



SUNDHED BLANDT UREGISTREREDE OG HJEMLØSE MIGRANTER

Et kvalitativt studie

Af Camilla Ida Ravnbøl og Simona Barbu

RÅDET FOR
SOCIALT
UDSATTE

FORORD

I foråret 2020 blev Danmark sammen med resten af verden kastet ud i en sundhedskrise. Coronavirusen spreder sig i skrivende stund stadig på verdensplan, og virussen viser, at vi alle er afhængige af hinanden. Vi må stå sammen og redde liv ved at holde afstand. For nogle mennesker er det bare lettere sagt end gjort.

For hvordan bliver man hjemme, når man er hjemløs? Og hvordan højner man hygiejnen, når man ikke har adgang til eget toilet og bad?

Et dilemma, som coronakrisen hurtigt åbenbarede, var situationen for uregistrerede hjemløse migranter. Uden ret til social- og sundhedsmæssig behandling, ud over det helt akutte, og uden hjem med plads til at isolere sig, udgør de en oplagt smitterisiko. Samtidig er mange selv i risikogruppen for alvorlig sygdom, da mange har et sårbart helbred.

Kan vi som samfund leve med, at mennesker i nød ikke kan få en ordentlig behandling? Og hvordan sikrer vi, at uregistrerede migranter er trygge ved myndighederne i et omfang, der gør, at de tør søge hjælp?

For sociale foreninger og organisationer, der arbejder med uregistrerede hjemløse migranter, er problemerne ikke nye. Hver dag oplever de, ikke at kunne yde den nødvendige hjælp til en gruppe meget sårbare mennesker. Det sætter de sociale organisationer og sundhedspersonalet i et vanskeligt etisk dilemma. Selvom de oplever, at hjemløse migranternes problemer på mange måder ligner danske hjemløses, så har de ikke de samme juridiske muligheder til at afhjælpe dem.

På trods af erfaringerne fra de sociale organisationer, findes der meget lidt forskning om livsvilkårene for uregistrerede migranter. Og når problemet bliver debatteret politisk, er der alt for sjældent øje for de komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer, som hjemløse migranter oplever. Debatten kommer sjældent længere end til en diskussion om hjemsendelse eller ej.

Derfor har Rådet for Socialt Udsatte taget initiativ til en undersøgelse af uregistrerede hjemløse migranternes sundhedstilstand. Undersøgelsen er gennemført fra sommeren 2019 til foråret 2020 af Camilla Ida Ravnbøl og Simona Barbu. Rapporten bidrager med ny og nødvendig viden og kan forhåbentlig være med til at skabe en mere nuanceret debat om uregistrerede migranter, og i sidste ende pege på løsninger på et sundhedsproblem, der angår os alle sammen.

God læselyst!



Vibe Klarup

Formand for Rådet for Socialt Udsatte

RESUMÉ

Dette studie belyser sundhedstilstanden blandt uregistrerede og hjemløse migranter, som lever på gaden og opholder sig i gade- og stofmiljøerne i hhv. København og Århus. Formålet med studiet er at bidrage med empirisk indsigt i de sundhedsproblematikker og deraf affødte sundhedsrelaterede behov, som de uregistrerede og hjemløse migranter oplever. Studiet har yderligere til formål at opsamle og belyse erfaringer og etiske overvejelser, som personer i sundhedssektoren og sociale organisationer gør sig i arbejdet med uregistrerede migranter, som lever på gaden. Projektet har haft tilknyttet en følgegruppe bestående af følgende organisationer og institutioner: Røde Kors' sundhedsklinik for udokumenterede migranter, projekt UDENFOR, Kirkens Korshær, Mændenes Hjem, Gadejuristen, Københavns Kommunes Hjemløseenhed, Institut for Menneskerettigheder (herefter IMR) og Københavns Universitets Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (herefter MESU).

Studiet baseres på fire ugers feltarbejde i sommeren 2019 samt semistrukturerede interviews og fokusgruppeinterviews med uregistrerede og hjemløse migranter samt personer fra sundhedssektoren og i sociale organisationer i hhv. København og Århus og visse internationale organisationer. I analysen trianguleres de indsamlede data. Der er ikke indsamlet sundhedsjournaler eller statistisk data, og analysen baseres dermed udelukkende på migranternes subjektive oplevelser af deres sundhedstilstand i samspil med erfaringer fra personer i sundhedssektoren og i sociale organisationer. I 20 empiriske cases, baseret på de interviewede migranternes livshistorier, viser dette studie den store diversitet, som gælder for migranternes baggrund og livsforløb og i særdeleshed for deres sundhedstilstand og sygdomshistorier. Sygdommene spænder bredt fra luftvejs- og sårinfektioner og kroniske sygdomme til svære psykiske lidelser og kombinationer af somatiske/psykiske lidelser med alkohol- og/eller stofafhængighed. Fællesnævneren for de uregistrerede og hjemløse migranternes sundhedsproblemer er dog, at de oplever barrierer for sundhedshjælp og savner langsigtede løsninger på deres sundhedsproblemer.

Migranterne, som er blevet fulgt i dette studie, benytter i høj grad de indsats, der er rettet mod socialt udsatte på gaden. Mange har modtaget sundhedshjælp på Røde Kors' sundhedsklinik, og flere henvender sig på sociale væresteder og natcafeer og er i kontakt med opsøgende gadeteams. Kommunerne, sundhedsfaglige gadeteams og de private sundheds-/sociale tilbud koordinerer i en lang række tilfælde deres indsats for at forsøge at hjælpe det enkelte menneske. Dog påpeger ansatte og frivillige i disse institutioner og organisationer en række begrænsninger for at kunne hjælpe uregistrerede migranter med mere langsigtede løsninger på deres sundhedsproblematikker. Dette studie beskriver nogle af disse begrænsninger. Analysen af de empiriske data viser flere barrierer for sundhedsbehandling af uregistrerede og hjemløse migranter. En afgørende barriere er, at sundhedsloven udelukkende giver uregistrerede personer ret til akut sundhedsbehandling, hvilket giver en række begrænsninger for at udrede og behandle ikke-akutte tilstande, som kan forværres og dermed blive akutte, eller som kan være til stor gene for den enkelte. Hertil viser analysen problematikker med begrænset opfølgning og kontrol af uregistrerede migranter efter akutte indlæggelser, hvor migranter udskrives til gaden uden social støtte eller sundhedsfaglig opfølgning. Da migranter uden cpr-nummer ofte får forskellige erstatningsnumre ved hver indlæggelse, er det desuden svært for sundhedsfagligt personale at danne sig et overblik over sygdomshistorik og tidligere behandling. Analysen viser også en afgørende barriere i den manglende mulighed for stof- og alkoholbehandling, som flere migranter selv efterspørger, men som ikke ses som akut sundhedsbehandling. Det betyder, at flere oplever forværret sundhedstilstand samt gentagne akutte indlæggelser ved alkoholforgiftning, leverpåvirkning, stofoverdosis eller psykoser. Ligeledes efterspørger både migranter og fagpersoner blandt interviewper-

sonerne også mulighed for længerevarende psykiatriske indlæggelsesforløb for at forebygge hyppige akutindlæggelser. Desuden vises i analysen, hvordan manglende muligheder for hvile og overnatning påvirker migranternes psykiske og fysiske sundhedstilstand bl.a. ved stress og endda angst for at blive anholdt for at sove på gaden. Manglen på overnatningsmuligheder er især en udfordring efter hospitalsindlæggelse, da brug af omsorgscentre og § 110-tilbud kræver cpr-registrering.

Analysen viser yderligere, hvordan sådanne barrierer for uregistrerede migranternes sundhedsbehandling sætter mange af de interviewede sundhedsfaglige ansatte i et etisk dilemma, når de i mødet med uregistrerede migranter ikke kan udøve den mest optimale patientbehandling, som lægeløftet/sygeplejerskeløftet foreskriver. Ligeledes oplever mange personer i sociale organisationer etiske dilemmaer, når deres humanitære imperativ udfordres af manglende muligheder for at yde samme hjælp til uregistrerede migranter som til cpr-registrerede borgere, og hvor de af lovgivningen pålægges ansvar for at vurdere opholdsgrundlag.

Studiet afsluttes med en liste over behov indenfor fire centrale områder, der af både migranterne og personer i sundhedssektoren og sociale organisationer nævnes som afgørende for at forbedre sundhedstilstanden blandt uregistrerede og hjemløse migranter. Et af disse områder er behovet for "nødvendig" sundhedsbehandling, hvor sundhedspersonalet kan foretage udredninger og behandlinger, som ikke er akutte, men med risiko for, at tilstanden forværres uden behandling. I denne sammenhæng er der også behov for øget fokus på opfølgning og afslutning af sundhedsbehandling efter udskrivelse fra hospital. Et andet vigtigt område er den meget efterspurgte mulighed for alkoholbehandling og stofbehandling. Ligeledes understreges behovet for hvile- og overnatningsmuligheder af mere kontinuerlig karakter, især efter hospitalsindlæggelse. Endelig påpeges også behovet for afklaring af lovgivning, der berører de nævnte forhold, i sundheds- og serviceloven samt ordensbekendtgørelsen.

Studiet blev udført i sommeren 2019 og færdigskrevet i februar 2020, dvs. før smittespredningen af COVID-19 udviklede sig til en global pandemi. Af den årsag er COVID-19 ikke en del af studiets analyse. Dog kommenteres den aktuelle situation i et kort efterskrift til studiet om COVID-19, fordi pandemien har vist sig at have stor indflydelse på uregistrerede migranternes tilværelse.

Tak til alle migranterne samt de ansatte i sundhedssektoren og de ansatte og frivillige i sociale organisationer, som har delt afgørende erfaringer og tanker med os. Tak til studiets følgegruppe for vigtige input og kommentarer. Håbet med dette studie er at bidrage til at samle op på de deltagendes livserfaringer samt arbejds erfaringer fra mange års indsatser.

INDHOLD

Forord	2
Resumé	3
1. Indledning	6
2. Baggrund	16
3. Sundhedssituationen for uregistrerede og hjemløse migranter	32
4. Barrierer, som påvirker uregistrerede og hjemløse migranternes sundhedstilstand	49
5. Ethiske udfordringer i arbejdet med uregistrerede og hjemløse migranter ...	62
6. Konklusion: opsamling og oversigt over behov for at forbedre sundhedstilstanden blandt uregistrerede og hjemløse migranter	65
7. Efterskrift: COVID-19	68
Litteraturliste	70

LISTE OVER EMPIRISKE CASES

CASE 1: Abraham – Mand med psykisk sygdom	8
CASE 2: Ariana – Kvinde med flere kroniske sygdomme	9
CASE 3: Seks unge mænds historie om asyl og stofafhængighed	10
CASE 4: Anna – Kvinde med diabetes, sår og desorientering	13
CASE 5: Martin – Mand med svær alkoholafhængighed	14
CASE 6: Stefan – Mand med følger efter seksuelt overgreb	15
CASE 7: Mario – Mand med hiv og rift ved endetarmen	18
CASE 8: Chris – Mand med psykisk sygdom	19
CASE 9: Samuel – Mand med stofafhængighed	22
CASE 10: Viktor – Mand med følger efter trafikuheld	24
CASE 11: Johannes – Mand med diabetes 2 og senkomplikationer	26
CASE 12: Rashid – Mand med epilepsi	27
CASE 13: Mia – Kvinde med brystbetændelse	29
CASE 14: Gadens uføtalte historier – Svær psykisk sygdom	31
CASE 15: George – Mand med hiv og hepatitis B	34
CASE 16: Marie – Kvinde efter kønskorrigerende operation	37
CASE 17: Marina – Abort, hjemløshed og gældsbekymringer	38
CASE 18: Mikael – Mand med alkoholafhængighed	40
CASE 19: Nicholas – Mand med hjertesygdom	41
CASE 20: Simon – Mand med diffuse mavesmerter	44

1. INDLEDNING

Hjemløse og socialt udsatte personer i Danmark oplever ofte store sundhedsudfordringer forbundet med livet på gaden. Flere studier viser, hvordan hjemløse har en lavere gennemsnitslevealder sammenlignet med den almene befolkning og ofte har besværet kontakt med sundhedsvæsenet. De er mere udsatte for en række sygdomme, og deres almene sundhedstilstand påvirkes af utilstrækkelige boligforhold samt eksponeringen for vold, stoffer og alkohol i gade- og stofmiljøet.¹ Blandt de hjemløse er der en gruppe, som ofte oplever yderligere udfordringer. Det er de mange migranter, som opholder sig uden registrering. Det er en bred kategori af mennesker, med meget forskellige omstændigheder, men som har følgende til fælles: at de opholder sig i Danmark over kortere eller længere perioder; at de ikke (eller ikke længere) opfylder betingelser for indrejse, arbejde eller længerevarende ophold i Danmark; og at de har begrænsede rettigheder efter dansk lovgivning grundet manglende eller begrænset opholdsret.² De kan være afviste asylansøgere, eller de kan være borgere fra tredjelande, som ikke har opholds- og/eller arbejdstilladelse i Danmark. De kan være EU-borgere, som ikke opfylder kravene for registrering som EU-arbejdstagere. EU-borgere har dog lovligt ophold i Danmark i op til tre måneder uden krav om registrering.³

Denne gruppe af forskellige migranter oplever sundhedsudfordringer, der på mange måder er sammenlignelige med de sundhedsudfordringer, som opleves af andre hjemløse borgere i Danmark. Den markante forskel er dog, at de ikke får samme tilbud om sundhedshjælp eller sociale indsatser, da de er uregistrerede i landet. De har ikke et dansk sygesikringsbevis med et cpr-nummer, som nogle migranter kalder for de "magiske cifre", fordi det kan åbne døren for sundhedstilbud på lige fod med det, som tilbydes cpr-registrerede borgere. Sprogbarrierer og manglende viden om, hvor man kan søge hjælp, er eksempler på andre faktorer, som gør det yderligere svært for mange hjemløse og uregistrerede migranter netop at søge hjælp.

Dette studie sætter fokus på sundhedstilstanden blandt uregistrerede og hjemløse migranter, som lever på gaden, og som opholder sig i gade- og stofmiljøerne i hhv. København og Århus. Studiet er baseret på feltarbejde, og i denne rapport præsenteres 20 historier (cases) fra migranter fra hele verden, som opholder sig i Danmark. Deres livshistorier belyser på forskellig vis komplekse sundhedsrelaterede problemstillinger og nogle af de muligheder, men desværre også barrierer, som mange migranter oplever i adgang til sundhedshjælp. Ydermere sætter rapporten fokus på de erfaringer, som personer i sociale organisationer og i sundhedssektoren har dannet sig i mødet med uregistrerede migranter. Mange af migranternes eneste kontakt med det danske samfund er nemlig de sociale organisationer, som dagligt udfører et stort arbejde ved at række ud til socialt udsatte via sundhedstilbud, væresteder, natcafeer og andre tilbud. Dog oplever de ansatte og frivillige ofte et begrænset handlerum i forhold til at hjælpe de hjemløse og uregistrerede migranter, sammenlignet med deres andre brugere, som er cpr-registrerede borgere. Rapporten beskriver disse etiske udfordringer via en række citater fra dybdegående interviews. Studiet skal ydermere ses som en erfaringsopsamling. Det samler op på migranternes egne erfaringer og livshistorier samt på de erfaringer, som personer, der arbejder med migranter i sundhedssektoren og i sociale organisationer, har gjort sig på daglig basis gennem mange år. Projektet har haft tilknyttet en følgegruppe, som har bidraget med kommentarer og afgørende ekspertise undervejs i hele studiet.

1 Se studier om hjemløse borgere af Benjaminsen, Birkelund & Enemark 2013; Ahlmark, Sørensens, Davidsen & Ekholm 2018; Pedersen, Holst, Davidsen & Juel 2012.

2 Se definition og uddybning af terminologien i IMR 2016:5.

3 Se <https://www.borger.dk/udlaendinge-i-danmark/ret-til-at-opholde-sig-i-danmark/borgere-fra-et-eu-eeos-land>.

Følgegruppen består af følgende organisationer og institutioner:

- Røde Kors' sundhedsklinik for udokumenterede migranter
- Projekt UDENFOR
- Kirkens Korshær
- Mændenes Hjem
- Gadejuristen
- Københavns Kommunes Hjemløseenhed
- Institut for Menneskerettigheder
- Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, Københavns Universitet

Det er vigtigt at understrege, at dette studie ikke har haft til hensigt at opgøre, hvor mange hjemløse og uregistrerede migranter, som befinder sig i Danmark, og ej heller at udrede, hvorvidt disse har lovligt ophold. Opholdsgrundlaget kan være uklart, og i praksis er det svært at afgrænse gruppen af uregistrerede migranter med lovligt ophold fra dem, som er i landet uden lovligt ophold.⁴ Formålet med dette kvalitative studie har været på baggrund af 20 cases at opnå et kvalificeret og dybdegående indblik i enkelte personers erfaringer som grundlag for en diskussion af mere generelle problematikker. Da der på nuværende tidspunkt er begrænset empirisk materiale tilgængeligt på området, er intentionen først og fremmest at bidrage med ny etnografisk viden, så læserne har mulighed for at få indblik i nogle af de sundhedsudfordringer, som uregistrerede og hjemløse migranter oplever i Danmark.

Studiets struktur

Studiet indledes med en beskrivelse af tematiske og metodiske afgrænsninger. Desuden gives en kort baggrund for studiet med en kort introduktion til eksisterende forskning på området. Derefter præsenteres en oversigt over den kontekst, som migranterne bevæger sig i, og som studiets undersøgelse og resultater dermed forholder sig til. Det inkluderer bl.a. nogle af de tilbud i gade- og stofmiljøet, hvor migranterne opsøger hjælp. Hertil beskrives aspekter af dansk lovgivning, som har stor indflydelse på migranternes sundhedssituation, og som kræver en kort redegørelse for at lette forståelsen af de empiriske cases.

Studiet er derefter struktureret i fire tematiske hovedafsnit med flere underafsnit, som præsenterer de empiriske cases og interviews i en diskussion af de forskellige temaer. Første del beskriver sundhedssituationen og gængse sygdomme, som de opleves blandt de migranter, der er blevet interviewet. Andet afsnit beskriver de muligheder og barrierer, som migranterne i de empiriske cases oplever i forhold til adgang til sundhedshjælp og andre sociale tiltag, som har indflydelse på deres sundhedstilstand. Tredje afsnit beskriver nogle af de etiske udfordringer, som personer i sundhedssektoren og i sociale organisationer oplever i deres daglige kontakt med hjemløse og uregistrerede migranter. Fjerde og sidste afsnit opsummerer de foregående afsnit i en oversigt over de behov, som migranterne selv påpeger, at de har, for at forbedre deres sundhedssituation. Det beskriver desuden de behov, som de fagpersoner, der er blevet interviewet, fremhæver som afgørende for at adressere migranternes sundhedstilstand såvel som for deres eget virke i arbejdet med socialt udsatte migranter. Studiet afsluttes med et efterskrift om den aktuelle COVID-19-pandemis indflydelse på de uregistrerede migranternes tilværelse.

⁴ Se mere information om reglerne for opholdsgrundlag i afsnit 2 i dette studie og på <https://www.borger.dk/udlaendinge-i-danmark/ret-til-at-opholde-sig-i-danmark/borgere-fra-et-eu-ees-land>.



Abraham Mand med psykisk sygdom

CASE 1

Abraham er en 55-årig mand, som stammer fra et land uden for EU (tredjeland). Han kom til Danmark og ansøgte om politisk asyl for ca. fjorten år siden. Forud for dette var han hjemløs i Grækenland i over ti år, men havde ikke kontakt til de sociale myndigheder. Siden han søgte asyl i Danmark, har han forsøgt at rejse til andre EU-lande, men fortæller, at han hver gang er blevet pågrebet af politiet og sendt tilbage til Danmark, hvor han oprindeligt søgte asyl. Han anser sig selv som "statsløs", da han ikke har forbindelse til hjemlandet og ej heller til sin familie i hjemlandet. Abraham fortæller, at han har forladt asylcenteret, fordi han oplevede det "som at bo i et fængsel". Han bor derfor på gaden og lever af returpant. Abraham mener selv, at han ser 20 år ældre ud, end han er, fordi han har levet et hårdt liv på gaden i mange år. Han fortæller om smerter i hele kroppen og om hudproblemer såsom psoriasis, som han dog aldrig har fået videre undersøgt på hospitalet eller i Røde Kors' sundhedsklinik.

