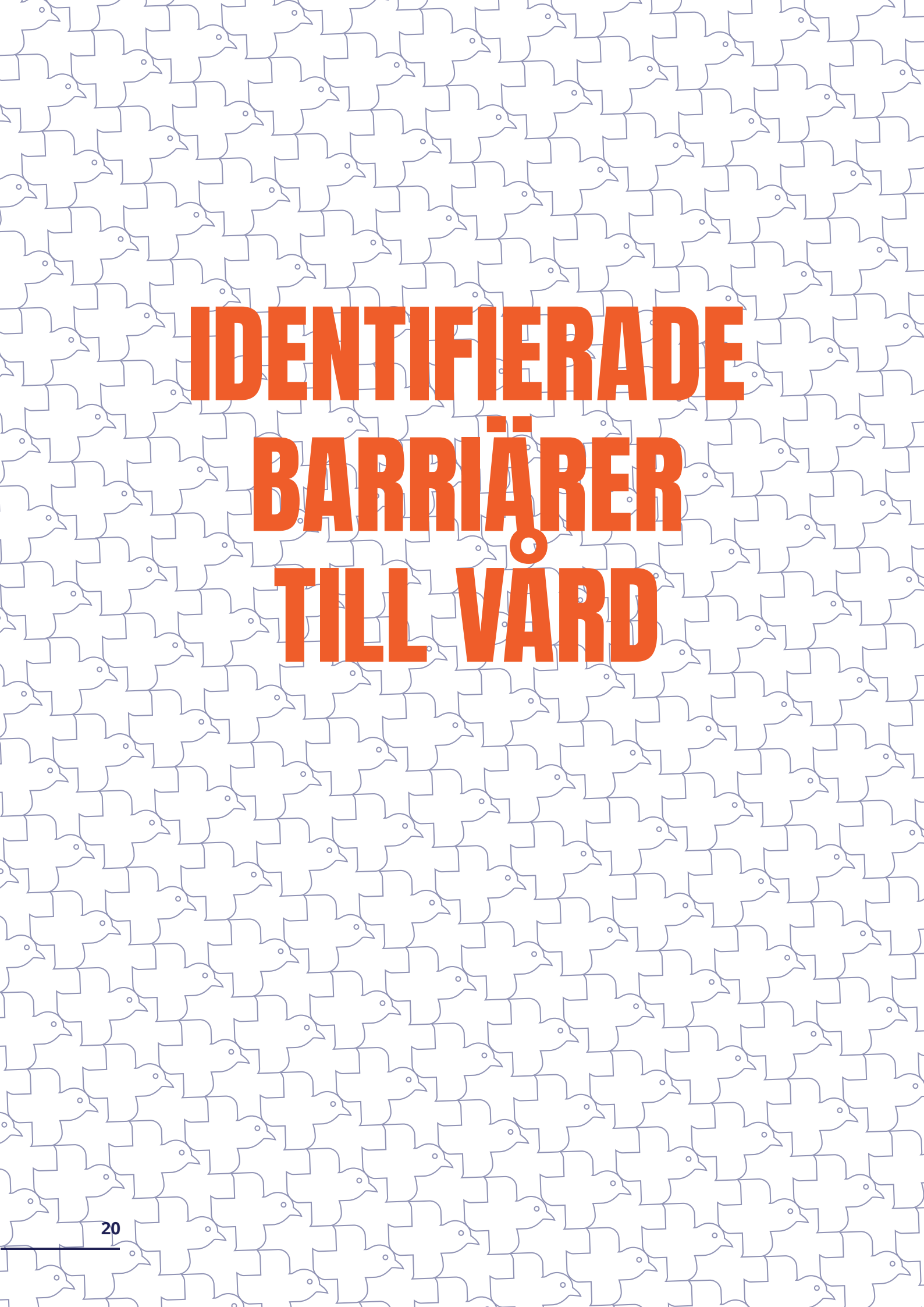
När det gäller preventivmedel är den ekonomiska barriären ofta ett problem för de kvinnor i målgruppen som nås och får tillgång till gratis preventivmedelsrådgivning i regionen. De har inte möjlighet att köpa de preventivmedel som kostar pengar, som hormonspiral och p-stav, vilka kostar drygt 1000 kronor styck, en ouppnåelig summa för många av dem.

Under det första året av kartläggningen hjälpte Läkare i Världens personal några kvinnor att komma till vården för STI-testning.

De som testade positivt kunde varken vården eller Smittskydd Stockholm nå för uppföljning eller smittspårning. Smittskyddsläkaren bad därför om Läkare i Världens hjälp att hitta kvinnorna, vilket lyckades genom tidigare upparbetade kanaler.

Genom samtal med smittskyddsläkaren och egna erfarenheter blev det tydligt att målgruppen har svårt att få tillgång till STI-testning och uppföljning – och att regionen har svårt att nå dem. Det innebär att personer riskerar att gå obehandlade, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser som infertilitet och att smittan sprids vidare i samhället.

Läkare i Världen inledde därför ett samarbete med RFSU och Smittskydd Stockholm för att skapa en fungerande vårdkedja kring testning och uppföljning. Arbetet har varit utmanande, särskilt på grund av regionens regelverk. Samarbetet fortsätter nu med RFSU i liten skala för att nå personer som inte kan hänvisas till reguljär vård.



IDENTIFIERADE BARRIÄRER TILL VÅRD

1. Digitalisering som barriär

- Ingen möjlighet att boka tider digitalt utan personnummer
- Oförmåga att följa vårdinstruktioner på grund av digital exkludering
- Bristande tillgång till egna journaler och vårdplaner då dessa finns digitalt

Digitaliseringen är ett av de allra största hindren för att kartläggningens målgrupper ska kunna få vård. Under de 1000 möten med personer ur målgruppen som skett under projektiden, har inte någon av dem kunnat boka tid digitalt. Eftersom samtliga saknar personnummer saknar de också BankID, något man inte kan få förrän man får ett uppehållstillstånd i Sverige och därigenom kan folkbokföra sig och få ett personnummer. För att boka tid hos vårdgivare digitalt i Region Stockholm behöver man ha tillgång till 1177 eller appen Alltid Öppet, som i sin tur kräver att man har BankID.

BankID krävs också för att kunna läsa sin journal. Fallstudier visar att patienter därför ofta är beroende av ideella organisationer för att få hjälp att tolka sin journal, förstå vårdens beslut eller komma i kontakt med vården, eftersom de inte kan logga in på digitala system.

Detta får ofta konkreta konsekvenser i människors vardag. En hjärtsjuk papperslös kvinna kom till det uppsökande teamet och lade fram en påse med medicinförpackningar och

frågade vilka mediciner hon skulle ta. Hon hade fått medicinerna från den reguljära vården, men förstod inte instruktionerna. Eftersom hon saknade BankID fanns ingen möjlighet att hjälpa henne att läsa journalen.