Abrahams største sundhedsudfordring, ud fra hvad han beskriver, er hans psykiske tilstand. Han har gentagne gange været indlagt på psykiatrisk afdeling i perioder, som han selv beskriver som "lange", dog uden at kunne præcisere nærmere. Han fortæller, at han i starten mod-

satte sig behandling, men efter noget tid samtykkede, fordi han kunne mærke, at han havde brug for hjælp. Abraham fortæller, at han har modtaget medicinske indsprøjtninger under sine indlæggelser, men han tager ikke medicin på nuværende tidspunkt. Abraham fortæller videre, at han ikke har kontakt til det danske sundhedsvæsen udover ved indlæggelse og ej heller det psykiatriske gadeteam i København. Han er generelt meget mistænksom overfor udefrakommende og opsøger derfor ikke hjælp. Han afholder sig også fra kontakt med sociale organisationer, som arbejder med socialt udsatte.

Abraham har en enkelt gang forsøgt at tage kontakt til Røde Kors' sundhedsklinik for at tale med en psykiater. Da der ikke var en frivillig psykiater til stede den pågældende dag, forlod han klinikken og er ikke vendt tilbage. Abraham fortæller videre, at han ikke har en tro på sin egen fremtid. Han mener ikke, at han har en fremtid, eller at der er hjælp for ham at hente i Danmark, fordi han ikke har dansk opholdstilladelse. Abraham konkluderer: "Jeg har ingen dokumenter – hvordan kan jeg så få hjælp, og hvordan kan jeg så rejse væk herfra?"



Ariana

Kvinde med flere kroniske sygdomme

CASE 2

Ariana er en kvinde i 50'erne, som kommer fra et EU-medlemsland. Hun har været i Danmark i perioder gennem de sidste ni år. Hun rejser sammen med sin mand, og parret sover som oftest på gaden. De har et barnebarn, som de forsørger, fordi deres egen datter døde som ung, fortæller hun. Ariana hjælper også resten af sin familie i hjemlandet økonomisk, når hun har mulighed for at sende penge hjem.

Ariana har en lang række forskellige kroniske sygdomme. Hun har hjertesygdom, diabetes 2, højt kolesteroltal, astma og KOL samt problemer med stofskiftet. Hun er også overvægtig og fortæller, at hun ryger meget, men føler sig stresset og derfor ikke kan stoppe med at ryge. Ariana har haft blodprop i hjertet to gange, fortæller hun.

Ariana og hendes mand har en barnevogn, hvor de gemmer alle deres personlige ejendele. De transporterer barnevognen rundt i byen, hvor de samler returpant. Ariana bærer også på en stor håndtaske, som er fyldt med forskellige medicinske præparater. Hun fortæller, at hun har fået medicin af forskellige læger, dels ved indlæggelse i Danmark, men primært i hjemlandet. Hun tager ofte til læge, når hun er i sit hjemland, og får her udskrevet forskellige former for medicin. Hun bruger desuden medicinen lidt efter behov [selvmedicinering].

Ariana har over forskellige omgange været indlagt på hospitalet, fordi hun blev svimmel og fik det dårligt, fortæller hun. Hun siger, at hun har fået iltmaske, fordi hun ikke kunne få vejret [angiveligt pga. KOL]. Hun har dog aldrig haft længere indlæggelser og går i stedet til Røde Kors' sundhedsklinik. Her viser hun lægerne tasken med al den medicin, hun tager. Ariana og hendes mand er for nylig taget til Sverige i håb om at kunne starte et liv derovre.



CASE 3

Seks unge mænds historie om asyl og stofafhængighed

En gruppe af seks unge mænd fra et land uden for EU (tredjeland) opholder sig i stofmiljøet på gaden. De er i aldersgruppen 25–40 år. De fortæller, at de oprindeligt søgte asyl i Danmark i håb om at komme væk fra problemerne i hjemlandet og for at starte et nyt liv i Danmark. Situationen i deres hjemland var præget af håbløshed og frygt, fortæller de. Enkelte var hjemløse i hjemlandet og havde ikke kontakt til familien. Én fortæller, at hans familie blev slået ihjel i hjemlandet. En anden fortæller om arbejdsløshed og en drøm om at få arbejde i udlandet for at kunne sende penge hjem til familien. Fælles for dem alle er, at de stammer fra samme land. De er p.t. tilknyttet et udrejsecenter.

De unge mænd fortæller, at de i starten var opsatte på at integrere sig i Danmark. Flere kan tale en smule dansk, og mange af dem fortæller, at de håbede på at kunne få en fremtid med arbejde og familie i Danmark. Opholdet på udrejsecenteret har dog påvirket dem meget. De har ikke fået mulighed for at tage en uddannelse eller arbejde, og centeret ligger så isoleret, at de ikke kan have kontakt til omverden. Mændene oplever en negativ og frustreret stemning på centeret. De føler, at de bliver behandlet, som om de var kriminelle. Alle seks unge mænd beskriver, at opholdet på centeret har gjort, at de savner en mening med livet, som kan give dem mod på at fortsætte. De savner at blive behandlet som værdige mennesker på centeret, og én af mændene uddyber det således: "Man kan ikke engang få et knus – en så enkel og nødvendig handling – noget, der får dig til at føle, at der er nogen, som holder af dig og bekymrer sig om dig." Flere af mændene fortæller, at de fik en svær depression efter at have boet længe på centeret, og at følelserne af frustration, håbløshed og depression fik dem til at eksperimentere med stoffer. Ingen af mændene havde prøvet stoffer forud for deres ankomst til Danmark, men nu bruger de dagligt stoffer, bl.a. heroin og kokain. Én mand beskriver det således: "Da jeg kom hertil og søgte asyl, håbede jeg på at kunne få en uddannelse og at kunne få en kæreste og starte min egen familie. Men tiden i centeret gjorde mig modløs og frustreret. Jeg blev deprimeret. Og så begyndte

jeg at bruge stoffer for at glemme mit liv i centeret. For at komme væk fra virkeligheden ... for at få en halv times tid, hvor jeg bare kunne være væk herfra!"

Stofafhængigheden, kombineret med et liv på gaden, påvirker mændenes psykiske og fysiske tilstand. Depression og stress opleves af alle seks. Nogle af mændene har hudproblemer og hudinfektioner. Andre har problemer med gentagne lungebetændelser. De har alle tandproblemer. Mændene fortæller, at de til tider opsøger sundhedshjælp i diverse sociale tilbud, men at det kan være svært at søge hjælp. Bare det at få et dagligt bad og vaske tøj er en udfordring for dem, hvilket forværrer deres hudinfektioner. Flere af mændene har også opsøgt skadestuerne, når de har haft lungebetændelse, men fortæller, at de er blevet afvist, fordi deres situation ikke er akut. Den ene af mændene har haft en enkelt hospitalsindlæggelse i forbindelse med en overdosis. De fortæller, at de som regel henvender sig til Sundhedsrummet, når de har somatiske lidelser. Men de oplever, at de ikke har noget sted at henvende sig for at få hjælp til at komme ud af deres stofafhængighed. Et gentaget problem for de unge mænd er kontakten til politiet. De føler sig jaget af politiet, som også opsøger dem på sociale væresteder i byen. De oplever, at politiet konfiskerer deres penge og stoffer, og de fortæller, at de er bange for de danske myndigheder.

Ved spørgsmålet om deres håb for fremtiden udtrykker de fleste håbløshed. De beskriver følelser af afmagt og fiasko og udtrykker, at de føler skam over for deres familier i hjemlandet. Enkelte håber stadig på at kunne opbygge et liv i Danmark med familie og arbejde. To af mændene ville gerne vende tilbage til hjemlandet, men frygter familiens reaktion derhjemme og fortæller, at de er så stofafhængige, at de ikke kan se, hvordan det skulle kunne lade sig gøre at vende hjem. Én af de unge mænd fortæller, at han intet har tilbage i Danmark og intet har at vende hjem til, da han ikke har familie nogen steder.

Metode: tilgang og afgrænsning

Studiet baseres på feltarbejde og interviews som de gennemgående kvalitative metoder. Feltarbejdet blev udført i København og Århus over fire uger i sommeren 2019 med henblik på via deltagerobservation og uformelle samtaler at få indsigt i hverdagen på gaden for nogle af de migranter, som er hjemløse og uregistrerede. Feltarbejdet blev udført i områder i byen, hvor mange migranter opholder sig i løbet af dag- og nattetimerne. Det inkluderede også besøg på Røde Kors' sundhedsklinik samt en række væresteder for socialt udsatte og andre sociale tilbud, som migranterne benytter, såsom: Kirkens Korshær i København og Århus (herunder forskellige væresteder og Kompasset), Blå Kors i Århus, projekt UDENFOR i København, Mændenes Hjem i København (og herunder også Sundhedsrummet og Blisko), H17 (stofindtagelsesrum) i København, samt Stofindtagelsen og Sundhedsrummet i Århus.

I feltarbejdsperioden blev der udført 29 semistrukturerede og åbne interviews med uregistrerede og hjemløse migranter (på hhv. engelsk, rumænsk, polsk og farsi). Fordelingen mellem mænd og kvinder var ca. 70 pct. mænd og 30 pct. kvinder, og aldersintervallet var 25–75 år. Migranterne kommer fra en række forskellige lande inkl. EU-medlemslande (f.eks. Rumænien, Polen og Ungarn) samt lande uden for EU (f.eks. Nigeria, Iran og Rusland).

Der blev udført otte interviews med personer, som arbejder i sociale organisationer, der har kontakt med migranter i gade- og stofmiljøet i København og Århus. Der blev desuden udført tre individuelle interviews med gadesygeplejersker i hhv. København og Århus samt to fokusgruppeinterviews med i alt ni personer, som arbejder i sundhedssektoren (hhv. læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og kiropraktorer). Mange af dem er frivillige i Røde Kors' sundhedsklinik. Til slut blev der udført to interviews med repræsentanter for internationale organisationer, som arbejder med sundhed, migration og hjemløshed (WHO og FEANTSA⁵).

Studiet er i overensstemmelse med de europæiske GDPR-regler og overholder også de etiske retningslinjer for antropologiske studier defineret af American Anthropology Association (AAA). Data opbevares og anvendes sikkert, og der er ikke indsamlet personlige oplysninger. Samtlige interviewpersoner i dette studie er anonymiserede. Fordi kohorten af uregistrerede migranter er forholdsvis lille, er migranterne blevet yderligere anonymiseret, ved at oplysninger om deres nationalitet er blevet ekskluderet. De inddeles derfor i to kategorier som værende hhv. EU-borgere og borgere fra tredjelande, da denne oplysning i nogle tilfælde er afgørende for den enkelte persons rettigheder. I enkelte andre tilfælde udelades oplysninger, som er meget specifikke for den pågældende person, men som ikke er afgørende for at forstå deres livshistorie og sundhedssituation (f.eks. antal af børn, tydelige fysiske karakteristika). Dette er gjort for at beskytte interviewpersonernes identitet.

Det er vigtigt at understrege, at de 29 migranter, som er blevet interviewet, langt fra er de eneste uregistrerede og hjemløse migranter, der befinder sig i Danmark. Dette er et kvalitativt studie, hvor kohorten af interviewpersoner blandt hjemløse migranter er lille og derfor ikke statistisk repræsentativ. Det er heller ikke hensigten med studiet at give et statistisk repræsentativt billede, men nærmere et empirisk indblik i uregistrerede og hjemløse migranters liv og sundhedsudfordringer samt et indblik i de erfaringer, som fagpersoner fra sundhedssektoren og sociale organisationer har gjort sig i mødet med migranterne. Dette gøres via 20

⁵ Verdenssundhedsorganisationen, herefter WHO; European Federation of National Organisations Working with the Homeless, herefter FEANTSA.

empiriske cases og en række interviewcitater. På den måde bidrager dette kvalitative studie til at diskutere mere generelle emner på baggrund af få personers erfaringer.⁶

Rapporten inkluderer ikke erfaringer fra migranter, som ikke er hjemløse og uregistrerede. Der findes et utal af forskellige situationer, hvor personer rejser til Danmark og måske finder et sted at opholde sig, men ikke har boligforhold, som de oplever udgør et "hjem" for dem. Eksempler herpå kan være migranter, som overnatter på sofaen hos bekendte, eller som bor på deres arbejdsplads (massageklinikker, restauranter m.m.). I forbindelse med dette feltarbejde mødte vi flere personer, som lever under sådanne boligforhold, og som på mange områder har sammenlignelige erfaringer med de hjemløse migranter, som er i fokus i dette studie. De kan f.eks. opleve samme usikkerhed som hjemløse migranter i forhold til adgang til sundhedshjælp, fordi de er uregistrerede og dermed ikke har et cpr-nummer og sygesikringskort. De kan også opleve bekymring og uvished om fremtiden grundet deres ustabile situation. Andre studier beskriver f.eks., hvordan kvinder, som lever en uregistreret tilværelse i Danmark, oplever en række barrierer og usikkerheder i forbindelse med graviditet og fødsel, også selvom de ikke bor på gaden.⁷ Det er vigtige erfaringer og perspektiver, der bidrager til en bredere forståelse af forskellige migranternes situation i Danmark. For dette mindre, kvalitative studie har det dog været nødvendigt at lave en metodisk afgrænsning. Derfor fokuserer denne rapport udelukkende på hjemløse og uregistrerede migranter, som opholder sig i gade- og stofmiljøet, som et studie, der kan komplementere den bredere eksisterende forskning om migration og sundhed i Danmark. Som tidligere beskrevet blev feltarbejdet udført, før COVID-19-pandemien udviklede sig, og derfor adresseres den aktuelle situation udelukkende i efterskriftet til studiet.

⁶ Se mere om kvalitative forskningsmetoder i Rubow, Bundgaard & Mogensen 2018.

⁷ Boye, Funge, Parellada, Khan & Nørredam, kommende.



Anna

Kvinde med diabetes, sår og desorientering

CASE 4

Anna er en 43-årig kvinde, som stammer fra et EU-medlemsland. Hun kommer fra fattige kår og kan ikke læse eller skrive. Anna har været i Danmark i perioder gennem de sidste fem år sammen med sin mand. Deres datter bor i hjemlandet sammen med sin farmor. Anna og hendes mand arbejder med at samle returpant og sælge hjemløseviser. Anna er blevet diagnosticeret med diabetes 2 i hjemlandet og modtager også insulinbehandling. Hun fortæller, at hun ofte bliver forvirret og ikke forstår, hvad folk fortæller hende, eller hvad der sker omkring hende. Hun græder ofte og siger, at hun føler angst. Anna og hendes mand sover ofte på gaden.

Fordi Anna går så mange kilometer hver dag, i søgen efter flasker og dåser med returpant, har hun fået et sår på foden, som ofte bliver meget inficeret. Anna henvendte sig for noget tid siden til Røde Kors' sundhedsklinik, hvor lægen mente, at det var alvorligt og henviste hende til skadestuen. På hospitalet blev såret på Annas fod undersøgt, og hun fik penicillinbehandling. De kontrollerede også hendes diabetes, fortæller hun, og instruerede hende om at gå jævnlige til kontrol. Da Anna ikke er cpr-registreret, har hun ikke adgang til egen læge for at kontrollere sin diabetes. Derfor går hun på Røde Kors' sundhedsklinik, fortæller hun, hvor lægerne

på klinikken hjælper hende med at kontrollere hendes kroniske sygdom. Dog er problemet, at Anna og hendes mand rejser rundt i Europa for at tjene penge samt besøger deres familie i hjemlandet og således ikke kontinuerligt opholder sig i ét land. Derfor glemmer Anna ofte at kontrollere sin diabetes, og hun glemmer ofte også at tage sin daglige medicin. Anna siger, at det er svært at huske på fodpleje og medicin, når hun lever på gaden. Hun ved ikke engang, hvornår hun kan sove eller få mad at spise, siger hun.

Annas fod er i bedring, men hun har fået at vide, at hun skal holde foden ren og fjerne hård hud, så såret ikke blusser op igen. Det er svært, når man er hjemløs, siger Anna. Hun fortæller videre, at hun ofte mister orienteringsansen i byen og bliver bange. Anna siger, at hun lever et hektisk liv, hvor hun glemmer at passe på sig selv. Alt handler om at tjene penge, som hun kan sende hjem til sin datter. Hun savner sin datter meget og ville allerhelst blive hos hende, hvis hun kunne få et arbejde derhjemme. Anna drømmer om at finde et arbejde med rengøring eller madlavning, hvor hun ikke behøver at kunne læse eller skrive.



Martin

Mand med svær alkoholfhængighed

CASE 5

Martin er en 27-årig mand fra et EU-medlemsland. Martin fortæller, at han flyttede hjemmefra som teenager og rejste til et andet EU-medlemsland for at arbejde. Dog blev han senere nødt til at vende hjem for at passe sin syge mor. For at hjælpe sin mor økonomisk og betale for hendes sundhedsbehandling begyndte han at arbejde som sikkerhedsvagt. Martin fortæller, at det var et fysisk hårdt og meget voldeligt arbejde, og at han begyndte at drikke meget. Hans alkoholforbrug eskalerede for to-tre år siden, hvorefter han begyndte at rejse igen og boede på gaden i Tyskland, inden han kom til Danmark.

Martin fortæller gentagne gange, at han er bange for at sove på gaden. Han har oplevet at blive overfaldet og slået, mens han sov. Han er også flere gange blevet bestjålet, mens han sov på en bænk, og har bl.a. fået stjålet sit pas. Martin har for nylig fundet et tryggere, indendørs sovested. Han har dog svært ved at sove, fordi han ved, at han skal vågne tidligt for at forlade sit gemested uden at blive opdaget. Han er stadig nervøs for at være på gaden om aftenen og for at blive overfaldet igen. Om dagen samler han returpant og lever af dette. Martin har tidligere været indlagt i bl.a. Tyskland pga. alkoholfhængighed og i Danmark flere gange grundet alkoholforgiftning. Senest blev han akut indlagt et par dage og derefter udskrevet.

Martin fortæller, at han ofte har været meget aggressiv under sine alkoholkriser og været bæltefikseret flere gange. Han uddyber om en indlæggelse: "Rystelser, massiv hovedpine, sved og aggressiv opførsel er en del af afgiftningsprocessen. Jeg var så 'sulten' efter alkohol, at jeg begyndte at drikke håndsprit blandet op med vand. Men da sygeplejersken opdagede, at jeg gjorde det, blev jeg til sidst smidt ud af hospitalet."

Martin er nu i antabusbehandling, men ønsker mest af alt at komme på et alkoholbehandlingscenter. Han bliver ofte svimmel og får kvalme og diarre, fordi han drikker og tager medicinen samtidig. Martin understreger, at han ved, at han skal reducere sit alkoholforbrug, men at det er svært, når man lever på gaden. Han konkluderer i den forbindelse: "Jeg prøver at reducere [alkohol], jeg skal være 'fit' og stærk. Jeg begyndte at lave armbøjninger og træne, men da jeg gjorde det ude på gaden, troede folk, at jeg var blevet skør."

Martin har været i kontakt med flere forskellige sociale tilbud og væresteder for at få hjælp med sin medicin samt støtte til basale behov såsom hvile, mad og bad. Han fortæller selv, at hans drøm for fremtiden er at stoppe med at drikke, men understreger samtidig, hvad han savner for at kunne nå dertil: "Jeg har brug for mere hjælp end bare til medicinering. Hvis jeg kunne få et afvænningsforløb og et sted at sove i ro, så kunne jeg måske blive et normalt menneske igen."



Stefan

Mand med følger efter seksuelt overgreb

CASE 6

Stefan er en 40-årig mand fra et EU-medlemsland. Han har rejst og arbejdet i forskellige EU-lande de sidste ti år og har været i Danmark i perioder gennem de sidste tre år. Han har fem børn i hjemlandet, men er fraskilt, og børnene bor hos deres mormor. Stefan kommer fra meget fattige kår i hjemlandet, hvor han tidligere har arbejdet som daglejer. Han arbejdede med asfaltering af veje i en periode, men da han mistede dette job, besluttede han sig for at søge arbejde rundt omkring i Europa. Stefan er hjemløs og sover på gaden i Danmark. Han har tidligere samlet returpant, men har for nylig fundet et arbejde i byggebranchen. Han fortæller, at han er meget glad, da han nu kan få en kontrakt og dermed cpr-registreres, hvis det lykkes ham at finde en bolig.

Stefan blev for nogle år tilbage udsat for et seksuelt overgreb af fire mænd i en park. Han opholdt sig sammen med mændene i parken. Stefan er tydeligt oprevet, da han fortæller sin historie: "Det følte, som om det var min skyld, fordi jeg havde drukket og talte med de mænd. De talte engelsk og dansk, og jeg forstod ikke så meget. De havde noget hvidt pulver, som de lagde på hænderne, og som de fik mig til at tage [kokain]. Jeg havde ikke prøvet det før ... men jeg bliver nødt til at komme videre nu ... hver gang jeg drikker, tænker jeg på det, der skete. Engang blev jeg så ked af det, at jeg tog 24 piller på en gang, så jeg kunne dø. Så endte jeg på hospitalet igen!" Efter overgrebet kontaktede Stefan en civilsamfundsorganisation, som hjalp ham på hospi-

talet. Han blev undersøgt, og politiet blev tilkaldt, så han kunne indgive en anmeldelse. Stefan blev undersøgt for seksuelt overførte sygdomme og fik psykiatrisk krisehjælp, fortæller han. Efter en periode rejste Stefan til sit hjemland, fordi han havde det psykisk dårligt. Da han senere vendte tilbage til Danmark, og depressionen fortsatte, forsøgte han at kontakte hospitalet for at få psykiatrisk hjælp. Han fortæller dog, at han blev afvist, fordi det ikke længere var akut. Stefan henvendte sig til Røde Kors' sundhedsklinik, hvor han nu ser en psykiater.

Stefan har også tidligere i sit liv haft depression og har forsøgt at begå selvmord flere gange, fortæller han. Han fortæller om sit ophold på psykiatrisk afdeling i hjemlandet: "Jeg ønsker ikke for nogen at opleve den psykiatriske afdeling, hvor jeg var derhjemme! Jeg fik meget lidt mad og rigtig mange piller. Jeg var så sulten. Min daværende kone måtte komme og skrive under på, at de kunne udskrive mig, for at jeg kunne komme hjem. Jeg husker, at de gav mig indsprøjtninger, som gjorde mig til en grøntsag." Stefan fortæller, at han nu føler, at han har det bedre. Han har ikke selvmordstanker, og han tager sin medicin. Han er glad, fordi han har fået et job med kontrakt, og håber, at han nu kan blive cpr-registreret og få adgang til egen læge. Stefan hjælper med at forsørge sine børn i hjemlandet med sin indkomst, fortæller han. To af børnene har indlæringsvanskeligheder og går på specialskole, så Stefan har mange udgifter at dække, fortæller han.

2. BAGGRUND

Dette afsnit giver en kort oversigt over eksisterende forskning på området samt over relevant lovgivning, som er vigtig at have indsigt i, når de empiriske cases læses. Desuden vil dette afsnit kort beskrive de sociale tilbud, som de hjemløse og uregistrerede migranter i dette studie benytter sig af.

Eksisterende forskning på området

Der findes ikke større kvalitative studier om sundhedstilstanden for migranter, som både er hjemløse og uregistrerede i Danmark. Der eksisterer dog en række rapporter skrevet af forskellige sociale organisationer om uregistrerede og hjemløse migranter, som også berører sundhed. Til eksempel vurderer projekt UDENFOR i en rapport om hjemløse migranter, at disses adgang til sundhedssystemet er dårligere end hjemløse borgeres, samt at ca. 20 pct. af hjemløse, uregistrerede migranter er særligt sårbare med komplekse problemer.⁸ Kompasset under Kirkens Korshær beskriver i flere rapporter om hjemløse og uregistrerede migranter, at begrænset adgang til sundhedsbehandling er en stor, og voksende, udfordring for deres brugergruppe. De understreger især problematikken med manglende behandling for kroniske sygdomme.⁹ En artikel fra 2017 beskriver på baggrund af feltarbejde sundhedssituationen for en gruppe af hjemløse og uregistrerede rumænske romaer i København.¹⁰ KABS har i samarbejde med MESU undersøgt forholdene for personer med misbrugsproblemer i asylsystemet og påpeget begrænsninger i forhold til stofbehandling, fordi de forskellige offentlige instanser og sociale tilbud har svært ved at koordinere indsatser og ikke kender hinandens lovgrundlag.¹¹

Der eksisterer flere studier og rapporter, der fokuserer på sundhedssituationen for uregistrerede migranter, som ikke er hjemløse. En række akademiske artikler fra hhv. 2011, 2012 og 2014 er kritiske over for indskrænkningen til akut sundhedsbehandling af uregistrerede migranter og konsekvenserne heraf, såsom utilstrækkelig behandling af sygdomme. Ligeledes belyser de, hvordan migranter tyer til selvbehandling og selvmedicinering pga. manglende adgang til det danske sundhedssystem.¹² Et studie sammenligner adgang til sundhed for migranter i forskellige europæiske lande og er kritisk over for Danmarks overholdelse af internationale konventioner, når der udelukkende tilbydes akut sundhedsbehandling¹³ (se næste afsnit for information om retten til sundhed i international og europæisk lovgivning).

Røde Kors' sundhedsklinik udgiver hvert år en årsrapport, hvori organisationen beskriver de forskellige udfordringer, som uregistrerede migranter generelt oplever med begrænset adgang til sundhedssystemet for sygdomme, der ikke er akutte tilstande.¹⁴ For nylig blev et større studie udført af MESU i samarbejde med Røde Kors' sundhedsklinik. Dette studie viser flere barrierer, som uregistrerede gravide og børn oplever i adgang til sundhedsbehandling, hvilket kan have negative konsekvenser for både mors og barns helbred.¹⁵ IMR udgav i 2016 en rapport om sundhedssituationen for kvinder og børn, som er uregistrerede migranter, og denne rapport stillede sig ligeledes kritisk over for uregistrerede kvinders manglende adgang til graviditetsundersøgelser samt manglende adgang til sundhedsbehandling for uregistrerede børn i Danmark. IMR's rapport om uregistrerede migranter fra 2018 nævner også begrænset

8 Schmidt 2012.

9 Kastanje & Hof 2017:23; Barbu & Cioraru 2019:17.

10 Ravnbøl 2017.

11 Østergaard 2017:51-56.

12 Biswas, Kristiansen, Krasnik & Nørredam 2011 og Ehmsen, Biswas, Jensen, Krasnik og Nørredam 2014.

13 Biswas, Toebes, Hjern, Ascher & Nørredam 2012.

14 Se <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/sundhedsklinik>.

15 Boye et al., kommende.

sundhedsbehandling med specifikt fokus på gravide og børns situation med manglende adgang til graviditetsscreening, vaccinationer og generel sundhedsbehandling.¹⁶

Der er foretaget langt flere studier af cpr-registrerede hjemløse borgeres adgang til sundhedssystemet og de udfordringer, som de, på trods af denne registrering, oplever i sundhedsvæsenet. De referencer, der listes her, udgør udelukkende et mindre udvalg. Eksempelvis undersøger flere studier foretaget af forskere for Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (herefter VIVE, tidligere SFI) i detaljer høj dødelighed blandt hjemløse¹⁷ samt gængse sygdomme/sundhedsproblematikker blandt hjemløse borgere (såsom hepatitis C, hiv og tuberkulose, lungebetændelse, hudinfektioner, og stofafhængighed).¹⁸ Studierne påpeger desuden, hvordan hjemløse borgere har begrænset adgang til psykiatrisk behandling, hvis de er stof- eller alkoholafhængige (og omvendt).¹⁹ Derudover har KABS udgivet en række publikationer om stofafhængiges begrænsninger for at modtage sundhedshjælp samt social støtte, når de forskellige tilbud ikke koordineres.²⁰ Rådet for Socialt Udsatte udgiver hvert år en årsrapport, som gør status på udviklingen i forhold til socialt udsattes vilkår i Danmark.²¹ En række akademiske artikler sætter desuden fokus på psykisk sygdom og høj dødelighed blandt hjemløse borgere med psykisk sygdom.²² En artikel fra 2011 belyser de udfordringer, som sundhedsfaglige ansatte oplever i mødet med uregistrerede migranter, såsom manglende sygdomshistorik, sprogbarrierer og usikkerhed omkring finansiering af sundhedsydelse.²³

Fleere internationale studier omhandler sundhedstilstanden blandt uregistrerede migranter i forskellige dele af verden. Herunder kan nævnes studier foretaget af FEANTSA, som er en europæisk organisation, der arbejder for at forbedre hjemløses vilkår og rettigheder.²⁴ WHO har udgivet forskellige rapporter, bl.a. en rapport om migranter og flygtninges ret til sundhed²⁵ samt en rapport om migranternes ret til sundhed i EU.²⁶ Det Europæiske Agentur for Fundamentale Rettigheder (herefter FRA) udgav i 2011 et studie, som sammenlignede migranternes adgang til sundhedsbehandling i 10 EU-medlemslande (Danmark var dog ikke inkluderet).²⁷

Hvad gælder studier i de nordiske lande, udgav Amnesty International i 2018 et studie om hjemløse migranter i Sverige, hvori et kapitel beskriver adgang til sundhedsbehandling.²⁸ Studiet vurderede, at sundhedsbehandlingen til uregistrerede migranter er utilstrækkelig, og at migranternes sundhedssituation var bekymrende. Røde Kors tilbyder sundhedsbehandling til uregistrerede migranter i Danmark, Sverige, Norge og Finland og udgiver hvert år rapporter, der beskriver de muligheder og begrænsninger, som findes for sundhedsbehandling i de pågældende lande²⁹ (se mere information om Røde Kors' klinikker for udokumenterede migranter i Danmark i næste afsnit).

16 Kiørboe 2018.

17 Benjaminsen, Birkelund, Enemark & Andrade 2018.

18 Benjaminsen et al. 2013.

19 Benjaminsen et al. 2013; Benjaminsen et al. 2018; Pedersen et al. 2012. Johansen 2009; Rådet for Socialt Udsatte 2017.

20 Se <https://viden.kabs.dk/information/publikationer/>.

21 Rådet for Socialt Udsatte 2019.

22 Nielsen, Hjorthøj, Erlangsen & Nordentoft 2011; Nordentoft & Wandall-Holm 2003.

23 Jensen et al. 2011.

24 FEANTSA 2013 og FEANTSA 2017.

25 WHO 2018.

26 Rechel et al. 2011.

27 FRA 2011.

28 Amnesty International 2018.

29 Se mere information på: <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/migrasjon/>; <https://www.rodakorset.se/fa-hjalp/vard-for-papperslosa/>; <https://www.redcross.fi/node/1557/health-issues>.



Mario

Mand med hiv og rift ved endetarmen

CASE 7

Mario er en 35-årig mand fra et EU-medlemsland. Han har tidligere boet ti år i Italien, hvor han arbejdede i byggebranchen. Han har været i Danmark i perioder gennem de sidste seks år sammen med sin kone. De sover på gaden og lever af returpant og salg af hjemløseavisser. Mario fortæller, at han blev diagnosticeret med hiv i Italien i 2003. Han modtog ikke behandling på det tidspunkt. Senere vendte han hjem til hjemlandet og startede i hiv-behandling. Her mødte han også sin nuværende kone og blev gift, og sammen har parret en søn. Hverken hans kone eller barn har fået hiv, siger Mario.

Mario fortæller, at han stoppede med at tage sin medicin i 2013, fordi han følte, at han havde det godt og selv mente, at sygdommen ikke var så slem. Efter noget tid fik han det meget dårligt, og i 2014 blev han indlagt i sit hjemland og igen opstartet i hiv-behandling. Samme år rejste han og hans kone til Danmark for første gang. Mario fortæller, at han ofte glemmer at tage sin medicin, fordi de lever på gaden, og nogle gange bliver han så optaget af at samle flasker, at han glemmer medicinen. Han får sin medicin fra hospitalet i Danmark. Han fortæller, at han jævnligt går til kontrol på hospitalet, hvor

de tager blodprøver og justerer hans medicin. Han har fået en id-kode og en journal, fordi han ikke har et CPR-nummer, fortæller Mario.

Mario fortæller yderligere, at han for nylig er blevet opereret for rift ved endetarmen (anal fissur) i hjemlandet. Han havde store smerter og henvendte sig på hospitalet, som opererede ham. Mario fortæller, at han rejste tilbage til Danmark umiddelbart efter operationen, fordi han havde brug for at tjene penge. Han har meget gæld og måtte tage yderligere lån for at dække hospitalsudgifter. Derfor rejste han tilbage til Danmark for at samle returpant over sommeren. Dog har han store smerter efter sin operation og skal skifte bandager ofte, fordi der kommer væske fra såret. Mario synes, det er svært at holde såret rent, nu hvor han bor på gaden og ikke kan komme i bad. Han løber også tit tør for rene bandager til sit sår og konkluderer derfor: "Jeg vil prøve at gå op på klinikken igen for at få rensset såret ... jeg har kun været her i ti dage, og jeg vil gerne blive lidt længere, før jeg tager hjem, fordi jeg har så meget gæld derhjemme."



Chris

Mand med psykisk sygdom

CASE 8

Chris er en 27-årig mand fra et EU-medlemsland. Han er rejst frem og tilbage mellem hjemlandet og Danmark i perioder gennem de sidste fire år. Han har andre familiemedlemmer, som arbejder i Danmark, men Chris holder sig for sig selv, siger han. Han fortæller, at han bedst kan lide at være alene og ikke vil skændes med sin familie. Chris sover for det meste på gaden. Kun når vinteren er værst, søger han indenfor på de nødtilbud med overnatning, som modtager migranter, fortæller han. Chris siger, at han har fået flere bøder for at sove på gaden.

Chris fortæller, at han har psykiske problemer, og at han har været indlagt mange gange i hjemlandet. Flere gange har han også været tvangsindlagt, fordi han har modsat sig behandling. Sidst han blev tvangsindlagt, havde han overfaldet en nabo derhjemme, siger Chris. Han fortæller om bæltefiksering og tvangsmedicinering på hospitalet i hjemlandet, fordi han var aggressiv.

Chris fortæller, at han ofte kan føle vrede og blive aggressiv. Han har derfor søgt hjælp hos en psykiater i Røde Kors' sundhedsklinik. Han får medicinsk behandling, som han siger, at han følger. Chris beskriver sin situation således: "Nogle gange, når jeg har en krise, så har jeg det rigtig dårligt ... i hovedet ... jeg bliver rigtig

ubehagelig og vred." Chris fortæller, at han ofte får det værre, når han også får andre, somatiske sygdomme. Han har ofte hudinfektioner og hudkløe og har fået behandling i Røde Kors' sundhedsklinik.

Chris beskriver videre, hvordan han føler sig stresset, fordi han bor på gaden. Han tjener meget lidt på at samle returpant og har svært ved at tjene nok til at købe mad m.m. Han fortæller også, at han er stresset over at have gæld i hjemlandet. Hverken han eller hans familie kan afbetale gælden, hvilket gør, at han ikke kan vende hjem, siger Chris. Han bekymrer sig om sin familie, som han gerne vil hjælpe økonomisk, men ikke kan hjælpe tilstrækkeligt.

Chris understreger gentagne gange, at han synes, livet er meget hårdt, og at han føler sig træt. Han prøver at følge sin psykiatriske behandling, men synes, det er svært, fordi han er hjemløs og ikke har et hjem, hvor han kan hvile sig, når medicinen gør ham sløv. Han er bange for at falde i søvn, hvis han tager medicinen, hvorved han kan blive anholdt, fordi han sover på en bænk. Chris afslutter sin forklaring: "Når jeg tager min medicin, føler jeg mig træt og vil sove. Når jeg er på gaden, prøver jeg at hvile mig på en bænk, men jeg falder hele tiden i søvn ... jeg kan ikke lide at være her mere, jeg er træt af at løbe rundt efter flasker og møde politiet".

Perspektiver på retten til sundhed og dansk lovgivning

Dette studie har til formål at bidrage med ny empirisk viden om, hvordan uregistrerede og hjemløse migranter oplever deres sundhedssituation, mens de er i Danmark. Det er derfor ikke hensigten at præsentere en juridisk analyse af deres rettighedssituation og ej heller evaluere implementeringen af eksisterende lovgivning på området i Danmark. Indsigt i lovgivningen er dog yderst vigtig for at forstå grundlaget for migranternes handlemuligheder samt konsekvenserne af den nationale lovgivning, også med et bredere perspektiv på europæisk og international lov, som etablerer retten til sundhed. For at forstå de empiriske cases samt nogle af de etiske udfordringer, som mange fagpersoner oplever i mødet med migranterne, er det nødvendigt at kort skitsere dele af den lovgivning, der sætter konteksten for de relevante behandlingsmuligheder og sociale tilbud, som migranterne oplever.

Retten til sundhed er beskrevet i FN's menneskerettighedskonventioner, i WHO's deklARATIONER samt i europæisk lov.³⁰ Danmark har tiltrådt en række internationale konventioner om sociale, økonomiske og kulturelle rettigheder samt forbud mod diskrimination, som etablerer retten til sundhed for alle, også for personer med uregistreret ophold.³¹ Desuden er alle EU-medlemslande forpligtet under EU-lovgivning til at levere sociale rettigheder til EU-borgere på lige fod med nationale borgere ifølge EU-rettens regler om fri bevægelighed.³² Dog har flere studier beskrevet, hvordan stater generelt gives en bred skønsmargin og implementeringsfrihed, når det kommer til de positive forpligtelser til at sikre opfyldelsen af økonomiske og sociale rettigheder, der inkluderer retten til sundhed.³³ Flere stater fortolker retten til sundhed for uregistrerede migranter til primært at omhandle akut sundhedsbehandling på hospitalerne. Til eksempel tilbyder de fleste nordiske lande primært akut sundhedsbehandling til uregistrerede migranter. Dog skal det nævnes, at alle de skandinaviske lande på nær Danmark tilbyder sundhedsbehandling til gravide og børn uanset opholdsgrundlag og registrering. Ydermere har uregistrerede migranter i Sverige siden en lovændring i 2013 på lige fod med asylansøgere haft ret til sundhedsbehandling, som ikke kan vente (vård som inte kan anstås). Hvorvidt behandling ikke kan vente skal afgøres af den behandlende læge eller tandlæge i Sverige i det konkrete tilfælde i forhold til kriterier, som bl.a. refererer til sværhedsgraden af sygdommen samt risiko for alvorlige følger, hvis behandlingen ikke tilbydes, eller risiko for udvikling af en alvorlig sygdomstilstand. Desuden evalueres risikoen for, at manglende behandling vil medføre et mere omfattende behov for senere sundhedsindsatser, og om man ved behandling vil kunne undgå mere ressourcekrævende akutte behandlingsindsatser.³⁴ Den svenske lovgivning på dette område er ét eksempel, men der er langt flere detaljer i de forskellige europæiske landes sundhedslovgivning, som ikke kan behandles inden for rammerne af dette korte studie.

Flere internationale organisationer har rejst kritik af EU-medlemsstaternes begrænsede sundhedsydelse til migranter og flygtninge. Til eksempel anbefalede FN's Komité for Økonomiske, Sociale og Kulturelle rettigheder i november 2019 Danmark at fjerne begrænsningerne i adgangen til gratis sundhedsydelse

30 IMR 2016; Kiørboe 2018; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014.

31 Den Europæiske Menneskerettighedskonvention; FN's Konvention om Sociale, Økonomiske og Kulturelle Rettigheder; Lignende rettigheder er også beskyttet af FN's Konvention om Børns Rettigheder, FN's Konvention om Afskaffelse af Alle Former for Diskrimination Imod Kvinder; FN's Konvention om Rettigheder for Personer med Handicap og FN's Konvention om Afskaffelse af Alle Former for Racediskrimination, her i IMR 2016:8-9.

32 Etableret i de europæiske traktater, direktiver og forordninger og domme af EU-domstolen, her i IMR 2016:11.

33 IMR 2016:9.

34 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014:13 og Socialstyrelsen (Sverige.) 2014.