En annan kvinna, som var gravid, skickade meddelande via Whatsapp till projektets barnmorska, då hon hade en vaginalblödning och inte visste vad hon skulle göra. Hon saknade pengar på telefonen och kunde inte ringa vården. Barnmorskan fick ringa förlossningen åt henne och informera om att hon var på väg.

Det är också vanligt att patienter inte får tillgång till sina journaler och vårdplaner, eftersom de enbart finns digitalt. En papperskopia av journalanteckningar ges sällan vid besök, vilket gör att patienter saknar information om sin egen vård.

2. Juridiska och administrativa barriärer

- Oklarhet kring "vård som inte kan anstå"
- Administrativ exkludering av tredjelandsmedborgare
- Brist på reservnummer och registreringsrutiner

Lagen om "vård som inte kan anstå" (2013:407) är svårtolkad och tillämpas olika inom vården. Ofta stoppas patienter redan i receptionen, trots att det ska vara en medicinskt behandlande läkare som gör bedömningen om huruvida patientens besvär bedöms som "vård som inte kan anstå" eller inte. Även

 **Jag försökte boka tid men det gick bara via en app. Jag har ingen BankID, så jag gav upp."**

Asylsökande man, 29 år

” Jag sökte vård för hosta i Sverige. På vårdcentralen frågade de efter mitt EU-sjukförsäkringskort, som jag inte hade. De sa att jag behövde betala 50 kronor, men jag hade inget jobb och inga pengar. Till slut gick jag till Läkare i Världen istället, där var det gratis.”

Kvinna från Nigeria

när patienten kommer fram till en läkare är det inte säkert att hen får vård, eftersom läkarna gör så olika bedömningar av vad som är ”vård som inte kan anstå”. Det tolkas exempelvis ofta som synonymt med akutvård trots att Socialstyrelsens riktlinjer omfattar betydligt mer än så.

Många inom vården saknar kunskap om målgruppens rättigheter, vilket leder till att patienter nekas vård eller får felaktiga besked om kostnader. Dessutom finns osäkerhet kring hur man ska hantera patienter som saknar svenskt personnummer eller ID-handlingar. Detta leder till att vårdpersonal ibland fattar beslut på felaktiga grunder, vilket förvärrar exkluderingen av målgrupperna.

Bristande kunskap hos vårdpersonal leder också till att vissa patienter bemöts med misstro eller osynliggörs i vårdsystemet. Det skapar en känsla av otrygghet som bidrar till att målgruppen avstår från att söka vård överhuvudtaget.

Studier visar även att det saknas utbildning om rättigheter för papperslösa och asylsökande inom vårdutbildningar, vilket bidrar till att okunskapen befasts i vårdsystemet.

Det har under projektet framkommit att den så kallade Turisthandboken ofta används som en guide för vårdpersonal kring vad de ska ta

betalt för vård, när de är osäkra på personens juridiska status och därmed rätt till vård. Turisthandboken är uppbyggd kring kostnader kopplade till olika länder, utifrån att personerna är här som turister. När Turisthandboken används som stöd vid bedömning av rätten till vård för kartläggningens målgrupper får papperslösa personer ofta helt felaktiga besked och faktureringskostnader som avser turister, inte papperslösa.

Vissa personer hamnar i en juridisk gråzon, exempelvis de som befinner sig i Sverige under en pågående ansökningsprocess till Migrationsverket. Har de en pågående process får de inte subventionerad vård och måste betala hela kostnaden själva. Att vänta på ett beslut från Migrationsverket kan ta flera år, som för en man vars närstående hörde av sig till Läkare i Världen. Mannen hade väntat tre år på ett arbetstillstånd och hade under tiden fått en psykos, men hade inte råd att åka till psykakuten.

Enligt gällande regelverk ska alla som söker asyl eller omfattas av massflyktsdirektivet erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning av regionerna. Även papperslösa har rätt till denna undersökning. Trots detta visar vår kartläggning att få i denna grupp får erbjudandet eller genomgår hälsoundersökning.

Vid en kontroll visade det sig att endast en av de nio asylmottagningar som finns i Region Stockholm har en tydlig rutin för att erbjuda hälsoundersökning till papperslösa. På övriga mottagningar sker det endast sporadiskt, beroende på enskilda medarbetares initiativ. Samtidigt uppger personal att många asylsökande som kallas till hälsoundersökning inte kommer till besöket. Detta innebär att många missar ett viktigt tillfälle att få information om vårdssystemet och en första medicinsk bedömning.

3. Rasism och diskriminering i vården

- Misstro och negativa attityder från vårdpersonal
- Rasistiska föreställningar hos vårdpersonal
- Rädsla för ovanstående hos målgruppen

I det uppsökande arbetet har flera vittnesmål framkommit

som beskriver upplevelser av diskriminering och strukturell rasism inom hälso- och sjukvården. Även om samtalen inte haft ett uttalat fokus på rasism, har många ändå delat erfarenheter som vittnar om negativa attityder och särbehandling – särskilt riktade mot papperslösa personer.

Det handlar bland annat om situationer där vårdpersonal uttryckt misstro, ovilja att hjälpa till eller på olika sätt ifrågasatt individens rätt till vård. Ett par olika individer berättade att de blivit bemötta med nedlåtande eller misstänkliggörande kommentarer. Inom exempelvis mödrahälsovården har vårdpersonal uttryckt uppfattningar som att *"papperslösa kommer hit för att utnyttja systemet"* eller att de *"säkert har pengar att betala med – vi vet ju att de jobbar"*. Sådana uttalanden speglar en attityd där människors behov av vård ifrågasätts, snarare än bemöts professionellt och med respekt.

Om hälsoundersökningen för nyanlända

Hälsoundersökningen är frivillig och kostnadsfri och utförs av särskilt utvalda vårdcentraler i regionen. Den kan innefatta en bedömning av behovet av fortsatt vård eller remiss till annan vårdnivå, samtal om psykisk hälsa och vid behov remiss till psykiatri, kroppsundersökning, smittskyddsprovtagning och kontroll av vaccinationsstatus.

Undersökningen är också ett tillfälle att ge information om hur hälso- och sjukvården fungerar och vilken vård individen har rätt till utifrån

sin juridiska status. I samband med besöket delas även det gröna hälsoundersökningskortet ut. Det är ett kort som visar att man genomgått hälsoundersökningen. Det är tänkt att underlätta i patientens kontakt med vården och för att lätt ha tillgång till sitt reservnummer.

Transkulturellt Centrum ansvarar för att fortlöpande utbilda vårdpersonal som arbetar med hälsoundersökningar, i samarbete med Smittskydd Stockholm.

” Jag blev tillsagd att jag skulle betala hela kostnaden själv trots att jag är asylsökande. De på vårdcentralen visste inte att jag hade rätt till subventionerad vård.”

Asylsökande man

Att rasism förekommer i den svenska sjukvården är väl dokumenterat och beskrivs både i forskning och i vittnesmål från drabbade – såväl patienter som vårdpersonal. Enligt forskaren Sarah Hameds avhandling misstros ofta patienter från minoritetsgrupper: *”Patienter ur minoritetsgrupper antas ljuga om sina symtom och inte vilja lyda instruktioner. Vårdpersonalens föreställningar gör att patienterna får sämre bemötande och behandling”* [4].