Se også information om sundhedsbehandling fra Røde Kors i Sverige <https://www.rodakorset.se/fa-hjalp/var-d-for-papperslosa/>.

ser for udokumenterede børnemigranter og kvindelige migranter.³⁵ Også en ansat i WHO, som blev interviewet i forbindelse med dette studie, påpegede sådanne begrænsninger:

”

Adgang til sundhedsydelse for flygtninge og migranter varierer meget i EU og også inden for landenes egne grænser. Adgang til sundhedsbehandling er ofte afgrænset til borgere og dermed begrænset for migranter og flygtninge.

Medarbejder i WHO, 2019

EU-borgere har ret til det europæiske sygesikringskort (EHIC), som på dansk ofte kaldes det blå sygesikringskort. Dette udstedes af Europa-Kommissionen som et kort, der giver adgang til nødvendig og offentlig sundhedsbehandling under et midlertidigt ophold i et af de 28 EU-medlemslande samt Island, Liechtenstein, Norge og Schweiz på samme betingelser og med samme omkostninger (gratis i nogle lande) som landets borgere.³⁶ I praksis er der dog en række begrænsninger, da den offentlige sygesikring i de forskellige EU-medlemslande varierer meget. Flere lande knytter f.eks. sundhedsforsikring til beskæftigelse og udsteder dermed ikke et europæisk sygesikringskort til personer, som er arbejdsløse. Samme problematik gør sig gældende for hjemløse personer, som ikke har en registreret bopælsadresse. Derfor er det europæiske sygesikringskort ikke en mulighed, som fattige, arbejdsløse og hjemløse i flere EU-medlemslande kan benytte sig af. Denne begrænsning for anvendelsen af den europæiske garanti for adgang til sundhedsbehandling blev også uddybet af interviewpersoner i dette studie:

”

Et af de store problemer er adgang til almen sundhedsbehandling. Akut behandling er som regel muligt, selvom det også kan være en udfordring til tider. Til eksempel, hvis der er tale om EU-borgere, som forventes at have forsikring i hjemlandet, men hvor det ofte ikke er tilfældet [...] men det europæiske sygesikringskort er ikke en løsning på de sundhedsmæssige problemer for hjemløse i udlandet, fordi det kort er knyttet til din sundhedsforsikring i hjemlandet.

Medarbejder i FEANTSA, 2019

I Danmark begrænses retten til gratis sundhedshjælp og andre relaterede serviceydelser efter krav om lovligt opholdsgrundlag.³⁷ I dansk lovgivning er retten til sundhed beskrevet i sundhedsloven samt serviceloven, som diskuteres i de næste afsnit.

35 Se pkt. 63 i Anbefalinger fra FN's Komité om Økonomiske, Sociale og Kulturelle rettigheder til den danske stat (12. november 2019), her i uofficiel oversættelse, IMR 2020.

36 Se Europarådet 2020.

37 Hertil har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2014 vurderet, at Danmark overholder sine internationale og regionale forpligtelser, se Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014. Flere studier stiller sig dog kritiske over for Danmarks tolkning af de internationale forpligtelser, se f.eks. Biswas et al. 2012; Kiørboe 2018.



Samuel

Mand med stofafhængighed

CASE 9

Samuel er en 32-årig mand, som stammer fra et EU-medlemsland. Han har gennem hele sin barndom rejst rundt i Europa med sine forældre, og af samme årsag har han ikke gået i skole og kan ikke læse og skrive. Som 18-årig blev han gift og rejste med sin kone til Italien for at arbejde. Samuel fortæller, at han i Italien prøvede at ryge stoffer for første gang. Samuels kone blev meget forskrækket over episoden, og han lovede hende ikke at bruge stoffer igen, fortæller han. Han fortæller videre, at han ikke kunne holde sig fra stofferne, som fik ham til at føle en svimlende og beruset fornemmelse i kroppen. Parret har senere fået to børn, og som årene er gået, er Samuel blevet mere stofafhængig, primært af heroin.

Efter at have boet i Italien, hvor begge børnene blev født, rejste parret videre til Frankrig. Her blev de registreret og fik en bolig og adgang til sundhedshjælp og metadonbehandling, fortæller Samuel. Årsagerne til, hvorfor parret forlod Frankrig, er uklare i Samuels fortælling. Samuel fortæller dog, at han blev bange for at bo i deres område pga. eskalerende vold og flere episoder med hadforbrydelser. Parret rejste tilbage til hjemlandet, hvor deres datter og søn nu bor hos deres mormor. De rejste så videre til Danmark, hvor de har opholdt sig periodisk de seneste fem år.

Samuel fortæller, at han har smerter i højre side ved leveren. Han mener selv, det er relateret til hans stofbrug. Samuel ønsker at stoppe med at bruge stoffer, fordi han ved, at hans kone bliver ked af det. Hun har et svagt hjerte, forklarer han, og han vil ikke have, at hun bliver mere syg. Derfor forsøger Samuel at holde det hemmeligt, når han tager heroin, forklarer han. Han forsøger

desuden at tage metadon for ikke at bruge stoffer. Fordi han ikke kan komme i behandling med metadon, da han ikke er cpr-registreret, køber Samuel metadon på gaden. Samuel husker, at han havde en periode på tre år i Frankrig, hvor han ikke tog heroin, fordi han var i metadonbehandling, men mener, at han ikke kan blive stofferne kvit, så længe han bor på gaden i Danmark. Der er for mange stofafhængige i miljøet, han opholder sig i, og han bliver for let fristet, siger han. Samuel understreger, at hans onkel, som også er stofafhængig, havde ret, da han engang advarede ham og sagde: "Først leger du med stofferne, men med tiden er det stofferne, som leger med dig."

Samuel fortæller, at han har det dårligt, og at det især er om natten, at hans abstinenser er værst. Nætterne er også de værste pga. den bekymring, som han og hans kone har for at sove på gaden. Samuel fortæller om en episode, hvor parret vågnede ved, at de kunne mærke en stærk varme. Nogen havde sat ild til den barnevogn, som parret bruger til at transportere deres ting, og som stod ved siden af dem, mens de sov. To forbipasserende personer løb over til dem og skubbede barnevognen væk fra Samuel og hans kone. Få minutter senere lød et brag, da noget i barnevognen eksploderede. Samuel er rystet over oplevelsen og fortæller, at de kun har det tæppe tilbage, som de sov i, og som han nu bærer på sig i en plasticpose. Samuel siger, at han ikke ved, hvor de skal hen i fremtiden, måske vil de blive i Danmark. Han frygter at vende tilbage til Frankrig, og parret har ingen muligheder for at tjene penge i hjemlandet.

Sundhedsloven

I Danmark er ydelser efter sundhedsloven som udgangspunkt betinget af bopæl, det vil sige registrering i folkeregistret. Personer uden bopæl i landet, herunder uregistrerede migranter og turister m.v., har kun ret til sundhedsydelser i begrænset omfang efter sundhedsloven.³⁸ Sundhedslovens § 80, stk. 1, jf. § 8, og sygehusbekendtgørelsens § 5³⁹, giver ret til akut sygehusbehandling m.v. i opholdsregionen. Dette omfatter tilfælde af ulykke, pludseligt opstået sygdom og fødsel eller forværring af kronisk sygdom m.v. Dermed er sundhedsvæsenet forpligtet til at yde akut sundhedshjælp i hospitalsregi til enhver person, som opholder sig i landet, men ikke til at yde længerevarende behandlingsforløb. Ekskluderet er f.eks. kontroller, opfølgning og alle ikke-akutte undersøgelser, som varetages på hospitalet og af praktiserende læger og speciallæger. Hvis behandlingen ikke er akut, men gives, fordi det ikke skønnes rimeligt at henvise personen til behandling i hjemlandet, eller fordi personen ikke kan tåle at blive flyttet, kan regionen opkræve betaling.⁴⁰

Der blev foretaget en ændring af sundhedsloven i marts 2019 (trådte i kraft 1. juli 2019)⁴¹, hvor krav om betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark blev skærpet. Regionerne kan nu kun undtagelsesvist yde akutbehandlingen gratis. Dog står der i en vejledning til den reviderede sundhedslov, at regionerne under visse omstændigheder kan skønne det rimeligt at yde behandlingen vederlagsfrit. Der står direkte, at sådanne undtagelsestilfælde f.eks. kan være hjemløse, uregistrerede migranter og personer, som åbenlyst ikke er i stand til at betale for behandlingen.⁴² Dog er der tydeligvis usikkerhed om, hvad den nye lov betyder i praksis for hjemløse og uregistrerede migranter. Flere interviewpersoner fra sundhedssektoren, som deltog i dette studie, frygter, at hjemløse patienter uden cpr-nummer kan blive afvist eller opkrævet betaling, hvis de på behandlingsstederne modtages af personer, som ikke har kendskab til nuancerne i loven. Der er også bekymring for, om uregistrerede migranter vil undlade at kontakte hospitalet ved alvorlig sygdom pga. frygt for efterfølgende opkrævning.

38 Sundhedsloven jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26/08/2019; IMR 2016:16; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014:28.

39 Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. (Sygehusbekendtgørelsen) jf. bekendtgørelse nr. 657 af 28/06/2019.

40 Ibid.

41 Se Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven 2018/1 LSV 111.

42 Se Sundheds- og Ældreministeriets vejledning nr. 9610 af 04/07/2019.



Viktor

Mand med følger efter trafikuheld

CASE 10

Viktor er en 50-årig mand fra et EU-medlemsland, som har rejst rundt i Europa i mange år. Han har arbejdet i byggebranchen i Spanien, Italien og Grækenland. Han har været i Danmark i perioder gennem de sidste fire år. Viktor er skilt, og i hjemlandet bor hans tidligere kone og hans voksne søn. Viktor forklarer, at hans søn har et arbejde og nogle gange sender Viktor penge, hvis han ikke kan tjene nok på returpant til at forsørge sig. Viktor fortæller, at han er storryger og drikker en smule, men han mener ikke selv, at han er alkoholafhængig. Viktor havde håbet på at finde arbejde i byggebranchen i Danmark, da han rejste hertil første gang. Han forsøgte flere steder, forklarer han, og prøvede også andre brancher. Det lykkedes ham ikke. Han taler ikke dansk eller engelsk, hvilket gjorde det sværere for ham at søge arbejde.

For to år siden var Viktor ude for en påkørsel af en lastbil. Han beskriver situationen således: "Jeg gik på gaden med mine poser med flasker. Jeg ville krydse gaden og så, at der kom en lastbil kørende, men troede, at den ville holde tilbage. Men måske så chaufføren mig ikke, for han kørte lige ind i mig. Jeg røg ind under lastbilens hjul." Viktor forklarer, at han var indlagt på hospitalet i næsten en måned, hvor han først lå i koma. Han husker, at han fik stærk smertestillende medicin, og at han gennemgik flere operationer, hvor der bl.a. blev indsat skruer i hans ben. Da han blev udskrevet fra hospitalet, blev han fløjet hjem til sit hjemland og flyttede ind hos sin ældre mor. Han forsøgte, med sin brors hjælp, at finde en advokat, som kunne hjælpe ham med at søge kompensation for ulykken. Advokaterne i hjemlandet kræ-

vede høje salærer, men til sidst fik Viktor gratis retshjælp i Danmark. Sagen blev for nyligt afsluttet, og Viktor fik tilkendt kompensation.

Viktor fortæller, at han fik at vide, at han skulle kontakte hospitalet i hjemlandet for at få fjernet nogle af skrueerne. Dette gjorde Viktor, men forklarer, at han måtte betale for behandlingen på hospitalet i hjemlandet. Derfor fik han ikke fjernet alle de skruer, som var planlagt. Viktor siger, at han stadig har store smerter i benene. De svulmer meget op, og han har begrænset mobilitet i sine ben. Viktor har også forsøgt at kontakte Røde Kors' sundhedsklinik pga. sine smerter i benene. Her har han fået ordineret smertestillende (Panodil). Viktor fortæller, at klinikken forsøgte at henvise ham til udredning på hospitalet, men fordi hans situation ikke længere er akut, og da han ikke er cpr-registreret, ville han selv skulle betale for behandlingen.

Viktor beskriver, at han føler sig deprimeret og trist, fordi han har så mange smerter. Livet som hjemløs og hans livshistorie påvirker ham også, siger han. Ved spørgsmålet om, om han har snakket med en psykiater eller psykolog om sin situation svarer Viktor: "Hvad skal jeg sige til en psykiater... at jeg er ked af det? Alle på gaden er kede af det!" Han slutter sin fortælling med at sige: "Ingen lægger rigtig mærke til mig eller bryder sig om, hvordan jeg har det. Jeg har faktisk ikke nogen at tale med, og jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre".

Serviceoven og opholdsgrundlag

For at få social støtte efter serviceoven skal man have lovligt ophold i Danmark.⁴³ Udenlandske borgere fra andre EU-lande kan efter gældende regler opholde sig tre måneder i Danmark uden at skulle ansøge om opholdstilladelse. Er personen arbejdssøgende, kan vedkommende blive i Danmark i op til seks måneder og herefter så længe, vedkommende kan dokumentere reelle muligheder for at blive ansat. I vurderingen af opholdsgrundlaget vil der altså være tale om en individuel vurdering fra sag til sag. For personer, der er statsborgere i et land uden for EU/EØS, svarer en gyldig opholdstilladelse i et andet Schengenland til et visum. Det vil sige, at de har ret til at opholde sig i Danmark i op til tre måneder, men ikke ret til at arbejde (arbejdstilladelse).⁴⁴ Personer, der søger ophold i Danmark, f.eks. asyl, er omfattet af serviceoven. Den tages dog kun i anvendelse, hvis Udlændingestyrelsen vurderer, at det er nødvendigt, og at personens behov ikke kan dækkes indenfor f.eks. asylsystemet.

Kommunerne må efter serviceoven kun yde bistand til personer, som har lovligt opholdsgrundlag i Danmark. Serviceoven fastsætter rammerne for de serviceydelser og tilbud, som kommunalbestyrelsen er forpligtet til at tilbyde borgerne. Det kan bl.a. omfatte rådgivning, specialrådgivning, hjælpemidler, støtte- og kontaktpersonordninger, hjælperordninger, ledsagelse, botilbud, sociale behandlingstilbud, socialpædagogisk støtte m.v.⁴⁵ I en analyse af serviceovens anvendelsesområde i forhold til udlændinge med processuelt eller ikke lovligt opholdsgrundlag, udarbejdet af Social- og Indenrigsministeriet i 2016, skriver ministeriet således, at begrebet "lovligt ophold" ikke er defineret nærmere i serviceoven, men at det tolkes, som at personer, for at få ret til hjælp, fysisk skal opholde sig i landet samt skal have lovligt ophold, som dette defineres i udlændingeloven. Det er ikke afgørende, om modtageren har dansk indfødsret, og lovligt ophold omfatter både midlertidigt og fast ophold.⁴⁶

Boformer etableret efter serviceovens § 110 (som herberger og forsorgshjem) er dermed underlagt reglerne om opholdskrav. Frivillige og private tilbud, som ikke er etableret efter serviceoven, kan altid yde hjælp af akut karakter til udsatte personer uanset deres opholdsgrundlag. Dette inkluderer til eksempel nødovernatningspladser i landets kommuner.⁴⁷

Selvom Socialstyrelsen udarbejdede en redegørelse for anvendelse af serviceoven for personer med processuelt eller ulovligt ophold, er området stadig præget af uklarhed omkring, hvordan ansatte og frivillige i diverse private tilbud skal forholde sig til implementeringen. Der har længe været diskussion om, hvordan ansatte og frivillige i sociale organisationer i det daglige, praktiske arbejde skal kunne have mulighed for at afgøre en brugers opholdsstatus, og hvorvidt dette er et ansvar, der i det hele taget bør pålægges civilsamfundet. Den uklarhed, der hersker på området, gør mange ansatte og frivillige i sociale organisationer usikre, hvilket også er tydeligt i de interviews, der er udført i forbindelse med dette studie. Aspekter af denne usikkerhed beskrives nærmere i afsnittet om etiske udfordringer.

43 Lov om social service (Serviceoven) jf. lovbekendtgørelse nr. 798 af 07/08/2019.

44 IMR 2016.

45 Sagsnr. 2015-6337. Analyse af serviceovens anvendelsesområde i forhold til udlændinge med processuelt eller ikke lovligt opholdsgrundlag. Social- og Indenrigsministeriet 29. juni 2016. Side 6; Social- og Indenrigsministeriet 2017.

46 Jf. også punkt 11 i vejledning nr. 1 til serviceoven om serviceovens formål og generelle bestemmelser i loven, her i Sagsnr. 2015-6337. Analyse af serviceovens anvendelsesområde i forhold til udlændinge med processuelt eller ikke lovligt opholdsgrundlag. Social- og Indenrigsministeriet 29. juni 2016. Side 8.

47 Eksempelvis blev der i budgetaftalen 2020 for Københavns Kommune afsat 700.000 kr. til etablering af overnatningsmuligheder for hjemløse i vintermånederne i perioden 2020-2023 (uddelt via en § 18-særpulje. se <https://www.kk.dk/artikel/ansoegningsrunde-sikring-af-noed-overnatningspladser-hjemloese-i-vintermaanederne-2020-2023>).



Johannes

Mand med diabetes 2 og senkomplikationer

Johannes er en 64-årig mand, som stammer fra et land uden for EU (tredjeland). Han har tidligere boet mange år i Portugal, hvor han stadig har opholdstilladelse. Han havde bolig og arbejde i Portugal, og han har gennem årene forsørget sin familie i hjemlandet med indtægten fra arbejdet i Portugal. Da den portugisiske økonomi blev påvirket af den globale finanskrisen og eurokrisen, mistede Johannes sit arbejde. Johannes forsøgte at ansøge om pension grundet sin alder, men det blev afvist, fortæller han. Hans søgen efter nyt arbejde bragte ham til Danmark i 2013. Han rejser kontinuerligt mellem Danmark og Portugal, hvor han har løsarbejde og sæsonarbejde. I Danmark samler han returpant og overnatter på gaden. Når Johannes har mulighed for det, sender han penge til sin familie, fortæller han.

Mens Johannes boede i Portugal, blev han diagnosticeret med diabetes 2. Han begyndte at modtage behandling ved diagnosticeringen (i år 2006). Dog gik der mange år, hvor han ikke tog sin medicin regelmæssigt, fortæller han. For et par år siden blev Johannes indlagt på hospitalet i Danmark, fordi han blev dårlig. Det viste sig, at hans helbred var stærkt forværret grundet hans diabetes. Han har forværret syn og nyreproblemer. Johannes beskriver, at det værste for ham var, at han ingenting vidste om sin sygdom og ikke kunne kom-

munikere med personalet på hospitalet omkring sin situation. Han forstod ikke, hvad den korrekte behandling var, eller hvad han skulle undgå. Johannes fortæller som et eksempel, at han dagligt drak sodavand og ikke vidste, at det var usundt for ham. Det var først igennem kontakt til et af de sociale væresteder i byen, at han begyndte at forstå sin situation bedre, forklarer Johannes. Han begyndte at gå til kontrol hos Røde Kors' sundhedsklinik, som hjælper ham med medicinen. Han får forholdene omkring sin sundhedssituation forklaret af en tolk, fortæller han. Ved sidste besøg i Røde Kors-klinikken udtrykte lægen bekymring over hans nyrers tilstand, som skal undersøges nærmere.

Johannes føler sig meget svækket dels pga. diabetes og dels pga. sin alder, smerter i benene, synsbesvær, og fordi han ikke sover nok. Han lever på gaden og er meget nervøs om natten, fordi han frygter, at politiet skal anholde ham. Derfor har han de senere år sovet meget lidt hver nat, og det påvirker ham. Han føler sig udmattet, stresset og har hovedpine. Johannes fortæller, at han meget gerne ville rejse tilbage til sit hjemland, men at han er fattig og ikke har mulighed for at forsørge sig selv eller sin familie, hvis han vender hjem.