Trots att kunskapen om rasism i vården ökar, är det fortfarande mycket svårt för de drabbade att få upprättelse. En granskning i tidningen Vårdfokus från början av 2023 visar att endast tre fall lett till fällande domar sedan 2009, trots återkommande larm om rasistiska uttryck och diskriminerande bemötanden i vården [5].

Folkhälsomyndigheten beskriver i en litteraturöversikt, baserad på europeiska studier, att kvinnor med migrationserfarenhet ofta undviker kontakt med vården [6]. Orsaken är tidigare erfarenheter av, eller oro för, diskriminering och rasism från vårdpersonal. Folkhälsomyndigheten lyfter också fram vikten av att utveckla utåtriktade insatser, bland annat

genom att stödja civilsamhällets arbete med att sprida information och stärka migrantkvinnors tillgång till rättigheter inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

4. Kortsiktiga insatser utan kontinuitet

- Upparbetade relationer och förtroende går förlorade vid organisationers projektavslut
- Svårt att följa upp vårdbehov utan långsiktig närvaro
- Ökad risk att utsatta grupper faller mellan stolarna

Ett återkommande hinder för civilsamhällets arbete med insatser för sårbara grupper är kortsiktig statlig finansiering av projekt, vilket leder till bristande kontinuitet och långsiktighet. När projekt avslutas försvinner inte bara själva stödet, utan också upparbetade relationer, språkkompetens och det förtroende som byggts upp under lång tid. Detta påverkar direkt möjligheten att bedriva effektivt uppsökande arbete.

Utan en stabil och långsiktig närvaro blir det svårare att identifiera vårdbehov, följa upp

” Vi får ingen utbildning om hur vi ska hantera papperslösa patienter. Vem ska betala? Hur vet vi om de har rätt till vård? Det är ingen som riktigt förklarar det för oss.”

Vårdpersonal, Stockholm



insatser och fånga upp personer i behov av stöd. Särskilt tydligt blir detta i arbetet med kvinnor i utsatta livssituationer, där tillit är en förutsättning för att kunna erbjuda samtalsstöd och medicinska insatser. När verksamheter stänger eller förändras radikalt riskerar kvinnor att falla mellan stolarna – ofta i ett läge där behoven är som störst.

Erfarenheter från fältet visar att kontinuitet, igenkänning och personalens närvaro över tid är avgörande för att nå fram till målgruppen. Kortsiktiga satsningar, även om de är välfungerande under projektiden, riskerar att skapa glapp i vårdkedjan och i värsta fall leda till att människor helt avstår från att söka vård eller stöd.

5. Svårigheter att få ut förskrivna läkemedel

- Apotekspersonal saknar ibland kunskap om hur rutinerna fungerar för personer med reservnummer
- Patienterna får inte alltid tydlig information om hur de ska kunna

hämta sina läkemedel, när de har reservnummer och/eller saknar id-handlingar.

Många personer i målgruppen har svårigheter att få ut förskrivna mediciner, trots att recept är korrekt utskrivna. Det händer att individer nekas läkemedel, flyttas runt mellan apotek eller får bristande information om hur uthämtning ska gå till. En återkommande orsak är att läkaren inte anger att personen saknar personnummer, eller att apotekspersonal saknar kunskap om hur recept kopplade till reservnummer ska hanteras.

Avsaknad av ID-handlingar kan innebära att medicin inte lämnas ut, även när det inte är ett lagkrav. Därtill får många inte veta att de ska uppge sitt reservnummer vid uthämtning, vilket ytterligare försvårar tillgången. För vissa innebär även en egenavgift på 50 kronor en faktisk ekonomisk barriär. Sammantaget leder dessa hinder till att personer med medicinska behov riskerar att stå utan behandling, trots att läkemedel har förskrivits korrekt.

6. Språkliga och kommunikativa hinder

- Otillräcklig tillgång till tolk
- Brist på information på andra språk
- Svårigheter att boka tider

Bristande kunskaper i det svenska språket är ett av de största hindren för att få vård. Att boka tid via telefon kräver ofta god förståelse för svenska knappval och i receptionen på vårdmottagningar saknas ibland personal som talar andra språk.

I en undersökning som Läkare i Världen genomförde av slumpmässigt utvalda vårdmottagningar i Stockholm visade det sig att ingen av de tillfrågade mottagningarna hade information om sina drop in-tider på andra språk än svenska. Detta förstärker barriären för personer som inte talar svenska eller engelska.

I många fall erbjuds heller ingen tolkning vid vårdbesök, trots att det är en lagstadgad rättighet. Konsekvensen av bristande tolkanvändning är att patienter riskerar feldiagnoser, felbehandling och att de inte förstår sin medicinska situation. Vissa patienter försöker använda anhöriga som tolkar, vilket kan vara olämpligt, särskilt vid känsliga vårdbesök. Det har även

rapporterats att vissa mottagningar inte bokar tolkar i förväg, utan förväntar sig att patienten själv ordnar med språkhjälp. Detta skapar ytterligare hinder för tillgång till vård.

7. Ekonomiska barriärer

- Höga vårdkostnader för icke-subsventionerad vård
- Felaktiga faktureringar
- Kostnader för transport och medicin

Många migranter i målgruppen lever i en extrem ekonomisk utsatthet, vilket skapar betydande hinder för tillgången till vård. Trots att papperslösa och asylsökande har rätt till subsventionerad vård, är även mindre avgifter på 50 kronor för läkarbesök ofta en omöjlig kostnad för dem att betala. Preventivmedel, särskilt hormonspiral och p-stav, är för dyra för många, vilket begränsar deras möjlighet att själva styra sin reproduktiva hälsa. Utöver de direkta kostnaderna för vård och medicin drabbas många även av felaktiga faktureringar, vilket skapar ytterligare ekonomisk stress och avhåller personer från att söka vård.

En annan betydande ekonomisk barriär är transportkostnader. Många i målgruppen har inte råd att köpa SL-biljetter för att ta sig till vårdmottagningar, vilket leder till att de avstår från nödvändiga

 **Jag var på sjukhuset men ingen förstod vad jag sa. Min dotter fick försöka översätta, men hon är bara åtta år."**

Papperslös kvinna från Centralasien

” Jag fick en faktura på flera tusen kronor efter att jag fött barn, fast jag hade rätt att bara betala 50 kronor. Barnmorskan visste inte vad som gällde, och jag blev rädd och vågade inte gå tillbaka till sjukhuset.”

Papperslös tvåbarnsmamma

besök och riskerar att deras hälsotillstånd förvärras. De som befinner sig i Sverige men inte har rätt till subventionerad vård riskerar fakturor på höga belopp om de behöver söka hjälp inom hälso- och sjukvården. Detta gör att många avstår från att söka vård, eftersom de saknar möjlighet att själva bekosta insatserna. Exempelvis har det genom projektet framkommit att gravida väljer att endast gå på vissa kontroller under graviditeten, något som innebär en risk för både kvinnans och det ofödda barnets hälsa.

Då många arbetar i osäkra och informella anställningar, ofta utan rättigheter och med mycket låga inkomster, blir det svårt att prioritera vård. Att avsätta tid för ett vårdbesök kan innebära förlorad inkomst, vilket gör att många hellre avstår från att söka vård, även när de har akuta behov.

8. Individuella och sociala hinder

- Psykisk ohälsa och rädsla för vården
- Okunskap om rättigheter hos målgruppen
- Låg utbildningsnivå och analfabetism

- Behov av godkännande från andra
- Rädsla för angiveri och rättsliga konsekvenser
- Brist på barnpassning

I målgruppen är förekomsten av psykisk ohälsa hög, såsom posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och ångest, vilket i sin tur påverkar deras möjlighet att söka och ta emot vård. En osäker livssituation, hemlöshet och ekonomisk utsatthet förvärrar den psykiska hälsan och många upplever en konstant rädsla för att bli avvisade från vården eller upptäckta av myndigheter. Denna rädsla, i kombination med tidigare negativa erfarenheter av bemötande i vården, gör att många undviker att söka hjälp även vid allvarliga besvär.

Psykisk ohälsa kan också innebära svårigheter att navigera i ett administrativt och digitalt komplext vårdssystem. En person med depression eller PTSD kan ha svårt att orka ta kontakt med vården, boka tider eller förstå vilken hjälp de har rätt till. För kvinnor som utsatts för våld, människohandel eller sexuellt utnyttjande är steget till att söka vård ofta ännu större, särskilt om det saknas trygghetsskapande insatser såsom

uppsökande verksamhet och traumaanpassat bemötande.

I den uppsökande verksamheten har det blivit tydligt att många personer som levt länge i Sverige inte känner till sina rättigheter till vård. Exempelvis framkom det under besök på ett natthärbärge för kvinnor att de flesta, trots långvarig vistelse i landet, inte visste att de hade rätt till "vård som inte kan anstå" i den reguljära vården. En kartläggning på ett natthärbärge för kvinnor visade att de flesta, trots långvarig vistelse i Sverige, inte visste att de hade rätt till "vård som inte kan anstå" i den reguljära vården.

För att få tillgång till vård krävs ofta att personerna får information från frivilligorganisationer eller bekanta. *"Jag visste inte att jag kunde gå till vårdcentralen. Jag trodde bara att jag kunde gå hit till er"*, berättade till exempel en papperslös kvinna i kontakt med Läkare i Världen.

Utbildningsnivån har stor betydelse

för hur information om vård och hälsa kan förmedlas och förstås. För att skapa delaktighet och möjliggöra informerade beslut krävs att både språk och informationsnivå anpassas efter individens förutsättningar. I vissa fall är det möjligt att använda fackspråk, medan andra situationer kräver enklare språk och mer pedagogiska förklaringar.

De målgrupper som Läkare i Världen mött inom ramen för projektet har haft en mycket varierande utbildningsbakgrund – från personer som helt saknat skolgång till individer med universitetsutbildning. Det är tydligt att låg utbildning, i kombination med begränsade språkkunskaper, kan försvåra förståelsen av hälsoinformation och därmed förmågan att fatta välgrundade beslut. Det kan också innebära att felaktiga föreställningar får fäste och sprids inom grupper med liknande erfarenheter. Forskning visar att flyktingar och migranter ofta har



” Jag vågade inte gå till barnmorskan, jag hade ingen aning om att jag hade rätt till det. När jag fick en faktura efter ett läkarbesök blev jag livrädd och tänkte att det var likadant med mödravården.”

Papperslös kvinna, gravid i sjunde månaden

lägre hälsolitteracitet, vilket ökar risken för ohälsa och försenad vårdkontakt.

Detta till trots finns det samtidigt individer med god förståelse, särskilt bland dem med högre utbildning. Deltagande i hälsofrämjande projekt kan stärka självförtroende och hälsokunskap, vilket i sin tur ökar jämlikheten i tillgången till vård.

Majoriteten i denna kartläggning har dock låg hälsolitteracitet, vilket påverkar deras hälsa. Kvinnor har tackat nej till HPV-screening med hänvisning till att de känner sig friska, eller för att de inte orkar få ett eventuellt negativt besked i en redan svår livssituation. Andra har velat ta ut p-stav efter att rykten om biverkningar spridits inom gruppen, trots medicinsk information. I ett samtal om graviditet visade det sig att en kvinna hade mycket begränsad

kunskap om fortplantning, vilket gjorde henne mycket generad och tydliggjorde vikten av ett tryggt och anpassat samtalsklimat.

För vissa kvinnor, särskilt inom gruppen EU-migranter och tredjelandsmedborgare, krävs godkännande från en partner, familjemedlem eller i vissa fall en hallick för att söka vård. Detta gäller särskilt SRHR-relaterade besök, såsom preventivmedelsrådgivning, abort eller undersökningar kopplade till sexuellt överförbara sjukdomar.

Läkare i Världen har mött flera fall där kvinnor först har bokat en tid, men sedan tvingats avboka efter påtryckningar från en manlig partner eller familjemedlemmar. I ett fall var en kvinna på väg till en barnmorskemottagning när hennes man ringde och förbjöd henne att gå, varpå hon avvek från besöket.

Denna typ av kontroll över kvinnors kroppar och hälsa innebär att många inte får den vård de behöver, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Det visar också vikten av att vårdgivare är uppmärksamma på tecken på tvång och att det finns möjlighet att erbjuda vård i trygga, konfidentiella miljöer.

” Jag är så rädd att de ska stoppa mig när jag åker till Läkare i världen. Om de gör det kan jag bli utvisad, för jag har inget tillstånd. Men jag behöver vård för att klara mig.”

Papperslös kvinna från Afrika

Flera personer vi mött har uttryckt en stark oro för att söka vård eller stöd – exempelvis på vårdcentral eller i form av föräldrastöd – på grund av rädsla för att bli angivna till polisen. Även asylsökande berättar att de undviker att söka psykologisk behandling eller annat stöd av rädsla för att det skulle kunna påverka deras asylprocess negativt.

För många papperslösa utgör rädslan för att bli angiven till myndigheter ett av de största hindren för att söka vård. Denna oro förstärks av osäkerheten kring hur vårdpersonal hanterar deras situation och om de kan lita på att deras identitet skyddas.

Rädslan leder till att många undviker vård, även när de har akuta medicinska behov.



Det finns också exempel på hur rädslan för att bli uppmärksammas av myndigheter påverkar särskilt utsatta grupper. I en fallstudie beskrivs en papperslös kvinna som behövde medicinsk behandling för sköldkörtelproblem men undvek den reguljära vården eftersom hon trodde att hon skulle bli angiven till

polisen. Trots att hon informerades om sekretessen inom sjukvården vågade hon inte söka den vård hon behövde.