CASE 11



Rashid
Mand med epilepsi

CASE 12

Rashid er en 57-årig mand fra et land uden for EU (tredjeland). Rashid fortæller, at han ankom til Danmark for 28 år siden. Her søgte han om asyl grundet forholdene i hjemlandet. Han blev dengang overført til et asylcenter og blev registreret med cpr-nummer m.m. Rashid lider af epilepsi og modtog sundhedsbehandling, mens han var tilknyttet centeret. Han fortæller, at han også fik sociale ydelser, og derfor kunne han i midten af 1990'erne leje sin egen lejlighed. Rashid har lært dansk, men det er ikke lykket ham at få et arbejde i Danmark. Rashid fortæller videre, at han for flere år siden fik afslag på asyl. Det betyder, at han ikke længere modtager økonomisk støtte og derfor har måttet opgive sin lejlighed. Han flyttede derefter til en større by og er nu hjemløs og sover på gaden. Rashid er nervøs for, om de danske myndigheder vil sende ham hjem, men hver gang han kontakter dem med spørgsmål om sin sag, får han samme svar, at "ingen ved noget". Rashid uddyber videre: "I 2004 sagde de, at jeg skulle deporteres, men så skete der ikke noget, og politiet tjekker ofte mine dokumenter. Jeg forstår ikke helt, hvad der sker."

Rashid har i mere end to år ikke taget sin epilepsimedicin, da han ikke har råd til at købe den, nu hvor han er hjemløs. Når han har haft epileptiske anfald, er han blevet kørt på skadestuen akut. Hospitalet har dog ikke

kunnet udskrive medicin til Rashid til længere perioder og har derfor anbefalet ham at kontakte Røde Kors' sundhedsklinik. Rashid er nervøs, fordi han ofte får epileptiske anfald, hvor han mister bevidstheden, og han er nervøs for, hvad der kan ske for ham som hjemløs under disse anfald. Sidste gang han havde haft et anfald på gaden, opdagede han, at hans taske var blevet stjålet under anfaldet. Han fortæller, at han også føler sig stresset og har ondt i hele kroppen, fordi han sover ude. Desuden har han for nyligt fået problemer med sin prostata, og han har fået en tid på hospitalet for at få den undersøgt.

Ved spørgsmål om sine tanker om fremtiden fortæller Rashid, at han ikke ønsker at vende tilbage til hjemlandet, da han er bange for, hvad der kan ske ham, fordi han har søgt politisk asyl i Danmark. Han har også været væk fra hjemlandet i næsten 30 år og har ingen familie tilbage, fortæller han. Rashid ønsker dog heller ikke at blive ved med at leve som hjemløs på de danske gader: "Jeg lever hver eneste dag udenfor, jeg har ingen penge, jeg har ingen mad ... jeg får ingen hjælp, og jeg vil meget gerne have hjælp. Jeg er udenfor og har intet sted at tage hjem til ... jeg ved ikke, hvorfor jeg stadig er i Danmark."

Ordensbekendtgørelsen

Datamaterialet i dette studie viser, at det ikke kun er sundhedsloven og serviceloven, der sætter visse begrænsninger for de migranter, som er blevet interviewet. Ordensbekendtgørelsen blev i 2017 revideret med henblik på at skabe forbud mod etablering af lejre (§ 3, stk. 4) samt meddelelse af zoneforbud (§ 6, stk. 3).⁴⁸ Disse nye paragraffer kaldes ofte for lejrforbuddet og zoneforbuddet. Formålet med den reviderede lovgivning har været at styrke politiets muligheder for at anholde personer, som menes at overnatte eller på anden måde tage ophold i det offentlige rum af en karakter, der af politiet vurderes at være en lejr, der skaber "utryghed" (hvilket dog ikke defineres videre). Siden 2017 har den reviderede lovgivning ført til flere anholdelser, bødestraf, zoneforbud og administrative udvisningsdomme af hjemløse migranter. De nyeste tal på området viser, at der fra 1. april 2017 til 31. december 2019 er rejst 550 sigtelser for overtrædelse af lejrforbuddet (§ 3, stk. 4).

Flere danske institutioner og organisationer såsom IMR og Gadejuristen har kritiseret den reviderede lovgivning for at kriminalisere hjemløshed samt påpeget, at det primært er udenlandske hjemløse, som anholdes efter den nye lovgivning.⁴⁹ I sin seneste rapport om Danmark har Europarådet ligeledes fremført kritik af den reviderede lovgivning. Europarådet påpeger, at mens migranter kun udgør 8 pct. af den samlede gruppe af hjemløse i landet, udgør de størstedelen af de anholdte for overtrædelse af lejrforbuddet (422 rumænere og 12 danske statsborgere).⁵⁰ FN's Komité for Økonomiske, Sociale og Kulturelle rettigheder udtrykte i november 2019 også bekymring over den reviderede lovgivning, som de påpegede var med til at kriminalisere hjemløshed.⁵¹ Flere retssager angående lejrforbuddet såvel som zoneforbuddet for overtrædelse af lejrforbuddet har været prøvet ved de danske domstole. Efter at tre sager har frifundet de anklagede, har statsanklageren sat de resterende sager i bero pga. uklarhed om tolkningen af de nuværende regler. I den forbindelse opfordrer bl.a. Gadejuristen til, at lejrbestemmelsen afskaffes.⁵² Interviews med migranter i dette studie samt med ansatte og frivillige i sociale organisationer giver indblik i en række sociale konsekvenser af den ændrede lovgivning. Det indbefatter øget fysisk og psykisk udmatelse såsom søvnmangel, stress og angst blandt flere af migranterne. Disse konsekvenser beskrives nærmere i studiets næste tre afsnit.

48 Bekendtgørelse om ændring af Ordensbekendtgørelsen jf. Bekendtgørelse nr. 305 af 31/03/2017. Desuden ændredes straffelovens § 197 med henblik på at forøge strafferammen for betleri, se Straffeloven jf. lovbekendtgørelse nr. 976 af 17/09/2019.

49 Kjørboe 2018;13 (for IMR); Gadejuristen 2020.

50 Europarådet (2020): art. 77-83.

51 Se pkt. 47 og 48 i Anbefalinger fra FN's Komité om Økonomiske, Sociale og Kulturelle rettigheder til den danske stat (12. november 2019), her i uofficiel oversættelse, IMR 2020.

52 Gadejuristen 2020.



Mia

Kvinde med brystbetændelse

CASE 13

Mia er en 41-årig kvinde fra et EU-medlemsland. Hun er rejst til Danmark alene for at forsørge sin familie, som er blevet hjemme, og som består af hendes mand, to børn på hhv. 12 og 18 år og et barnebarn. Før hun ankom til Danmark, var Mia i Italien. Hun har aldrig fået en uddannelse og kan ikke læse eller skrive. Hun har været i Danmark i perioder gennem de sidste tre år, hvor hun samler returpant og sælger hjemløseblade. Mia sov i en periode på et herberg for kvinder i København. Men da hun ikke er i målgruppen for herberget, som primært henvender sig til kvinder med sociale problemstillinger, kunne Mia ikke sove der mere end to måneder, fortæller hun. Hun sover derfor alene udenfor nu, enten på bænke eller i parker. Mia er meget bange for at sove alene og har før i tiden sovet på oplyste steder, som foran butiksvinduer på befærdede gader. Dog har politiet informeret hende om, at dette ikke er lovligt, og Mia sover derfor nu på mere afsides og skjulte steder i byen. Mia afslutter med at sige: "Jeg sover alene og håber, at Gud våger over mig".

For ca. otte måneder siden begyndte Mia at få smerter i sit ene bryst, som var rødt og hævet, og hun fik feber. Hun blev undersøgt i Røde Kors' klinik for udokumenterede migranter, og lægen forklarede hende, at hun havde tegn på alvorlig brystbetændelse. Hun blev afhentet af en ambulance og indlagt på hospitalet. På hospitalet blev brystet opereret, og hun fik penicillin mod betændelsen. Hun fik besked om at møde til kontrol ad flere omgange, hvilket hun gjorde, indtil en morgen hvor hun blev anholdt af politiet for at sove på gaden. Hun blev taget ind på stationen og fik senere en bødestraf. Samme dag, som hun blev anholdt, havde hun tid til kontrol på hospitalet. Mia forklarede dette til politiets tolk og fremviste brevet fra hospitalet med sin mødetid. Hun blev dog ikke kørt til hospitalet til sit kontrolbesøg.

Mia fortæller videre, at hun, da hun var indlagt på hospitalet, var meget opsat på at blive udskrevet, fordi hun var stresset over at skulle tjene penge til sin familie derhjemme. Lægerne rådede hende til at blive længere, men hun ville ud og samle returpant for at sende penge hjem. Mia forklarer, at hun er den eneste, som forsørger familien. De har brug for penge til at dække basisbehov som mad, tøj og gas- og elektricitetsregninger. Mia fortæller, at familien også har meget gæld, som de skal afbetale. Gælden er til banken samt til uformelle pengeudlånere i den lille by, de bor i derhjemme. Mia er nervøs, fordi pengeudlånerne ofte truer familien med repressalier, hvis de ikke betaler. Mia forklarer, at gælden blev optaget til bl.a. at dække udgifter til lægebehandling for hendes mand, som er kronisk syg, samt for hendes svigerforældre, som er ældre og har flere forskellige sygdomme. Mia fortæller, at de har fået afslag på statslig sundhedsforsikring i hjemlandet, da de har gæld til staten for ubetalte bøder. Bøderne har de fået, fordi hendes mand har kørt i hestevogn på hovedvejene, da han arbejdede med at samle skrot i hjemlandet. Derfor rejser Mia nu til Danmark, så hun kan afbetale gæld derhjemme samt dække sundhedsudgifter for familien og basisbehov. Mia forklarer, at hun, efter at være blevet anholdt af politiet for at sove på gaden, er blevet angst for politiet. Hun kan ikke sove om natten og har haft flere panikanfald. Angsten for politiet kombineret med smerter i brystet og bekymringer over familiens situation med gæld får Mia til at føle stress, hovedpine og angst. For at dæmpe angsten og behandle sin brystbetændelse er Mia begyndt at tage medicin, som hun har fået af bekendte, der også er i gademiljøet. "Jeg tager medicinen og håber på, at pillerne kan få det hele til at gå over", forklarer Mia. Mia afslutter med at sige, at hun ville ønske, at hun kunne få et arbejde, så hun kunne afbetale sin gæld og vende hjem til sin familie.

Migranternes kontakt med private sociale tilbud

Kun få af migranterne i dette studie opsøger kontakt med sociale myndigheder, og ingen benytter sig af § 110-botilbud. Flere af migranterne har dog har kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med indlæggelser, og enkelte har kontakt med sygeplejerskegade teams i hhv. København og Århus.

Næsten alle migranterne i dette studie, som opholder sig i København, har haft kontakt med Røde Kors' sundhedsklinik i København. Flere har kontaktet klinikken mere end én gang. De fleste har opsøgt klinikken for at få kontakt med en læge eller en tandlæge. Enkelte har haft kontakt med en frivillig psykoterapeut. Røde Kors har siden hhv. 2011 og 2014 drevet sundhedsklinikker for udokumenterede migranter i hhv. København og Aarhus, og i 2019 åbnede endnu en klinik i Odense. Klinikkerne tager imod patienter, som ikke har adgang til det offentlige sundhedsvæsen, fordi de ikke har opholdsgrundlag, der kan give adgang til et CPR-nummer og dermed et gult sygesikringskort. Sundhedsklinikkerne har år for år set et stigende antal patienter. Siden den første klinik i København åbnede i 2011 og frem til januar 2020, har de haft 6.500 patienter fordelt over 21.700 besøg. Klinikkerne drives af Røde Kors med 300 frivillige læger, sygeplejersker, jordemødre, tandlæger, fysioterapeuter, analytikere, tolke m.m.⁵³ Klinikernes finansiering kommer primært fra private fonde og donationer og fra lokale Røde Korsafdelinger. Røde Kors' sundhedsklinikker er den primære aktør, som tilbyder en bred vifte af ikke-akut sundhedsbehandling, der normalt varetages af praktiserende speciallæger. Klinikken kan i nogle tilfælde hjælpe med medicin samt henvise videre til frivillige speciallæger. Der er endvidere tilknyttet tandlæger, jordemødre, sundhedsplejersker, fysioterapeuter og bioanalytikere (til visse typer blodprøver). Klinikken kan henvise patienter videre til hospitalet i tilfælde af akut sygdom.⁵⁴

Derudover opsøger næsten alle migranterne i dette studie forskellige væresteder, der drives af sociale organisationer i hhv. København og Århus, som til eksempel: Kirkens Korshær, Frelsens Hær, Røde Kors, Blå Kors og Grace, Hugs&Food (KBH), projekt UDENFOR, Mændenes Hjem (Kbh.), Reden, Café Klare (Kbh.), og flere andre aktører. Gadejuristen i København har flere haft kontakt med i forbindelse med retshjælp. De sociale organisationer har forskellige tilbud. Det kan være dagtilbud, som væresteder, hvor de kan få f.eks. mad, bad, hvile og tøjvask. Enkelte af migranterne opsøger nattilbud som nødovernatning og natcafeer. Mange af disse private aktører koordinerer samarbejdet omkring udsatte brugere og har også erfaring med samarbejde i kommunalt regi med henblik på indlæggelse, hjemrejse m.m. De af migranterne, som opholder sig i stofmiljøet, opsøger diverse tilbud rettet mod stofbrugere, hvor de kan få hvile, tøjvask, mulighed for at tilgå stofindtagelsesrum samt sundhedshjælp. Eksempelvis tilbyder Sundhedsrummet i København, varetaget af Mændenes Hjem, sundhedshjælp til socialt udsatte med fokus på stofbrugere.⁵⁵

53 Røde Kors Danmark, 2020:2.

54 Røde Kors Danmark, 2020:7.

55 For mere information, se <https://maendenes hjem.dk/sundhed/>.



CASE 14

Gadens ufortalte historier Svær psykisk sygdom

På Københavns og Århus' gader lever personer, som har psykiske lidelser i et omfang, der gør, at deres livshistorier er svære for dem selv at fortælle eller for andre at forstå. Deres tilstand kan i mange tilfælde forhindre, at deres narrativer bliver fortalt og hørt – historier, der er altafgørende for at forstå nogle af de udfordringer, som de allermest udsatte i vores samfund oplever. Vi har derfor her samlet nogle brudstykker:

Jonathan er en mand i 70'erne. Han kommer efter eget udsagn fra et EU-medlemsland, men har boet i det meste af Europa. Han har børn, fortæller han, og remser navne og aldre op. Hvor mange børn, og præcis hvor gamle de er, varierer i Jonathans historie, men de lader til at være voksne. Meget andet af det, Jonathan fortæller, er svært at forstå. Han taler i korte sætninger, afbryder sig selv og er ofte også stærk beruset. Han mumler meget af tiden for sig selv. Jonathan har været i København længe, siger han, men ingen ved hvor længe. Han holder sig for sig selv og græder meget for derefter at afbryde sig selv, når han bryder ud i sang.

Dina er en kvinde i 60'erne, som kommer fra et EU-medlemsland. Hun rejser med sin mand, fortæller hun. De sover på gaden og lever af mad og returpant, som de finder i skraldespandene. Dina græder meget og fortæller gentagne gange om sin bror, som blev seksuelt misbrugt, da han var barn. Dina er bange, siger hun. Hun virker angst i forhold til sine omgivelser, især over for mænd. Dina taler meget om Gud og fortæller, at Gud taler til hende og siger, hvad hun skal gøre; hvad der er rigtigt og forkert.

David er en mand i 60'erne, som kommer fra et EU-medlemsland. David er plaget af stemmehallucinationer og føler sig forfulgt. Han gemmer sig på gaden, fordi nogen er efter ham, fortæller han. David afslutter ikke sine sætninger, men afbryder sig selv i samtalen, når stemmerne taler til ham. David fortæller, at han i sit hjemland har været indlagt på psykiatrisk afdeling på et hospital, fordi han har skizofreni. Han har ikke været på hospitalet i Danmark, siger han. David fortæller, at han har besøgt Røde Kors' sundhedsklinik og har talt med en psykiater. Han husker dog ikke, hvornår det var, eller hvor ofte han kom der.

Adrian er en mand i 30'erne, som kommer fra et EU-medlemsland. Han sover på gaden og lever af returpant, siger han. Han virker glad og smiler og griner meget. Han taler i en lind strøm om emner, der konstant skifter. Han snakker med alle mennesker, han møder på gaden. Adrian taler dog hverken engelsk eller dansk og spørger ofte undrende, hvorfor folk ikke svarer ham. Adrian har svært ved at forstå simple spørgsmål og sætninger, som skal gentages. Andre personer i gademiljøet gør tit grin med ham og kalder ham "langsom". Adrian griner, når de taler sådan til ham, og trækker på skuldrene. Han er interesseret i social kontakt og besøger mange af byens forskellige væresteder, hvor han får tøj, mad og rum til at snakke.

3. SUNDHEDSSITUATIONEN FOR UREGISTREREDE OG HJEMLØSE MIGRANTER

I dette afsnit præsenteres en liste over gængse sygdomme blandt de interviewede migranter, og centrale sundhedsaspekter diskuteres. Det er vigtigt at understrege, at der ikke er indsamlet sundhedsjournaler eller sagsakter fra politiet. Dermed er nedenstående oplysninger om de interviewedes sundhedstilstand udelukkende baseret på deres subjektive oplevelser og fortællinger. Disse er trianguleret med interviews med sociale organisationer og sundhedsfagligt personale. Hensigten med dette afsnit er at præsentere en række empiriske eksempler, som kan åbne for en mere generel diskussion af sundhedssituationen for hjemløse og uregistrerede migranter. Derfor skal listen over sygdomme ikke anses som værende komplet og repræsentativ for alle hjemløse migranter, men rettere som en oversigt over sygdomme og tilstande, der gjorde sig gældende for interviewpersonerne i gruppen af hjemløse migranter i dette studie. Dog nævnes de sygdomme, som denne gruppe af interviewpersoner fortæller om, også af sundhedsfaglige interviewpersoner som værende gængse sygdomme blandt de migranter, de har haft som patienter.

Hyppige sygdomme blandt de interviewede migranter:

- Influenza, halsbetændelse, øvre luftvejsinfektioner m.m.
- Smerter fra bevægeapparatet: f.eks. fra skulder, ryg, ben m.m.
- Alvorlige infektionssygdomme: f.eks. hiv, hepatitis C og B, tuberkulose og multiresistente bakterier
- Hudirritation og hudinfektioner
- Behov for sårpleje
- Kroniske sygdomme: astma/KOL, diabetes 2, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, hjertekarsygdomme
- Knoglebrud
- Tandproblemer
- Seksuelt overførte sygdomme som f.eks. hiv, gonorré, klamydia og fnat
- Psykisk sygdom: stress og angst samt svær psykisk sygdom såsom svær depression, selvmordstanker, personlighedsforstyrrelser og skizofreni
- Afhængighedsproblematikker: rygning, alkohol, stoffer samt blandingsmisbrug
- Kombination af somatiske, psykiatriske lidelser med alkoholafhængighed og/eller stofafhængighed
- Sundhedsudfordringer specifikke for kvinder: reproduktiv sundhed (graviditet og fødsel, uønsket graviditet, behov for prævention), sygdomme i kvindelige kønsorganer, urinvejsinfektioner, brystbetændelse m.m.

Som det ses, er der en stor diversitet i sundhedstilstanden og sygdomshistorierne blandt migranterne, som lever på gaden. Sygdommene spænder bredt fra forkølellestilstande og øvre luftvejsinfektioner til sårinfektioner og kroniske sygdomme samt svære psykiatriske lidelser og kombinationer af flere somatiske/psykiske lidelser med alkohol- og/eller stofafhængighed. Ligeledes beskriver de empiriske cases tydeligt, hvordan der også er stor diversitet, når det gælder de uregistrerede og hjemløse migranternes livssituation. De kommer fra forskellige dele af verden både inden for og uden for EU. Nogle har kun været i Danmark i en kortere periode, mens andre har været her i mange år. Nogle er kommet til landet som arbejdssøgende migranter, mens andre er rejst herop af andre personlige årsager. Hvor nogle har været hjemløse fra ankomsten, har andre haft en bopæl i en periode, som de dog har mistet (se f.eks. Rashid, case 12).

De empiriske cases komplementeres med citater fra interviewpersoner i sociale organisationer samt i sundhedssektoren, som har kontakt med hjemløse og uregistrerede migranter. Disse påpeger, at diversiteten i sundhedstilstanden og dermed sundhedsbehovene blandt denne gruppe af migranter er lige så stor som blandt cpr-registrerede hjemløse. Forskellen er derimod mulighederne for behandling, som er langt mere begrænsede for patienter uden cpr-registrering. Disse begrænsninger udfolder sig på flere planer og diskuteres mere indgående over de følgende sider.

”

Dels er der de helt almindelige ting, som alle folk fejler. De er forkølede, de hoster, de snotter, de har ondt i ryggen. Kvinderne ønsker prævention. De er blevet gravide, og det er ikke meningen. De får kønssygdomme. Altså, helt almindelige ting, som alle mennesker fejler. Det gør ikke nogen forskel, om de bor på gaden, eller om de bor derhjemme, om de bor i Danmark eller Rumænien. Også psykisk sygdom for den sags skyld. Og så er der bare dem, der lige har tvistet mere. De har så en psykisk sygdom, de har et misbrug, de har svært ved at tage vare på sig selv. De kan ikke følge en behandlingsplan. De er multimorbide, polyfarmaci – alt muligt, som er svært, når man ikke har en bolig og et godt netværk. Så er de bare endnu mere belastede.

Læge, 2019



George

Mand med hiv og hepatitis B

CASE 15

George er en 33-årig mand fra et EU-medlemsland, som har rejst periodisk mellem Danmark og hjemlandet de sidste ti år. George rejser for det meste alene, men til tider rejser hans kone med. De lever primært af returpant og salg af hjemløseaviser. George og hans kone sover på gaden og har fået flere bøder for at sove på gaden. De har klaget over en bødestraf og venter stadig svar på deres sag. George er blevet diagnosticeret med hiv i Danmark. Han fortæller, at sygdommen blev opdaget efter et besøg i Røde Kors' sundhedsklinik. Han følte sig utilpas og besvimele og blev kørt til hospitalet. Her blev han undersøgt og diagnosticeret med hiv, lungebetændelse og hepatitis B. Han blev opstartet i behandling på hospitalet.

George fortæller, at han har ledt efter et sted at bo, fordi det er svært at bo på gaden, når man er hiv-positiv og skal tage medicin dagligt. Han har efterspurgt muligheden for at bo i et socialt boligbyggeri eller et værelse på et herberg, men har fået at vide, at det ikke muligt, siger han. Nu sover han i stedet på nødherberger, når de er åbne, og ellers på gaden. Udover at det er svært for George at huske at tage sin medicin, når han bor på gaden, er han også bange for, at andre hjemløse skal få at vide, at han er hiv-positiv. George fortæller, at der er mange fra hans hjemland, som tænker dårligt om hiv-positiv, og at han er bange for, hvad der kan ske, hvis nogle af dem, som bor på gaden i Danmark, hører om hans sygdom. Han frygter, hvad de vil sige til ham, at de vil kalde ham øgenavne, og at de kan fortælle det videre til hans familie i hjemlandet.

Dengang George fik konstateret hiv, vidste han meget lidt om sygdommen. Han fortæller, at hans fætter døde af hiv/aids, og at han derfor først var bange for selv at dø: "Jeg spurgte lægen om, hvor længe jeg havde at leve i, og lægen svarede, at så længe jeg følger min behandling, så skal jeg nok leve. Jeg var bange og tænkte 'Gud, hvorfor sker det her for mig?'. Jeg sagde også til min kone, at hun skulle testes, fordi man kan jo give sygdommen videre til andre". George har fået hiv-behandling på hospitalet i Danmark. Han fortæller, at hans behandling for et år siden blev stoppet med besked om, at siden han ikke er cpr-registreret, kan han ikke modtage gratis behandling. Dog tog George tilbage til hospitalet og spurgte om hjælp igen. Han blev undersøgt, og de kunne se, at han ikke havde taget hiv-medicin i den tid, hans behandling havde været indstillet. Nu modtager han igen medicinsk behandling og går jævnligt til kontrol. Hospitalet gav ham også behandling for hepatitis B.

[Kort efter at interviewet med George fandt sted, fortæller hans kone, at han ikke længere er i Danmark. George blev anholdt af politiet fordi han gentagne gange havde sovet på gaden. Han blev udvist med administrativt indrejseforbud, beretter hans kone, som yderligere forklarer, at hun forsøgte at kontakte politiet og fortælle, at George var i gang med et hospitalsforløb, men at dette ikke har ændret på deres afgørelse. Hans hiv-behandling på hospitalet er derfor blevet indstillet, fordi han ikke er mødt op til kontrol.]

Hyppige somatiske sygdomme i interviewgruppen af migranter

I samtalerne med læger og sygeplejersker, som ofte møder uregistrerede migranter, forklarer disse, at hvor nogle patienter opsøger Røde Kors' sundhedsklinik med komplicerede forløb, kommer andre med mildere almene sygdomme. Det kan f.eks. være forkølelse, luftvejsinfektioner (halsbetændelse og lungebetændelse) og virusinfektioner. Disse noget mildere sygdomstilstande forværres af livet på gaden, hvor de opholder sig og især sover i det fri, med begrænsede muligheder for at skærme sig fra vejret og med utilstrækkelig påklædning og ernæring. Fordi denne gruppe af migranter ikke har mulighed for at kontakte praktiserende læger i almen praksis, opsøger mange Røde Kors' sundhedsklinik for at få behandling.

Flere migranter, som blev interviewet i dette studie, beskriver smerter fra bevægeapparatet, f.eks. fra skulder, ryg, ben m.m. Disse smerter kan forværres af at sove og opholde sig på gaden, hvor de sover under dårlige forhold, og hvor de går mange km hver dag f.eks. i søgen efter returpantsemlage. Et eksempel er Simon i case 20, som lider af rygsmerter, der startede, efter at han begyndte at overnatte på gaden i Danmark. Simon kom til Danmark for fem år siden, for at søge arbejde, men lever nu som hjemløs. Simons case er meget lig historierne fra mange andre arbejdsmigranter, som bor i hjemløshed i Danmark, og som er rejst herop, efter at de blev arbejdsløse i forbindelse med den globale økonomiske krise og eurozonekrisen i Sydeuropa.⁵⁶

Tre personer i dette studie beretter om alvorlige infektionssygdomme såsom hiv, hepatitis C og B, tuberkulose og multiresistente bakterier. Det kan være sygdomme, de har fået konstateret forud for deres ankomst til Danmark, eller som de har fået, eller fået konstateret, mens de har boet i Danmark. Et eksempel er George (case 15). Han fik konstateret hiv og hepatitis B efter at have kontaktet Røde Kors' sundhedsklinik, som henviste ham videre til udredning på hospitalet. Behandlingen blev dog afbrudt, da George blev anholdt for at overnatte på gaden og udvist af Danmark. Problematikken med afbrudt sundhedsbehandling ved anholdelse ses i flere empiriske cases i denne rapport og diskuteres i afsnit 4.

Fem personer i dette studie fortæller om kroniske sygdomme, og enkelte har flere kroniske sygdomme. Disse inkluderer astma/KOL, diabetes 2, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesteroltal og hjertekarsygdomme. Et eksempel er Ariana i case 2, som igennem flere år har haft astma/KOL samt diabetes 2 og hjertesygdom. Ariana er meget bekymret for sit helbred og tager ofte kontakt til Røde Kors' sundhedsklinik. De kontrollerer hendes diabetes og blodtryk og kan udskrive astmamedicin, men de kan ikke udrede Ariana for hjertesygdomme eller henvise til hospitalet, medmindre hendes hjertesygdom er akut. Et andet eksempel på kroniske sygdomme er Johannes i case 11, som fik konstateret diabetes for mange år siden i Portugal, hvor han i sin tid arbejdede i landbruget, men fordi han ikke vidste nok om sin sygdom og fulgte sin behandling, har han nu en række senkomplikationer (bl.a. nedsat syn).

To interviewpersoner i gruppen af hjemløse migranter beretter om behov for sårpleje. Et eksempel er Mario i case 7, der er blevet opereret for en rift ved endetarmen (anal fissur), men har svært ved at holde såret rent, da han bor på gaden og dermed ikke har mulighed for at skifte bandager hyppigt eller mulighed for tøjvask, bad m.m. En anden person, som både lider af kronisk sygdom, diabetes og sår på foden, er Anna (case 4). Anna er psykisk meget påvirket af at leve som hjemløs og er angst for at være på gaden alene, især om natten, fortæller hun. Anna glemmer derfor ofte at tage sin diabetesmedicin. Anna har været i behandling på hospitalet i Danmark for sår på

⁵⁶ Ravnbøl 2017 og 2018b; Maroukis, Iglicka, & Gmaj 2011.

foden, men har svært ved at overholde anvisningerne for fodpleje, når hun lever på gaden. Fordi Anna har diabetes, er der stor risiko for sår på fødderne, og hun henvender sig derfor hos lægerne i Røde Kors' sundhedsklinik.

Flere personer i dette studie oplever problemer med hudirritation og hudinfektioner (såsom eksem eller fnat). Sådanne tilstande forværres ved hjemløshed og hermed manglende muligheder for at udføre kropshygiejne, hudpleje, tøjvask m.m. Et eksempel er de seks unge mænd, som er stærkt heroinafhængige (case 3). De unge mænd fortæller, at de ofte har problemer med hudinfektioner, hvilket forværres af deres begrænsede muligheder for at vaske tøj og gå i bad. En enkelt har opsøgt hospitalet for behandling af sår, men blev afvist, da hans situation ikke var en akut sundhedstilstand. Ingen af de seks mænd har opsøgt Røde Kors' sundhedsklinik, men enkelte har kontaktet Sundhedsrummet, som primært henvender sig til socialt udsatte i stofmiljøet i København.

To kvindelige hjemløse migranter beskriver sundhedsudfordringer, som er specifikke for kvinder. Disse inkluderer reproduktiv sundhed (graviditet og fødsel, uønsket graviditet, behov for prævention m.m.) samt sygdomme i kvindelige kønsorganer, hyppige urinvejsinfektioner, brystbetændelse m.m. Flere interviewpersoner fra sociale organisationer understreger problematikken ved manglende adgang til sundhedsbehandling for gravide kvinder ud over den akutte tilstand ved fødsel. Det betyder, at kvinderne ikke har adgang til kontroller og screening under graviditeten. Ligeledes understreges det af flere interviewpersoner fra sundhedssektoren og sociale organisationer, at børn i praksis ikke har adgang til sundhedsbehandling, hvis de og forældrene ikke er registrerede. Flere rapporter beskriver disse problemstillinger for uregistrerede (men ikke hjemløse) migranter og giver konkrete anbefalinger (se kommende studie af MESU i samarbejde med Røde Kors' sundhedsklinik).⁵⁷ Fordi der ikke var kontakt med gravide kvinder, som var hjemløse og uregistrerede under feltarbejdet, findes der i dette studie ikke en case, der beskriver denne situation.

En person i dette studie har haft knoglebrud efter påkørsel/trafikuheld. Det er Viktor (case 10), som for nogle år siden blev påkørt af en lastbil i København. Viktor blev akut indlagt i en alvorlig tilstand og undergik efter eget udsagn flere operationer. Da han efter et længerevarende ophold på hospitalet blev udskrevet, anbefaledes han at konsultere egen læge i hjemlandet med henblik på at fjerne skruer efter operationen. Viktor fortæller dog, at han ikke havde råd til at betale for sundhedsbehandlingen i hjemlandet, og derfor fik han ikke skruerne fjernet som planlagt. Viktor har dagligt store smerter i sit ben, som ofte hæver op, og han har begrænset mobilitet. Efter at han er vendt tilbage til Danmark, har han kontaktet Røde Kors' sundhedsklinik, som forsøger at hjælpe med kontakt til hospitalet med henblik på at fjerne skrueerne. Dog er hans situation ikke længere akut, og hans smerter er vanskelige at afhjælpe, da de kan kræve en længere smerteudredning på hospitalet.

Alle migranterne i dette studie har tandproblemer i en vis udstrækning. Det spænder bredt fra dårlig tandhygiejne og huller til revner i tænderne, traume, paradentose m.m. Mange har fået fjernet flere tænder hos den frivillige tandlæge i Røde Kors' sundhedsklinik. Der er ikke andre steder, hvor uregistrerede migranter kan få tandbehandling, og blot ved alvorlige tandtraumer er det muligt at få behandling på hospitalet. De kan ikke søge økonomisk støtte til tandbehandling hos kommunen og er ikke en del af diverse sociale initiativer under eksempelvis Tandlægeforeningen, som i samarbejde med kommunerne henvender sig til hjemløse borgere (med bopælsadresse og cpr-registrering).⁵⁸

57 Boye et al. kommende; se også Kiørboe 2018.

58 Se mere information på <https://www.tandlaegeforeningen.dk/om-tandlaegeforeningen/det-mener-tf/maerkesager/tandpleje-til-saerligt-udsatte-patientgrupper/hjemloese/>.

To af migranterne i dette studie fortæller om seksuelt overførte sygdomme, nemlig George (case 15) og Mario (case 7), som begge har hiv. Andre eksempler er mildere, ikke-livstruende, seksuelt overførte sygdomme såsom gonorré, klamydia m.m. For disse sygdomme søger de sundhedsbehandling i Røde Kors-klinikken, som i nogle tilfælde sender dem videre til hospitalernes klinikker for kønssygdomme, hvor de også modtager behandling. Det er også muligt at henvende sig i Reden og/eller Center mod Menneskehandel, der tilbyder sundhedstjek til kvinder, som er i misbrug og gadeprostitution, herunder test og behandling for kønssygdomme.⁵⁹



Marie

Kvinde efter kønskorigerende operation

CASE 16

Marie er en 62-årig kvinde, som kommer fra et land uden for EU. Hun har rejst og boet over hele verden og siger selv, at hun har boet i 19 lande, før hun kom til Danmark. Hun bor på gaden og overlever ved at samle returpant og som gademusikant. Hun siger selv, at hun ingen familie har, fordi de enten er døde eller ikke vil have kontakt med Marie.

Marie boede nogle år i Thailand og fik her en kønskorigerende operation. Hun var dengang til kontrol seks måneder efter operationen, men har i de sidste mange år ikke været til lægen hverken i Danmark eller i andre lande. Marie fortæller, at hun nogle gange har det dårligt og gerne vil tage kontakt til en læge, men er nervøs. Hun uddyber det således: "Jeg tør ikke tage kontakt. For eksempel så slog jeg hul i hovedet for nogle måneder siden, men selv der turde jeg ikke tage på hospitalet. Jeg var bange for, at de ville deportere mig. Jeg vil ikke tilbage til mit forfærdelige land. Jeg ved, at jeg ikke er alene i at være i sådan en situation – hvis man ikke har

rettigheder her, så kan man få akutbehandling, men man risikerer også at blive deporteret. Fordi jeg ved det, så tager jeg ikke på hospitalet."

Marie mener selv, at der har været tilfælde, hvor hun burde have været tilset af en læge, og hvor hun gerne ville snakke med en læge om sin kønskorigerende operation og efterfølgende behandling, men hun tør ikke. Marie siger, at hun har røget hash og taget psykedeliske stoffer, siden hun var 17 år gammel, og at hun "føler sig bedre tilpas, når hun er skæv, end når hun ikke er det".

Marie lejede tidligere et værelse hos en ældre dame, men fortæller, at hun for nyligt blev smidt ud af sin udlejer. Hun sover nu hos nogle venner. Marie frygter at sove på gaden, fordi hun mener, at det er farligt for hende som kvinde og især som transkvinde. Hun er bange for at blive overfaldet. Marie fortæller, at hun derfor meget gerne vil rejse væk fra Danmark til et land, hvor det er nemmere at finde et sikkert sted at sove om natten.

⁵⁹ Reden samarbejder i København med Center mod Menneskehandel om Mødestedet, et drop-in-center for udenlandske kvinder, som har været udsat for menneskehandel og/eller er i prostitution, se mere information på <https://kfuksa.dk/reden-kobenhavn/generelt/om-reden-kobenhavn>. I Århus og andre steder i Danmark tilbyder Center mod Menneskehandel også sundhedshjælp til kvinder, som mistænkes at have været udsat for menneskehandel ind i prostitution, se mere information på <https://www.cmm.dk/tilbud-til-ofre/sundhedstilbud/sundhedstilbud>.



Marina

Abort, hjemløshed og gældsbekymringer

CASE 17

Marina og hendes mand er begge i 30'erne. De kommer fra et EU-medlemsland og har rejst mellem Danmark og hjemlandet i perioder gennem de sidste tre år. De er primært i Danmark om sommeren, hvor de samler returpant i byen og på sommerens festivaler rundt omkring i landet. Førhen arbejdede de mange år i Italien. Parret sender hver måned penge hjem for at forsørge deres tre børn, som bor hos deres farmor i hjemlandet.

Maria kontakter til tider Røde Kors' sundhedsklinik, hvis hun har infektion, såsom lungebetændelse, eller akutte tandsmerter. Hun har fået fjernet nogle tænder i den forbindelse. Marina har dog ofte smerter i benene og fødderne, fordi hun går mange timer hver dag i jagten på flasker og dåser med returpant. Hun får ofte vabler, og denne sommer blev vablerne meget store. Marina kontaktede et sundhedstelt på en festival, hvor de frarådede Mariana at gå lange distancer i en periode, fordi de frygtede, at vablerne kunne blive inficerede. Mariana forklarede, at hun skulle gå for at tjene penge, så i stedet fik hun vasket sine fødder og bundet bandager om. På trods af smerter og væskende vabler gik Marina på arbejde.

Marina har en enkelt gang haft et længere sundhedsforløb i forbindelse med en abort. Hun opdagede, at hun var gravid, og da parret allerede har tre børn og er meget fattige, besluttede de sig for at afslutte graviditeten. Marina fortæller, at hun gerne vil have en spiral, men at hun kommer fra en lille landsby, hvor man ikke ved så meget om disse emner [reproduktiv sundhed]. Marina kontaktede Røde Kors' sundhedsklinik og blev henvist til en spe-

cialklinik. Hun tog de piller, som lægen foreskrev, og uddyber således: "Jeg tog pillerne og tog dagen efter videre på festival. Lægen havde sagt, at jeg skulle tage pillerne og hvile mig et sted, prøve ikke at anstrenge mig for meget. Men jeg tog pillerne og tog på arbejde, fordi jeg ikke havde andre muligheder. Hvis jeg havde været hjemme, så havde jeg slappet af, men her må jeg arbejde."

Selvom Marina ikke har haft store sygdomsforløb bag sig, gør det sig gældende for samtlige af hendes sundhedsudfordringer, at hun har svært ved at finde tid til, og mulighed for, at passe på sig selv. Hun arbejder hårdt, selvom hun kan mærke, og hører fra lægerne, at hun burde hvile sig. Marina fortæller, at det er fordi, hun føler sig presset over familiens gæld i hjemlandet. Parret skylder mange penge til lokale pengeudlånere for lån, de har taget for at forsørge familien. Fordi Marinas mand har et fysisk handikap, kan han ikke finde arbejde. I stedet rejser parret rundt i Europa og søger løsarbejde eller klunser for at tjene penge. Når pengene ikke rækker, optager de nye lån til en 30 pct. rentesats hos landsbyens pengeudlånere. Desuden forklarer Marina, at hun og hendes mand er meget udmattede, fordi de ikke har et hjem, hvor de kan hvile, men sover på gaden. Hun er nervøs for, at de kan blive anholdt af politiet eller overfaldet, mens de sover, så derfor sover parret kun få timer hver nat. Marina og hendes mand har planer om at rejse til England, fordi Marinas søster har fundet arbejde på en fabrik. De håber på at kunne bo sammen med søsteren og få arbejde samme sted.