Den senaste politiska debatten om den så kallade angiverilagen har ytterligare förstärkt denna rädsla. Många inom målgrupperna är osäkra på om vårdpersonal har skyldighet att rapportera dem till myndigheterna. Detta skapar en situation där många hellre undviker vård än riskerar att bli upptäckta.

Många föräldrar tvingas ta med sina barn till vårdbesök, vilket skapar stora utmaningar, särskilt vid psykologiska samtal eller medicinska undersökningar som kräver fokus och integritet. Föräldrar har vittnat om att de har svårt att kunna prata öppet om känsliga ämnen, exempelvis psykisk ohälsa eller våldsutsatthet, när barnen är närvarande.

Vidare innebär långa väntetider och brist på barnvänliga utrymmen på mottagningar en ytterligare belastning. För vissa föräldrar har detta lett till att de avstår från att söka vård överhuvudtaget.

För migranter som har flytt från regimer där de varit förföljda, exempelvis på grund av politisk opposition, riskerar förslag om angiverilagstiftning eller visitationszoner att förstärka en redan existerande oro. En sådan utveckling kan leda till att individer undviker att söka vård även för tillstånd som inte kan anstå. Detta innebär en allvarlig risk för försämrad fysisk och psykisk hälsa, inte minst hos redan utsatta grupper.

” Jag visste inte att jag hade rätt att gå till en vårdcentral. Jag trodde att de skulle skicka mig till polisen om jag gick dit.”

Papperslös man från Marocko

En papperslös familj från Sydamerika berättade för Läkare i Världen att de kände stor oro inför att ta sitt barn till psykolog, trots att vårdinsatsen blivit beviljad. Mottagningen låg långt ifrån bostaden och rädslan för att bli kontrollerad på vägen dit var stark. Efter stöd och uppmuntran från personalen valde de ändå att genomföra besöket, men upplevelsen vittnar om det psykologiska tryck som många lever under, även när de försöker ta del av laglig vård.

Rädslan för att söka vård på grund av risk för angivelse eller negativ påverkan på asylärendet är väldokumenterad i forskning. I studien *Barriärer till vård bland papperslösa migranter i*

Sverige konstateras att många lever i ständig oro för att bli identifierade av myndigheter när de söker vård [7].

En studie om migranternas möte med vården, genomförd av docent i folkhälsovetenskap Josefin Wångdahl, lyfter just rädslan för utvisning som ett centralt hinder för att söka sjukvård [8]. Studien understryker vikten av att både vårdpersonal och papperslösa ges tydlig information om rätten till vård enligt svensk lag, internationella konventioner samt svensk sekretesslagstiftning. Den politiska utvecklingen kring en uppluckring av sekretesslagstiftningen är därför även oroande sett ur detta perspektiv.





REKOMMENDATIONER



Läkare i Världen har identifierat omfattande barriärer till vård för papperslösa, asylsökande och andra migranter som lever i sårbara situationer i Sverige. Nedanstående rekommendationer syftar till att undanröja dessa hinder och skapa en mer jämlik och tillgänglig vård. Rekommendationerna riktar sig främst till beslutsfattare i regionen och vårdgivare, men är också tänkt att vara en hjälp och en inspiration för andra aktörer som möter målgruppen eller som koordinerar stöd och insatser.

1. Identifiera och nå målgruppen där de befinner sig, samt förbättra informationsspridning och tolkstöd

- Informera målgruppen om deras rättigheter till vård.

- Skapa trygga miljöer för att personer i målgruppen ska våga söka vård.
- Lotsa målgruppen in i vården genom uppsökande arbete på platser där de vistas, exempelvis via civilsamhällesaktörer och kyrkor.
- Se till att information om rätten till vård finns på flera språk och är lättillgänglig.
- Motverka den föreslagna inskränkningen i rätten till tolk vid vårdbesök.

För att säkerställa att målgruppen får tillgång till den vård de har rätt till krävs en kombination av informationsspridning, uppsökande insatser och förbättrad användning av tolkstöd. Många av de personer som

kartläggningen omfattar har ingen eller mycket begränsad kunskap om sina rättigheter inom vården.

Ett avgörande steg för att förbättra situationen är att som vårdgivare möta målgruppen där de befinner sig, exempelvis genom uppsökande arbete vid mötesplatser som härbärgen, kyrkor och organisationer inom civilsamhället. Dessa insatser behöver vara långsiktiga och bemannas av personer med både medicinsk och kulturell kompetens, samt med kunskap om målgruppens situation.

Utöver bristen på information är språkbarriärer ett stort hinder, trots detta används inte alltid tolk vid vårdbesök där det skulle behövas.

För att förbättra tillgången till vård krävs insatser för att säkerställa att tolkar används vid vårdbesök samt

att viktig vårdinformation finns på fler språk och i lättillgängliga format.

2. Utbilda och fortbilda vårdpersonal om målgruppens rätt till vård

- Skapa utbildningsprogram för ny och befintlig personal.
- Utbilda administrativ personal för att minska risken för felaktiga fakturor och nekad vård.
- Tydliggöra att bedömningen av "vård som inte kan anstå" primärt ska göras av läkare.

Bristande kunskap om lagstiftningen och patienters rättigheter är en av de främsta orsakerna till att personer nekas vård eller felaktigt debiteras för behandling. Många bland både vård- och administrationspersonal saknar tillräcklig kunskap om vad lagen säger och hur den ska tillämpas, vilket leder till osäkra och godtyckliga beslut. I



vissa fall nekas patienter vård enbart på grund av personalens oro för att göra fel eller missuppfattningar om regelverket. Det senare har Läkare i Världen sett en ökning av i samband med de många lagändringar som regeringen infört på migrations- och brottsbekämpningsområdet.

För att säkerställa en rättssäker och tillgänglig vård krävs utbildningsinsatser för såväl ny som befintlig personal. Genom tydliga riktlinjer och kontinuerlig fortbildning kan vården arbeta mer enhetligt och därigenom minska risken för felaktiga beslut och säkerställa att alla patienter får den vård de har rätt till.

3. Anpassa bokningssystem och journalhantering

- Tillgängliggöra digitala bokningssystem som idag kräver BankID och svenskt personnummer till personer som saknar detta.
- Skapa alternativa bokningsvägar för papperslösa och asylsökande.
- Tillhandahålla utskrift av journalanteckningar vid vårdbesök så att patienter kan få hjälp att förstå sin vårdplan och medicinering.

Det behövs alternativa bokningsvägar för dem som saknar personnummer och goda kunskaper i svenska, exempelvis genom möjligheten att boka tider via receptioner, vårdpersonal eller särskilda telefonlinjer med flerspråkig support. Att införa flexibla system som möjliggör bokning utan digital identifiering skulle avsevärt förbättra tillgången till vård.

Drop in-tider är också ett viktigt komplement, eftersom de gör det möjligt för personer utan digitala verktyg eller bokningsmöjligheter att få tillgång till vård vid behov.



För att förbättra patientsäkerheten och möjligheten för patienter att följa sina vårdrekommendationer bör skriftliga journalanteckningar ges vid varje vårdbesök. Att få en utskriven sammanfattning av besöket skulle ge patienter en konkret referens och göra det möjligt för dem att söka stöd från exempelvis tolkar eller organisationer som kan hjälpa dem att förstå sin vårdplan. En sådan åtgärd skulle avsevärt minska risken för att patienter felmedicinerar sig eller missar viktiga uppföljningar av vården på grund av brist på information.

4. Ekonomiska åtgärder för att förbättra vårdtillgången

- Subventionera SL-kort för att underlätta resor till vården.
- Säkerställa att personer inte

felaktigt debiteras för vård som ska vara gratis eller subventionerad enligt lag.

- Skapa rutiner för att bestrida och korrigera felaktiga fakturor.

Genom att subventionera SL-kort för personer i särskilt utsatta situationer kan fler ges möjlighet att faktiskt ta sig till de vårdinrättningar där de har rätt att få vård. Utöver transportkostnader utgör felaktiga faktureringar en annan ekonomisk barriär. Detta beror ofta på bristande kunskap hos vårdpersonal och administrativ personal om vilka regler som gäller. Det behövs tydliga rutiner för att identifiera och rätta till felaktiga fakturor samt stöd för patienter att bestrida dem. Genom att skapa en mer rättssäker hantering av vårdkostnader och förbättra de ekonomiska förutsättningarna för att kunna ta sig till vårdinrättningar, kan vården bli mer tillgänglig för målgruppen och minska risken för att ekonomiska hinder leder till utebliven vård.

5. Förbättra vårdtillgång för SRHR-frågor

- Utveckla uppsökande insatser för att nå gravida kvinnor som saknar mödravård.
- Utarbeta en rutin för att papperslösa gravida kvinnor ska kunna lista sig på en förlossningsklinik.
- Säkerställa att alla kvinnor, oavsett juridisk status, får tillgång till HPV-screening och vaccination.
- Förbättra tillgången till preventivmedel för de som inte har råd med exempelvis hormonspiraler och p-stavar.

- Säkerställa att papperslösa kvinnor får sin lagstadgade rätt till subventionerad abort, då vissa felaktigt debiteras för detta.

För att säkerställa att alla gravida får den vård de behöver måste uppsökande insatser utvecklas för att nå kvinnor som saknar tillgång till mödravård.



Även inom det bredare området för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter finns betydande brister i tillgången till vård för kvinnor i utsatta livssituationer. HPV-screening och vaccination – avgörande insatser för att förebygga livmoderhalscancer – är i praktiken otillgängliga för många i målgruppen, trots nationella satsningar på att utrota sjukdomen. Genom riktade insatser bör vården säkerställa att alla kvinnor, oavsett juridisk status, får tillgång till dessa livräddande åtgärder.



Utöver rätten till gratis preventivmedelsrådgivning är det nödvändigt att målgruppen även ges subventionerad tillgång till de mest effektiva preventivmetoderna, såsom hormonspiral och p-stav, som många idag inte har råd med. Rätten till gratis preventivmedelsrådgivning bör dessutom tydliggöras och informationen anpassas så att den även når kvinnor som står utanför det offentliga systemet.

Vid oönskad graviditet måste vården garantera att papperslösa kvinnor får tillgång till subventionerad abort, i enlighet med gällande lagstiftning. För att motverka felaktiga debiteringar krävs tydliga rutiner och ökad kunskap bland vårdpersonal. Det är också avgörande att tillgången till abort sker skyndsamt, då bristande rutiner och kunskap riskerar att leda till att kvinnor ur målgruppen tvingas genomgå sena aborter, vilket innebär större medicinska och psykiska påfrestningar.

6. Systematisera uppföljning och revision av vårdens tillgänglighet

- Genomföra extern revision och rapportering av hur rekommendationerna följs.

- Ha regelbundna dialogmöten med civilsamhällets aktörer för att säkerställa att vården når målgruppen.
- Arbeta riktat för att undanröja identifierade barriärer såsom språk, digitalisering, ekonomiska hinder och okunskap hos vårdpersonal.

För att säkerställa att vården blir mer tillgänglig för målgruppen krävs en systematiserad uppföljning och extern revision av hur väl riktlinjer och lagstiftning efterlevs. Vissa patienter får idag den vård de har rätt till, medan andra nekas behandling eller felaktigt faktureras för subventionerad vård. Utan tydliga uppföljningsmekanismer riskerar dessa problem att kvarstå och förvärra den redan ojämlika vårdsituationen.

För att skapa en mer rättssäker och enhetlig vård krävs en oberoende extern granskning av hur vården fungerar för målgruppen. Genom att systematiskt följa upp och rapportera hur rekommendationer och riktlinjer efterlevs kan brister identifieras och åtgärdas. Regelbundna dialogmöten med civilsamhällesaktörer är också avgörande, då dessa organisationer har direktkontakt med målgruppen och kan bidra med viktig information om vilka problem som kvarstår i praktiken.

Utöver uppföljning krävs riktade insatser för att undanröja de barriärer som kartläggningen har identifierat. Språkbarriärer, digitaliseringsens exkluderande effekter, ekonomiska hinder och okunskapen inom vården om lagstiftningen är alla faktorer

 **Jag sökte vård för hosta i Sverige. På vårdcentralen frågade de efter mitt EU-sjukförsäkringskort, som jag inte hade. De sa att jag behövde betala 50 kronor, men jag hade inget jobb och inga pengar. Till slut gick jag till Läkare i Världen istället, där var det gratis.”**

Kvinna från Nigeria

som systematiskt måste adresseras. Först när vården aktivt arbetar med att identifiera och åtgärda dessa strukturella problem kan den bli verkligt tillgänglig för alla, oavsett juridisk status eller ekonomiska förutsättningar.

Genom att införa en kontinuerlig granskningsprocess och arbeta aktivt med att förbättra vårdens tillgänglighet kan man säkerställa att de mest utsatta får den vård de har rätt till. Detta kräver ett långsiktigt och systematiskt arbete där både vården och civilsamhället involveras för att övervaka utvecklingen och identifiera nya lösningar.

Rätten till gratis preventivmedelsrådgivning bör dessutom tydliggöras och informationen anpassas så att den även når kvinnor som står utanför det offentliga systemet.

7. Öka tillgången till psykologiskt stöd

- Utveckla rutiner för att tidigt identifiera psykisk ohälsa
- Säkerställa uppföljning och vårdplan efter kontakt med psykiatri.

- Göra hälsoundersökningar tillgängliga där papperslösa vistas och använda dem för att identifiera behov av psykologiskt stöd.
- Ge tydlig information om tillgänglig behandling, inklusive vid missbruk, och skapa enkla vägar in till stöd.