Hyppige psykiske sygdomme i interviewgruppen af migranter

Mange af migranterne i dette studie giver udtryk for forskellige former for, og grader af, psykisk sygdom. Næsten alle oplever stress og nedtrykthed over deres livssituation, og mange fortæller desuden, at de har øget bekymring, og nogle angst, fordi de er bange for at blive overfaldet eller anholdt af politiet, når de sover på gaden. Problematikken med anholdelser diskuteres i næste afsnit, der omhandler barrierer for migranternes sundhedstilstand. Et ud af flere eksempler på stress, depression og angst er Anna (case 4), som tidligere blev introduceret i afsnittet om diabetes og sårpleje. Anna fortæller, at hun tit bliver desorienteret og får panikanfald af angst om aftenen, da hun er bange for at overnatte på gaden dels pga. frygt for anholdelse og dels pga. frygt for overfald. Et andet eksempel er Viktor (case 10), som grundet store smerter i sit ben efter en alvorlig trafikulykke fortæller, at han føler sig nedtrykt, deprimeret og har søvnproblemer. I begge tilfælde er der begrænsede muligheder for at søge hjælp, da Anna og Viktors tilfælde ikke er akut psykisk sygdom. De er ikke til fare for sig selv eller andre. De kan opsøge Røde Kors' sundhedsklinik og bede om en samtale med en psykiater. Da de ikke er cpr-registrerede, har de ikke adgang til regelmæssige konsultationer hos en praktiserende læge eller i speciallægerégi (psykiater) og kan kun kontakte psykiatrisk afdeling ved akut indlæggelse.

”

Nogle af migranterne, grundet livsvilkår hjemmefra, men også de vilkår, de lever under her, begynder at udvikle psykisk ustabilitet. Og der må man jo bare sige, at i den psykiatri, som der er i dag, der anses det jo ikke det for at være et problem for psykiatrien. Det er for alment praktiserende læger, at den [behandling] ligger. Det er ikke noget, det psykiatriske system skal behandle for, fordi det ikke er en tungere psykotisk lidelse, og fordi der ikke er ressourcer i psykiatrien til at klare det, der må siges at være en folkesygdom.

Sygeplejerske, psykiatrisk gadeteam, 2019

Seks af migranterne i dette studie lider af svær psykisk sygdom såsom svær depression, selvmordstanker, personlighedsforstyrrelser og skizofreni. Et eksempel er Abraham (case 1), som har været i Danmark i mere end 14 år og lever en tilværelse på gaden. Abraham har været indlagt over flere omgange på psykiatrisk afdeling. Abraham er meget socialt tilbageholdende og afholder sig fra kontakt med andre. Han tager derfor ikke kontakt til sundhedsvæsenet eller til de sociale organisationer, som arbejder med socialt udsatte på gaden. Abraham er meget opgivende over for sin situation og fortæller, at han føler, at han sidder fast i Danmark, uden mulighed for at rejse andre steder hen (se case 1). Et andet eksempel er Chris (case 8), som fortæller, at han bliver meget aggressiv og gentagne gange har været indlagt på psykiatrisk afdeling. Han forsøger at følge sin medicinske behandling, men siger, at det er svært, når han lever som hjemløs. Han er nervøs for at tage sin medicin, da den sløver ham meget, og han er bange for at falde i søvn på gaden, hvorved politiet kan anholde ham. Et tredje eksempel er Stefan (case 6), som har forsøgt selvmord i en periode, hvor han var svært deprimeret efter at have været udsat for et groft seksuelt overgreb. Stefan blev efter overgrebet indlagt på hospitalet i Danmark til behandling og fik også psykologisk krisehjælp. Senere rejste han tilbage til hjemlandet, men han var deprimeret og fortæller, at han forsøgte selvmord. Da han senere vendte tilbage til Danmark, søgte han hjælp hos psykiateren i Røde Kors' sundhedsklinik.

Enkelte migranter, som vi træffer i forbindelse med feltarbejdet, er så plagede af svær psykisk sygdom, at de er svære at interviewe, enten fordi de ikke kan, eller ikke ønsker, at tale om deres situation, eller fordi deres historier er usammenhængende. Det er dermed svært at opnå et mere komplet syg-

domsbillede. Deres perspektiv er dog yderst vigtigt at inkludere, og derfor sammensættes deres korte historier i en samlet case i denne rapport (case 14), som omhandler gadens ufortalte historier. Disse korte historier giver begrænset indblik i personernes livshistorier, men giver dog indblik i nogle af de svære psykiske udfordringer, som socialt udsatte migranter oplever. Deres kontakt med sundhedsvæsenet er begrænset, eftersom de generelt vægrer sig for kontakt med myndighederne. Da de ikke er cpr-registrerede, kan de ikke tilbydes længerevarende forløb, som kan gives til cpr-registrerede borgere (se afsnit 4 for en mere detaljeret beskrivelse af muligheder og begrænsninger for psykiatrisk behandling).



Mikael

Mand med alkoholafhængighed

CASE 18

Mikael er en 31-årig mand fra et EU-medlemsland, som har været i Danmark i fire år. Han forlod oprindeligt sit hjemland for at arbejde i Italien. Efter et par måneder i Italien mistede han dog sit arbejde, fordi hans arbejdsgiver gik falit og lukkede sin forretning. Mikael talte med en bekendt, som sagde, at han havde et arbejde til ham i rengøringsbranchen. Mikael rejste derfor til Danmark og gjorde rent i lejligheder og på kontorer, fortæller han. Dog fik han aldrig en kontrakt fra sin arbejdsgiver, som til sidst også undlod at betale ham. Mikael forlod derfor sit arbejde og er nu hjemløs og arbejdsløs. Han har forsøgt at kontakte forskellige jobcentre for at finde arbejde, men uden held, fortæller han. Han fortæller, at de på jobcenteret informerede ham om, at han skulle have et cpr-nummer og snakke dansk, hvis han gerne ville have et arbejde. Derfor samler Mikael nu returpant og lever på gaden, fortæller han.

Mikael er begyndt at drikke meget, mens han har boet på gaden i Danmark, fordi han har følt sig frustreret over sin situation, fortæller han: "Der var en periode, hvor jeg ikke havde noget ... det eneste, jeg lavede, var at samle flasker. Jeg havde ingen penge, kunne ikke få arbejde, og alt, hvad jeg tjente, gik til cigaretter og alkohol. Nu ryger jeg to pakker om dagen. Det er på grund af stress ... man tænker meget over tingene, når man lever på denne her måde."

Mikael fik engang en infektion i hånden, fordi han havde skåret sig, da han ledte efter flasker i en skraldespand. Han fik behandlet sit sår og infektionen på skadestuen. Han har også været indlagt med en alkoholforgiftning. Han husker, at han blev kørt til hospitalet med ambulance. Mikael fortæller, at han forsøger at drikke mindre, men at det er svært, og at han af den grund har tabt sig meget i vægt og nu vejer 55 kg.

Når Mikael føler sig dårligt tilpas, opsøger han Røde Kors' sundhedsklinik. De hjælper ham med undersøgelser, siger han. Lige nu er han bekymret for sin lever, fordi lægen i klinikken har sagt, at hans lever er påvirket af alkoholforbruget. Mikael har også fået fortalt, at han har forhøjet blodtryk, og lægen mistænker, at hans hjertefunktion måske er påvirket, men det sidste er ikke blevet undersøgt, siger Mikael. Han fortæller, at han engang fik udstedt et EU-sygesikringsbevis, fordi han betalte for en sundhedsforsikring i hjemlandet. Han har dog ikke taget kortet med til Danmark og ved ikke, om han kan bruge det her, siger han.

Mikael har planer om at vende hjem til sit hjemland, fordi han efterhånden har opgivet håbet om at finde et arbejde i Danmark, fortæller han. Han har hele sin familie derhjemme og ønsker at kunne forsørge dem. Han håber også at kunne stoppe helt med at drikke, selvom det ikke er lykkes for ham endnu.



Nicholas

Mand med hjertesygdom

CASE 19

Nicholas er en 40-årig mand, som kommer fra et land uden for EU (tredjeland). Han har tidligere boet og arbejdet i Spanien i over ti år og har derfor permanent opholdstilladelse i Spanien. Her arbejdede han i landbruget og sendte penge hjem for at forsørge sin kone og deres fem børn. Dog mistede Nicholas lige som mange andre sit arbejde i forbindelse med finanskrisen og eurokrisen. Efterfølgende lykkedes det ikke for Nicholas at finde et nyt arbejde, og han levede i en lang periode af løsarbejde. For fem år siden ankom han til Danmark med håbet om arbejde. Han fortæller, at han hurtigt erfarede, at det ikke ville blive muligt, da han ikke taler dansk og havde svært ved at leve op til de krav, som det danske arbejdsmarked stiller. Nicholas begyndte derfor at samle returpant: "Livet i Danmark er meget hårdt. Vi kan ikke gøre andet end at samle flasker. Vi har ikke lov til at arbejde, fordi vi er tredjelandsstatsborgere."

Nicholas besøger dagligt de sociale væresteder, men har ikke kunnet få et sted at sove om natten. Derfor sover han på gaden, men frygter at blive overfaldet, mens han sover, eller at blive anholdt af politiet: "Det med at sove er det værste her. Politiet tjekker folk og giver dem bøder. Og hver morgen, når man vågner, så takker man Gud for, at man har overlevet endnu en nat udenfor." Nicholas forklarer videre, at livsomstændighederne

som hjemløs er hårde for ham: "Derhjemme der gik jeg aldrig til lægen. Jeg drak og røg kun en lille smule. Men her [på gaden], der ryger alle, og så samler vi flasker. Jeg jagter flasken og ikke dens indhold ... men det er svært, og hvis man ikke passer på, så begynder man at drikke mere og mere. Hvis ikke man passer på, så bliver man alkoholiker, og så passer man ikke på sin krop ... i stedet straffer man sin krop med alkohol."

For to år siden fik Nicholas konstateret forstørret hjerte under et hospitalsophold. Han følte ubehag og tog til Røde Kors' sundhedsklinik. De sendte ham videre til hospitalet, som udredte ham og ordinerede medicin. Hospitalet har forklaret, at de ikke kan følge Nicholas, fordi han ikke er registreret i Danmark, og hans situation ikke længere er akut.

Nicholas håber på engang at kunne vende tilbage til Spanien og at den spanske økonomi forbedres, så han igen kan få et arbejde. Så ville han igen kunne sende flere penge hjem til sin familie, end hvad han kan lige nu, hvor han lever af returpant.

Afhængighed (alkohol og stof)

Mange af de hjemløse migranter i dette studie lever med forskellige former for afhængighed af alkohol eller stoffer. Seks interviewpersoner i gruppen af hjemløse migranter fortæller om alkoholafhængighed. Et eksempel er Martin (case 5), hvis forbrug af alkohol er eskaleret inden for de sidste to til tre år. Han fortæller, at han har været indlagt på hospitalet i Danmark for alkoholforgiftning. Fordi han var aggressiv, blev han bæltefikseret, og han fortæller, at han havde store abstinenser. I dag får Martin behandling med antabus på eget initiativ, men fordi han stadig drikker, bliver han ofte dårlig. Martin fortæller desuden, at han har angst om natten, fordi han tidligere har oplevet at blive overfaldet mens han sov, og at han bruger alkohol til at dulme sin angst. Det øgede alkoholforbrug påvirker sundhedstilstanden for flere af de interviewede hjemløse migranter. Et eksempel er Mikael i case 18, som har leverpåvirkning efter mange års alkoholafhængighed. Han udtrykker et ønske om at komme ud af sin alkoholafhængighed og rejse hjem, men han har svært ved at se, hvordan det skal kunne lade sig gøre.

Otte migranter fortæller om stofafhængighed. Et eksempel er Samuel (case 9), som er i Danmark med sin kone. Samuel fortæller, at hans heroinafhængighed startede, da han boede i Frankrig, hvor han i en periode kom i metadonbehandling. Da parret rejste til Danmark, ophørte Samuels metadonbehandling, og han tager nu igen heroin. Samuel ønsker dog at komme ud af sin heroinafhængighed og køber derfor selv metadon på gaden i Danmark. Et andet eksempel er case 3 om de seks unge mænd, som er stofafhængige. De er alle afviste asylansøgere og udviklede depression, for enkeltes vedkommende svær depression, efter at have boet i lang tid på et udrejsecenter. De følte sig isolerede fra omverden, og den anspændte stemning i centret gjorde, at de følte sig kriminaliserede og alene. De seks mænd fortæller, at de begyndte at bruge stoffer for at glemme tilværelsen på udrejsecenteret. Nu er de alle heroinafhængige. Flere af dem ønsker at komme ud af deres afhængighed, men ved ikke, hvordan det skal lykkes uden behandling, og de udtrykker alle seks håbløshed over for deres fremtid.

Enkelte af interviewpersonerne i gruppen af hjemløse migranter blander også alkohol med stoffer og/eller med medicin. I nogle tilfælde bruger personerne stoffer og alkohol, fordi de har en somatisk eller psykisk sygdom, som de har svært ved at leve med. Et eksempel nævnt tidligere er Viktor, som pga. smerter og depression efter et trafikuheld er begyndt at drikke meget alkohol.

Risikofaktorer samt sociale og økonomiske faktorer, som påvirker sundhedstilstanden

De empiriske cases og ovenstående gennemgang af de sygdomme, som de interviewede migranter oplever, viser, at der er en række risikofaktorer samt sociale og økonomiske omstændigheder, som påvirker migranternes sundhedstilstand.

”

Det er et hårdt liv at bo på gaden, så det præger dem fysisk og psykisk [...] Jeg er helt enig i, at vi generelt ser mange af de samme sygdomme, som alle danskerne også har. Jeg tænker på de kroniske sygdomme: diabetes, blodtryksforhøjelse, hjertekarsygdomme, rygerlunger, astma og så videre – det har de her stakkels migranter også. Den er bare ofte lige ti gange værre. Fordi en sukkersyge, der kræver daglig medicinering, daglige livsstilsinterventioner, forholdsregler og så videre, jamen, den sejler ret hurtigt hos mange af de her mennesker. Så vi ser svært dysreguleret diabetes og ting, som skal optimeres i behandlingen meget oftere hos disse patienter.

Læge, 2019

Blandt de interviewede hjemløse migranter, var der mange, der røg, havde højt alkoholindtag, stofbrug samt dårlig ernæring. Det er udfordringer, som disse hjemløse migranter deler med andre hjemløse borgere, og som forværrer deres sundhedstilstand.⁶⁰ Livet som hjemløs på gaden påvirker disse interviewpersoners almene sundhedstilstand i høj grad bl.a. ved dårlige overnatningsmuligheder, begrænsede muligheder for at udføre personlig hygiejne og højere risici for voldelige og seksuelle overfald m.m. Hvad angår hygiejne, er det for flere migranter i dette studie en udfordring at følge de medicinske retningslinjer for behandling af hudirritationer, hudinfektioner og sårpleje, såsom daglige bade, tøjvask, fodpleje m.m. Andre eksempler er frøntbehandling og behandling for MRSA, som kræver daglig indsmøring af cremer eller dagligt bad samt kogevaske af tøj og sengelinned. Disse aktiviteter er tæt på umulige at udføre for mange hjemløse, deriblandt også for migranterne i dette studie.⁶¹

Fleere cases i dette studie illustrerer udsathed for vold og overgreb på forskellig vis, f.eks. case 6 om Stefan, som blev udsat for seksuelt overgreb i forbindelse med ophold i en park om natten, hvor flere mænd forgreb sig på ham. Hans eksempel understreger, at såvel kvinder som mænd er i risiko for seksuelle overfald, selvom det oftest er de kvindelige migranter i dette studie, som taler om denne risiko – såsom Anna i case 4, som ikke tør sove alene uden sin mand, eller Marie (case 16), som føler sig udsat som transkvinde.

Overfald og tyveri er en del af flere af migranternes historier, deriblandt Rashid, som blev bestjålet, mens han var alene og havde et epileptisk anfald (case 12). Samuel og hans kone i case 9 blev vækket om natten, ved at barnevognen, som de brugte til at transportere deres ejendele i, var blevet antændt, mens de sov.

60 Se studier af sundhed blandt hjemløse borgere af Benjaminsen et al. 2013 og Ahlmark et al. 2018.

61 Se også her Benjaminsen et al. 2013 og Ahlmark et al. 2018.



Simon

Mand med diffuse mavesmerter

CASE 20

Simon er en 57-årig mand fra et EU-medlemsland, som har været i Danmark i perioder gennem de sidste fem år. Før han ankom til Danmark, arbejdede han flere år i Italien, Frankrig og Belgien. Han arbejdede primært i byggebranchen og havde håbet at finde et lignende job i Danmark ved sin ankomst. Det er dog ikke lykkedes, fortæller Simon, som selv mener, at det skyldes, at han er for gammel og ikke taler engelsk og dansk. I Danmark lever Simon på gaden og samler returpant. Simon er bange for at sove på gaden, fordi politiet kan anholde ham. Mange nætter holder han sig derfor vågen og prøver at hvile sig i kortere perioder i løbet af dagen i stedet. Han er derfor meget udmattet, forklarer han.

Livet på gaden og den manglende søvn påvirker også hans helbred, fortæller han. Han siger, at han har smerter i ryggen, men at han er mest plaget af smerter i maven og nedsat appetit. Simon fortæller, at han for noget tid siden følte, at han var syg i lungerne og derfor tog på hospitalet. Her fik han på skadestuen udleveret en kop med besked om at vende tilbage med en spytp prøve (for at undersøge infektion i lungerne). Simon fortæller, at det møde gjorde ham frustreret, og han uddyber således: "Det var som om, at de mente, at jeg skulle ligge

på mit dødsleje, før jeg måtte få hospitalsbehandling! De beklagede mange gange, men sagde, at det ikke var muligt for dem at behandle mig. Der gik det op for mig, at det er, fordi jeg ikke har dokumenter [cpr-registrering], så jeg gav dem plastickoppen tilbage og gik."

Simon fortæller, at hans mavesmerter allerede startede i 2012, da han var i Belgien. Det firma, han skulle arbejde for, krævede en sundhedsattest, og i den forbindelse fik Simon besked om, at hans levertal ikke var gode. Han fandt ikke ud af, hvad han fejlede, og han blev ikke ansat i det pågældende firma. I Danmark henvendte Simon sig på Røde Kors' sundhedsklinik. Der blev han videregivet til en specialist, som ikke fandt tegn på leverpåvirkning. Simon vendte dog tilbage til sundhedskliniken, fordi han gerne ville udredes for sine mavesmerter.

Simon vil gerne blive i Danmark og søge arbejde, så han kan tjene til istandsættelse af sit lille hus i hjemlandet. Her vil han bo, når han bliver gammel, siger han. Simon er enkemand og har ikke kontakt med sin voksne søn.

Selvmedicinering og begrænsninger for medicinering

Datamaterialet viser, at selvmedicinering er udbredt blandt mange af interviewpersonerne i gruppen af hjemløse migranter. Delvist sker dette pga. begrænset økonomi til at købe medicin samt manglende muligheder for at købe receptpligtig medicin, når de ikke har cpr-registrering og dermed har begrænset kontakt med sundhedsvæsenet. Desuden er der lettere adgang til nogle typer af medicin solgt i gade- og stofmiljøet. Hertil er det afgørende, at flere af disse interviewpersoner rejser hyppigt mellem forskellige lande i Europa, hvor de også kan købe medicin, især i hjemlandet. Et eksempel er Ariana i case 2, som går rundt med en stor medicintaske med medicin fra forskellige lande. Arianas situation viser, hvordan migranterne ofte gemmer medicin, som er blevet udskrevet af læger tidligere, også i andre lande, og tager det senere, hvis de føler behov for det. Dette aspekt af selvmedicinering har indflydelse på behandlingen af patienterne, hvilket påpeges af flere læger, som blev interviewet i forbindelse med studiet:

”

Selvmedicinering er et element, hvor det bliver rigtig svært. Så har man lige været i Polen og fået de her tabletter. Vi havde f.eks. et klassisk eksempel: en ældre kvinde med diabetes, forhøjet blodtryk og med hjertesvigt, som fik meget forskelligt medicin. Alt sammen noget, som bør kontrolleres. Hun kom med flere præparater, et fra en læge i Frankrig og et fra en i Polen, men hun kunne egentlig bedst lide den læge, hun havde set i Spanien... Altså, der er en udfordring i at forstå, hvad kan vi så kan tilbyde. Fordi nogle gange får vi lyst til at stoppe med noget behandling.