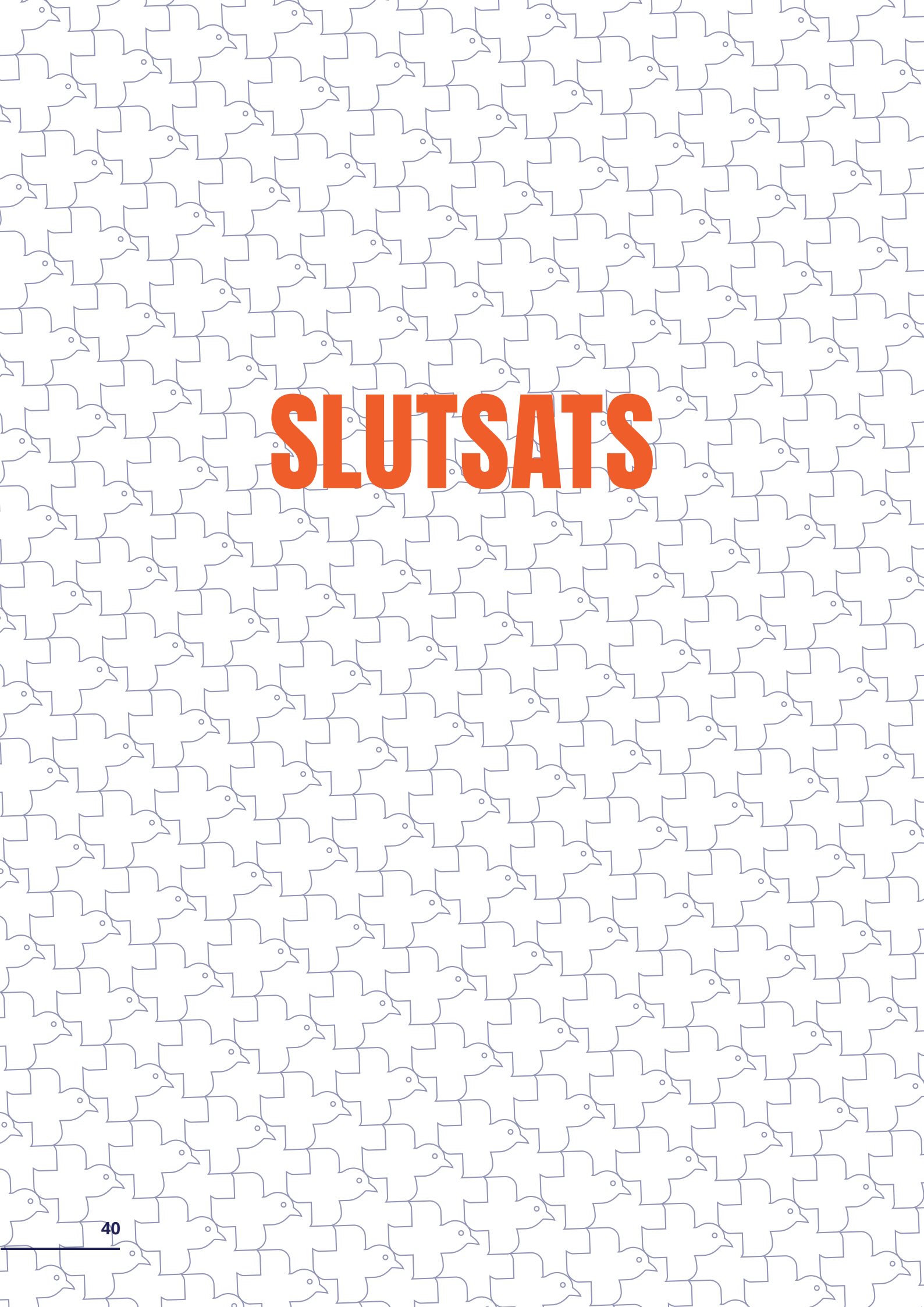
För att fler i målgruppen ska få tillgång till psykologiskt stöd och behandling krävs riktade och samordnade insatser. Vårdcentraler bör som rutin fråga om psykisk hälsa även vid besök för somatiska besvär och erbjuda samtalsbehandling vid insättning av antidepressiva läkemedel. Det bör finnas tydliga strukturer för att hitta personer med svår psykisk ohälsa och säkerställa att vårdplaner upprättas inom psykiatri, samt följs upp efter utskrivning från akutvård. Det är också viktigt att personer utan tillstånd, vid behov, erbjuds slutenvård inom psykiatri på samma villkor som andra.

Många papperslösa nås inte av de hälsoundersökningar som erbjuds nyanlända. Därför bör

hälsoundersökning erbjudas på platser där målgruppen redan befinner sig och användas för att identifiera behov av psykologiskt stöd, inklusive traumabehandling. Informationen om tillgängligt psykologiskt stöd bör också nå unga vuxna och äldre tonåringar via gymnasieskolor, komvux, SFI, asylboenden och civilsamhället.

För personer inom målgruppen som lever med allvarlig psykisk sjukdom krävs att tillgång till såväl öppenvård som slutenvård säkerställs. Den som uttrycker behov av hjälp med alkohol- eller drogmissbruk bör också mötas av en enkel och tillgänglig väg in till behandling.





SLUTSATS

Kartläggningen har tydligt visat att tillgången till vård för papperslösa, EU-migranter utan sjukförsäkring, asylsökande och andra migranter i Region Stockholm präglas av betydande ojämlikhet. De strukturella och individuella barriärer som identifierats – från digitala hinder, språkbarriärer och oklarheter i lagtolkning till ekonomiska begränsningar, rädsla och psykisk ohälsa – samverkar ofta på ett sätt som gör vården nästintill otillgänglig för många i målgruppen trots en på många sätt generös lagstiftning..

Särskilt oroväckande är situationen inom psykisk hälsa och SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter), där vårdbehoven är omfattande men tillgången starkt begränsad. Kvinnor vittnar om bristande tillgång till mödravård, preventivmedel, STI-testning och HPV-screening, trots att flera av dessa insatser är avgörande både för individens hälsa och för folkhälsan. De i rapporten nämnda barriärerna förhindrar möjligheten till hälsa och orsakar ett ovärdigt lidande och utanförskap för individen. Den utbredda psykiska ohälsan, där människor kan lida av obehandlad depression och obearbetade trauman, stress och sömnsvårigheter, symptom på psykosjukdom, ensamhet, sorg och rädslor, behöver fångas upp. Preventiva och tidiga vårdinsatser skulle kunna motverka/minska risken för att allvarliga tillstånd utvecklas och därmed kräver akuta vårdåtgärder.

Erfarenheterna från uppsökande verksamhet och samarbeten med civilsamhällesaktörer visar att det finns fungerande vägar för att nå målgruppen, och skapa tillit. Tyvärr är dessa insatser i nuläget i

hög grad beroende av kortsiktiga projektmedel och därmed sårbara. En permanent intervention för att möta målgruppens behov behöver utformas.

Att personer som befinner sig i mycket utsatta livssituationer inte får den vård de har rätt till, strider inte bara mot hälso- och sjukvårdslagens intentioner om jämlik vård, utan även mot Sveriges åtaganden enligt internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Forskning visar dessutom att ojämlik tillgång till vård inte enbart drabbar de direkt berörda, utan påverkar hela samhällets hälsa och kostnader.

Det krävs nu ett kraftfullt och samordnat arbete inom Region Stockholm för att undanröja de identifierade barriärerna. Det innebär att säkerställa tydlig och korrekt information om rättigheter till vård, bygga ut och tillgängliggöra vårdformer utan krav på digital legitimation, samt utbilda vårdpersonal i juridik, bemötande och kulturell kompetens.

Slutligen visar kartläggningen att civilsamhällets roll är avgörande för att nå denna målgrupp – men ansvaret för att säkerställa jämlik vård vilar ytterst på regionen. Att tillgången till vård är så starkt beroende av enskilda projekts existens, personers engagemang och tillfälliga resurser, är varken långsiktigt hållbart eller förenligt med principerna om rättvisa och mänskliga rättigheter. Därför är det nödvändigt att Region Stockholm, med utgångspunkt i de rekommendationer som denna rapport presenterar, omedelbart vidtar åtgärder för att säkerställa rätten till vård – även i praktiken.

Källor

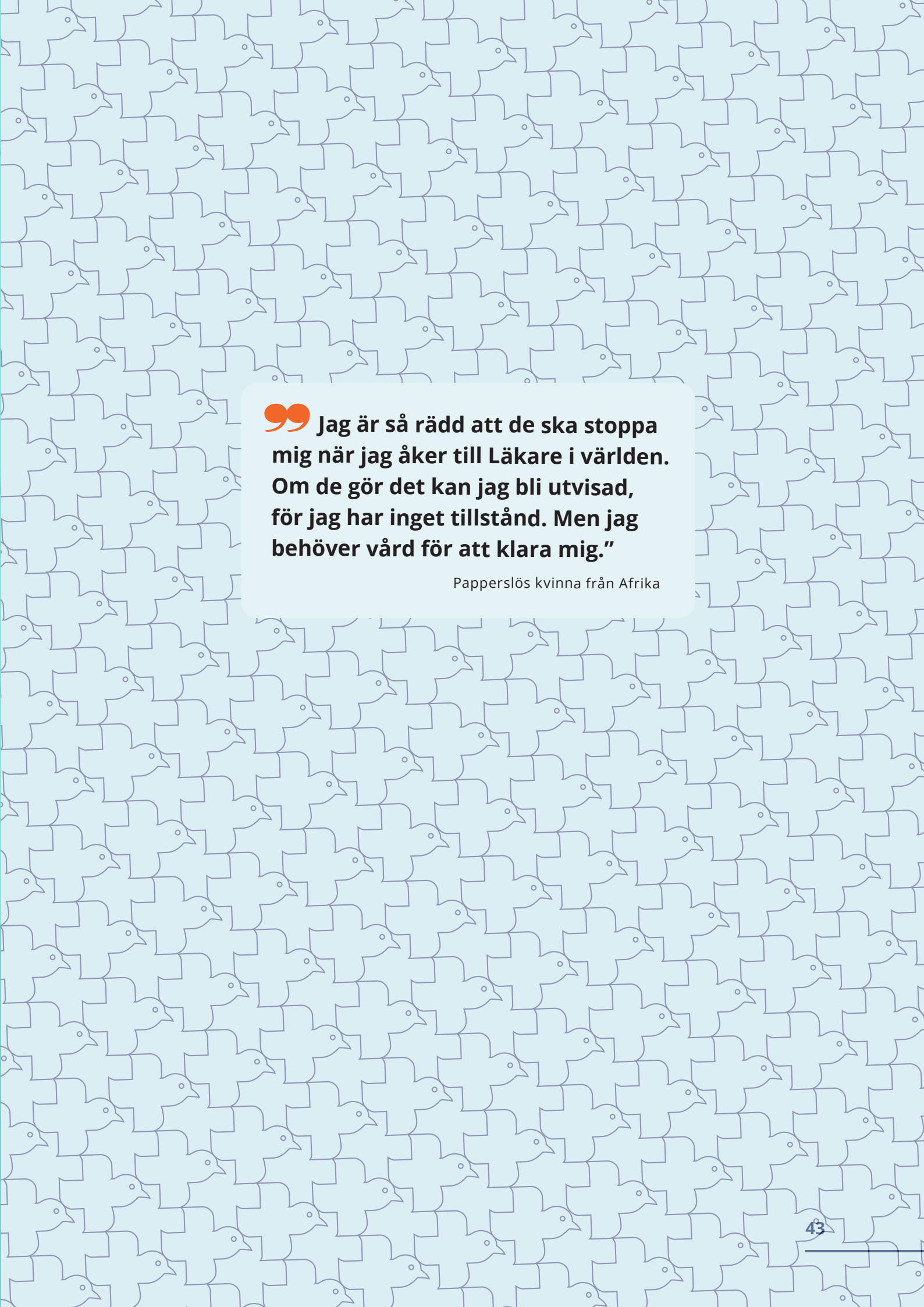
- [1] Läkartidningen (2020). Utrikesfödda använder mindre psykiatrisk vård än svenskfödda de första åren i Sverige. 117:FTPS.
- [2] Läkartidningen (2020). Hur migration påverkar den psykiska hälsan. 117:FTPS.
- [3] BMC Public Health (2018). Vuxna papperslösa migranter i Sverige: psykisk hälsa och associerade faktorer. December 2018.
- [4] Hamed, S. (2023). Healthcare Staff's Racialised Talk: Examining Accounts of Racialisation in Healthcare. Doktorsavhandling.
- [5] Vårdfokus (2023). Serie om rasism i vården. Hämtad 8 september 2025 från <https://www.vardfokus.se/>
- [6] Folkhälsomyndigheten (2023). Preventivmedelsanvändning bland kvinnor med migrationserfarenhet – en litteraturöversikt. Hämtad 8 september 2025 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>
- [7] BMC Health Services Research (2021). Barriärer till vård bland papperslösa migranter i Sverige. Hämtad 8 september 2025 från <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07242-3>
- [8] Wångdahl, J. et al. (2018). Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden – a principal component analysis. BMC Health Services Research. Hämtad 8 september 2025 från <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3843-6>

Tack!

Först och främst ett stort tack till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm för finansieringen som möjliggjorde kartläggningen.

Vi vill också tacka:
Karolinska Institutet och
utrotningsprojektet med Miriam
Elfström, Röda Korset, Convictus,

Stockholms Stadsmission,
Frälsningsarmen, RFSU-kliniken,
MIKA Hälsa, S:ta Clara kyrka,
Samordningsbarnmorskorna
Region Stockholm, Noaks Ark,
Abortmottagningen SÖS, samt
volontärerna på Läkare i Världens
mottagning i Stockholm.



” Jag är så rädd att de ska stoppa mig när jag åker till Läkare i världen. Om de gör det kan jag bli utvisad, för jag har inget tillstånd. Men jag behöver vård för att klara mig.”

Papperslös kvinna från Afrika

HJÄLPER VÅRDAR VITTNAR



Läkare i Världen
Médecins du Monde Suède
Org.nummer 802016-1306

010-129 98 09
info@lakareivarlden.se
[@lakareivarlden](#) på Instagram
www.lakareivarlden.se