Læge, 2019

”

Man skal lige tænke sig om en gang imellem. I stedet for at give behandling, så er det at stoppe en behandling faktisk også en lægefaglig sundhedsydelse. Fordi der er rigtig meget medicin, som de formentlig ikke har brug for. En læge giver ét præparat. Så kommer de til en anden, som giver et andet præparat, men den læge ved ikke, at hun i forvejen får det præparat. Og når der ikke er nogen journal på patienten, noget FMK eller noget som helst, så handler lægerne i god tro. De vil jo gerne hjælpe, men de har ikke historikken, de ved ikke, hvad patienten har i den taske med medicin, hun i forvejen har derhjemme. For at give et eksempel: Jeg havde en patient i sidste uge, som fik tre gram Ibuprofen om dagen og ét gram Naproxen om dagen. For det første så ødelægger det dine nyrer. Du bliver forgiftet af det her. Og han havde taget det i flere måneder. Men det var udskrevet af to forskellige læger [...] men så bliver han sur på mig, når jeg tager den medicin fra ham. [...] Så det er en sundhedsmæssig udfordring at få patienten til at indse, at vi gør det her for at hjælpe dem. At vi stopper en behandling, som du tager, for at hjælpe dig.

Læge, 2019

En anden vigtig årsag til selvmedicinering kan være de begrænsninger, der sættes for udlevering af visse typer psykofarmaka til psykiatriske patienter, som er hjemløse, deriblandt også hjemløse migranter med psykisk sygdom.⁶² Visse typer psykofarmaka udskrives ikke grundet risiko for forkert dosering, eller fordi der er begrænsede muligheder for at udføre kliniske kontroller samt EKG og blodprøvekontrol (f.eks. ved litiumbehandling) af denne patientgruppe. Andre typer psykofarmaka udleveres ikke, da det vurderes, at de kan sælges i stofmiljøet (f.eks. benzodiazepiner, Ritalin). Dette uddybes af flere læger og sygeplejersker i dette studie:

”

Sådan noget som litiumbehandling. Ja. Der er nogle præparater, som ville være for svære – hvor det kræver, at man tager blodprøver, og at man tager den rette dosis på bestemte tidspunkter. Og der er jo – ikke sjældent – både alkohol og andet misbrug inde i billedet. Der bruger vi jo meget energi på at forklare: "hvis du både tager kokain og det antipsykotiske, så får du ikke den effekt, du ønsker". Så der er jo også en masse at forklare, samtidig med at vi selvfølgelig godt ved, at de skal klare dagen.

Sygeplejerske, 2019

Sprogbarrierer og sygdomsindblik

I flere cases er det tydeligt, at sprogbarrierer og lavt uddannelsesniveau gør det svært for mange af interviewpersonerne i gruppen af hjemløse migranter at have sygdomsindblik.⁶³ Flere har også erfaringer med sundhedssystemer i andre lande, hvor der behandles anderledes end i Danmark. Dette kan medføre misforståelser mellem læge/patient, selvmedicinering og lav compliance. Et eksempel er Johannes, som lider af diabetes, men som ikke tog medicin i mange år, fordi han ikke følte sig syg, og som i dag har senkomplikationer af sin diabetes, bl.a. nedsat syn (case 11). Et andet eksempel er George, (case 15), som ikke helt forstod, hvad hans hiv-diagnose indbefattede, og som ikke tog sin medicin regelmæssigt. Flere læger og sygeplejersker, som er blevet interviewet i forbindelse med dette studie, lægger vægt på sprogbarrierer, manglende viden om egen sundhed og andre forventninger til sundhedsbehandling som værende udfordringer:

62 Disse begrænsninger for udlevering af visse typer psykofarmaka opleves også blandt borgere og diskuteres bl.a. i studierne: Benjaminsen et al. 2013; Ahlmark et al. 2018; Pedersen et al. 2012.

63 Flere studier viser også, at sprogbarrierer udgør en udfordring i kontakten mellem borgere med anden etnisk baggrund og sundhedsvæsenet, se Nørredam & Krasnik 2011.

”

[Læge 1:] Det er noget med skolegang og forståelse. At forstå, at det [medicinen] er dagligt. Det er den der "disease-illness-opfattelse", hvor: "har jeg højt blodtryk, så tager jeg medicinen i dag". Jeg havde en patient, som ville låne et blodtryksapparat med hjem. Så kan han måle sit blodtryk hver dag. Er det højt, så tager han medicinen. Er det ikke højt, så behøver han ikke medicinen. Det er jo helt i konflikt i forhold til, hvordan vi [læger] tænker.

[Læge 2:] Ja, men, det er jo stadigvæk ganske almindeligt. Patienter, som, når de tager medicin, så forsvinder deres symptomer. Så tænker de, at de jo er raske og friske, og så behøver de ikke tage deres medicin. Så det er også noget, danske patienter kan tænke.

[Læge 3:] Det er ikke noget, der kun karakteriserer migranter. Men de har det bare i yderste potens, fordi man har alle de andre problematikker oveni.

Samtale mellem tre læger i fokusgruppe, 2019

Komplians

De empiriske cases viser, hvordan mange af de interviewede migranter har lav komplians i deres sygdomsbehandling, hvilket er en dansk oversættelse af det engelske begreb *compliance*.⁶⁴ Inden for sygepleje anvendes begrebet til at definere graden af overensstemmelse mellem patientens adfærd i forhold til medicinering, diæt og livsstil og de medicinske råd, som patienten har modtaget.⁶⁵ Der er dog flere faktorer, som forårsager lav komplians blandt migranterne, hvoraf mange har at gøre med de bredere sociale, økonomiske og politiske omstændigheder, som personen befinder sig i. Flere cases viser, hvordan migranterne ikke har mulighed for, eller glemmer, at tage medicin på bestemte tidspunkter på dagen eller møde til planlagte kontrolbesøg, når de lever som hjemløse (se f.eks. Anna i case 4). Som nævnt tidligere, viser flere empiriske cases, hvordan tilværelsen som hjemløs gør det svært for mange at opretholde det niveau af hygiejne, som medicinsk foreskrives.

En afgørende faktor, som er med til at forårsage lav komplians, er den hyppige mobilitet, som flere af migranterne udøver mellem lande i Europa eller mellem Danmark og hjemlandet. Flere eksempler i dette studie viser, hvordan nogle af migranterne rejser mellem Danmark og andre lande i Europa og får forskellige typer af behandling i de forskellige lande. Dermed glemmer eller misforstår de til tider, hvad de forskellige læger har foreskrevet af behandling, og de har tendens til at selvmedicinere med forskellige typer af medicin fra forskellige lande, som tidligere beskrevet.

Et andet meget vigtigt aspekt, som gør, at mange af interviewpersonerne blandt hjemløse migranter negligerer de foreskrevne medicinske behandlinger, er de økonomiske forpligtelser over for familien derhjemme. Flere empiriske cases omhandler arbejdsmigranter, som er rejst til Danmark for at forsørge deres familier og har efterladt små børn derhjemme hos bedsteforældrene. Familierne er fattige, og mange har optaget gæld til lokale

⁶⁴ Lindberg, Andersen, Christensen & Kampmann 2008.

⁶⁵ Lindberg et al. 2008.

pengeudlånere for at kunne forsørge sig. Nogle af migranterne i dette studie er derfor pressede i forhold til at skulle afbetale deres gæld samt sørge for, at familien får tilsendt penge til at leve for. Dermed er det økonomiske pres en konstant bekymring, der gør, at de negligerer deres eget helbred eller udsætter sig selv for øget belastning.

Et eksempel er Marina i case 17. Marina og hendes mand samler returpant på gaden og især på sommerens festivaler i Danmark. Pengene sendes hjem til deres ældre forældre og små børn, som er i hjemlandet. Dog har familien meget gæld, som de har optaget hos lokale pengeudlånere derhjemme. Lånene optog familien for at kunne forsørge sig selv og betale faste udgifter, men da renten er mellem 30–70 pct., vokser den hastigt. Marina fortæller i den empiriske case, hvordan presset for at afbetale gæld gør, at hun ignorerer kroppens tegn på udmattelse og sygdom.

Et andet eksempel er Mario, i case 7, som fik foreskrevet hvile og omhyggelig hygiejne efter sin behandling for rift ved endetarmen. I stedet tog han direkte på festival for at samle returpant, selvom han ikke havde mulighed for bad og rent tøj i den periode. Mario og hans familie har også stor gæld i hjemlandet, og han følte sig presset til at afbetale gæld samt tjene penge til at forsørge sin familie.

Disse to eksempler viser, hvordan gældsbyrden for flere migranter betyder, at de ikke kan se muligheder for at vende hjem eller rejse væk fra Danmark, selvom de måtte ønske det.⁶⁶ Disse forhold påvirker også sundhedstilstanden, og flere interviewpersoner fra sociale organisationer fortæller også, at de ser en stor forværring af arbejdsmigranternes sundhedstilstand:

”

Man kan man sige, at de sidste tre år har vi oplevet en markant stigning i den her dårlige sundhedstilstand, som fylder rigtig meget i vores arbejde. Og vi bruger rigtig mange ressourcer på at tilse sår, fysisk forfald og psykisk forfald – at de simpelthen er blevet dårligere, de her mennesker. Måske har det været nogle, der har cirkuleret i mange år, gennem mange lande, og også igennem Danmark, frem og tilbage – altså, hjemløshed sætter sig både i hjerne og krop.

Medarbejder i social organisation, 2019

⁶⁶ For yderligere studier om gæld blandt migranter i Danmark, se Ravnbøl 2018a og 2019; se også Plambech 2017; Barbu & Cioraru 2019.

4. BARRIERER, SOM PÅVIRKER UREGISTREREDE OG HJEMLØSE MIGRANTERS SUNDHEDSTILSTAND

De empiriske cases viser, at der eksisterer nogle muligheder for at hjælpe uregistrerede og hjemløse migranter, som bliver syge i Danmark. Røde Kors' sundhedsklinikker modtager mange patienter årligt⁶⁷, som de kan hjælpe i langt de fleste tilfælde via en bred vifte af ikke-akutte sundhedsbehandlinger, der normalt varetages af privatpraktiserende læger og speciallæger. Klinikkerne forsøger også inden for egne rammer at følge op på patienter, som har behov for det. De kan henvise videre til akut sundhedshjælp på sygehuset, og i nogle tilfælde kan de kontakte frivillige speciallæger. Dermed yder klinikkerne og deres frivillige sundhedsfaglige personale en afgørende indsats over for en gruppe af migranter, som ellers ikke ville kunne modtage almen sundhedshjælp. Dog er disse klinikker et initiativ fra civilsamfundet med de naturlige begrænsninger, det giver, i forhold til at kunne adressere alle sygdomme, og her peger samtlige sundhedsfaglige interviewpersoner på begrænsninger for at udrede patienter i ikke-akutte forløb samt opfølgning efter udskrivelse fra hospitalet. Disse begrænsninger beskrives detaljeret nedenfor.

Også sociale organisationer i Danmark yder en afgørende indsats for at hjælpe uregistrerede og hjemløse migranter. Der er flere gode eksempler på, hvordan organisationer som Kirkens Korshær, projekt UDENFOR, Mændenes Hjem (og herunder Blisko og Sundhedsrummet), Blå Kors, Frelsens Hær, Reden Int, Gadejuristen, Grace, Hugs & Food og mange andre aktører forsøger at koordinere deres indsatser. Det kan være i forhold til kontakt til hospitalet, opfølgning med hospitalet efter udskrivelse, kontakt til politiet i forbindelse med en sag, hjælp til retshjælp og erstatningssager, kontakt til gadesygeplejerskerne m.m.

Der er mange eksempler på samarbejde mellem de sociale organisationer og kommunerne, hvor hjemløse og uregistrerede migranter med sociale problemstillinger er blevet hjulpet videre. Det kan f.eks. være via kontakt med gadesygeplejerskerne og psykiatrisk gadeteam. Især kan det være i forbindelse med hjemrejse, hvor aktørerne samarbejder omkring at stabilisere personen og etablere kontakt til instanser i hjemlandet, for at sikre en god hjemrejse og rehabilitering i hjemlandet. Disse indsatser er dog ikke fast forankrede tilbud, som uregistrerede migranter kan benytte, hvilket skaber en begrænsning for at tilbyde indsatser, der kan sikre kontinuitet og stabilitet over længere perioder (f.eks. via længerevarende overnatning og behandling). Ligeledes eksisterer der en række begrænsninger for at yde social støtte (såsom boligforhold) til de uregistrerede migranter, især dem, som ikke har akutte problemstillinger i forhold til afhængighed eller psykisk sygdom, eller som ikke har et ønske om at rejse hjem eller på anden vis ikke er i stand til at træffe en sådan beslutning. Resten af dette afsnit beskriver nogle af de barrierer, som eksisterer for uregistrerede migranter i forhold til at modtage sundhedsbehandling i Danmark.

⁶⁷ 2388 patienter i 2019. Mange patienter henvender sig flere gange. Læs mere i Røde Kors Danmark (2020) samt på: <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/sundhedsklinik>.

Udredning og opfølgning af patienter

Et af de mest centrale emner, som nævnes af flere interviewpersoner, der enten arbejder i sundhedssektoren eller i sociale organisationer, er de begrænsninger, som findes for udredning af ikke-akutte sygdomme samt for opfølgning på patienter efter indlæggelse eller ambulante hospitalsforløb. Røde Kors' sundhedsklinik har visse begrænsninger i forhold til udredning, da de ikke har mulighed for at tage alle typer blodprøver, scanninger, røntgen- og ultralydsundersøgelser m.m., hvoraf mange kun tilbydes i specialklinikker og i det offentlige regi. I nogle tilfælde kan klinikken kontakte frivillige speciallæger og henvise videre til sådanne undersøgelser, hvis tilstanden menes at være akut.

”

Det akutte er sjældent det, der er problemet, fordi alle har ret til at blive behandlet akut. Så den [problematik] er relativt nem at forholde sig til. Det er mere det sub-akutte eller det diagnostiske, hvor man tænker, man burde måske få lavet en CT af thorax⁶⁸ eller et eller andet.

Læge, 2019

”

Sådan helt overordnet, der kan man sige, at vi kan afhjælpe, og det etablerede sundhedssystem kan jo tilbyde akut hjælp. Altså, de kan få blodtryksmedicin hos os, men vi kan ikke lave undersøgelser, eller henvise til undersøgelser, medmindre det er et akut behov [...] Hvis det var en person med et dansk cpr-nummer, så kunne det jo være, man ville lave nogle scanninger eller yderligere undersøgelser, før man etablerede noget behandling eller gik yderligere ind i noget behandling.

Sygeplejerske, 2019

”

Så sent som i aftes havde vi en mand, som givetvis havde haft, eller havde, nogle nyresten. Det gør ondt, man tisser blod, men når stenen så passerer, så er det sådan set overstået. Indtil den næste sten så skal passere. Men vi kiggede på hinanden og måtte sige, hvis han havde haft cpr, så var han blevet sendt til ultralyd for at få kigget på den nyre. Hvad er der i den nyre, ligger der nogle sten og roder rundt, som der er på vej ud? Så ja, der vil da være nogle undersøgelser, som vi kun sender folk til, hvis det kan udvikle sig til noget alvorligt.

Læge, 2019

⁶⁸ CT-skanning af brystkassen inkl. ribben, lunger med lungesæk, bronkier og mediastinum (hertet, de store blodårer, luftrør og spiserør), se <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/undersogelser/undersogelser/ct/ct-skanning-af-brystkassen/>.

Desuden beskriver flere læger og sygeplejersker manglende muligheder for opfølgning fra hospitalets side, når patienterne udskrives, og den akutte tilstand er overstået. Muligheder for tilknytning af socialsygeplejersker, som kan bistå socialt udsatte, tilbydes kun registrerede borgere:

”

Der er ikke nogen forløb [efter udskrivelse] Det er de ikke tilbudt. Så kommer de tilbage til os bagefter med sådan nogle papirer, som er krøllet lidt sammen, hvor man ikke kan læse, hvad der helt er foregået, og så er der noget medicin, som er ophørt. For eksempel, efter hjerteinfarkt, så får de blodfortyndende, og så er medicinen måske for dyr, og så er den jo så stoppet efter ganske kort tid. Og så er man i gang igen. Ja, jeg mener bare, at opfølgningen, den er meget utilstrækkelig og halter. Helt klart, langt under, hvad der burde være standard.

Læge, 2019

Et eksempel fra de empiriske cases er Nicholas (case 19), som er blevet diagnosticeret med en hjertesygdom, da han har forstørret hjerte. I den akutte fase blev Nicholas behandlet på hospitalet, men derefter afsluttedes behandlingen, og der er ikke mulighed for opfølgning fra hospitalets side eller hos praktiserende speciallæger. På Røde Kors-klinikken kan de lytte til Nicholas' hjerterytme, men ikke foretage EKG eller andre kontrollerende hjer-teundersøgelser.

Lægerne og sygeplejerskerne, som medvirkede i dette studie, nævner også begrænsninger for at deltage i de såkaldte pakkeforløb på hospitalet, hvilket inkluderer undersøgelser og behandling i tilrettelagte forløb, som er baseret på kliniske retningslinjer på området og finder sted over en periode.⁶⁹ Det kan til eksempel være pakkeforløb for hjertesygdomme eller forløb for kræftbehandling. Behandling for disse sygdomme tilbydes ikke til uregistrerede migranter, som kun kan gives behandling i sygdommens akutte fase:

Et vigtigt område, som påpeges af flere sundhedsfaglige interviewpersoner, er mulighederne for at udrede diffuse smerter, hvor det er svært for lægen at vurdere, hvor smerterne stammer fra.

”

Nogle ting handler jo også om at be- eller afkræfte, om der er noget [...] Rigtig mange af de patienter lever jo med sådan en grundangst. Og rigtig meget af den angst sætter sig jo med alle mulige former for fysiske symptomer [...] Alt mellem himmel og jord. Og nogle gange er man bare nødt til at få undersøgt, jamen, der er ikke noget fysisk, så hvad gør vi så herfra?

Læge, 2019

⁶⁹ Se <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/pakkeforloeb/patientforloeb-hjerte/hvad-er-pakkeforloeb/>.

”

Vi ser jo rigtig mange her med diffuse mavesmerter. Og det kan jo være alt fra et reelt mavesår, til at det er psykisk betonet til alt muligt andet. Der famler vi lidt, det må jeg indrømme, det gør vi, og det siger lægerne også selv, at det er lidt symptombehandling. Fordi hvis du havde mavesmerter gennem lang tid, og medicinen ikke havde hjulpet, så ville din læge henvise dig til en gastrundersøgelse. Og de foregår på et hospital. Men det er ikke en akut situation, så vi kan ikke henvise dem til sådan nogle gastrundersøgelser. Ellers så synes jeg, vi kommer langt med mange af dem her, det synes jeg, vi gør. Der er meget af det, vi kan behandle her.

Medarbejder i social organisation, 2019

Et eksempel på diffuse smerter er Simon i case 20. Simon har smerter i bevægeapparatet, men har også smerter i maveregionen. Simon har flere gange henvendt sig på hospitalet i Danmark, men da hans smerter ikke har vist tegn på akut sygdom, er han ikke blevet udredt på hospitalet. Simon har i stedet henvendt sig på Røde Kors' sundhedsklinik, som ikke har fundet tegn på, at han fejler noget i maveregionen. Hvor en praktiserende læge i et sådant tilfælde ville henvise borgeren videre til afklarende undersøgelser for at udelukke somatisk sygdom, eksisterer denne mulighed ikke for uregistrerede migranter som Simon, som kun har ret til akut behandling. Simons case er et eksempel på, at det i tilfælde med diffuse smerter kan være svært at skønne, hvorvidt personen har en somatisk lidelse, som skal behandles, eller om personen snarere har brug for psykiatrisk hjælp.

Psykiatrisk sundhedsbehandling

Det er tidligere blevet beskrevet, hvordan flere af migranterne i dette studie i mildere grad lider af psykisk sygdom såsom stress, let depression og angst. De kan ikke tilbydes konsultation med privatpraktiserende psykiater på lige fod med cpr-registrerede borgere. I forhold til sundhedsvæsenet gælder det for uregistrerede migranter, at de kun kan indlægges i en akut tilstand, hvor de er til fare for enten sig selv eller andre, eller hvis de selv ønsker indlæggelse, og lægen vurderer, at det er akut. En anden mulighed er kontakt til den offentlige psykiatri i Region Hovedstaden via et psykiatrisk gadeteam, som består af psykiatriske sygeplejersker, der udfører opsøgende arbejde.⁷⁰ Dette er et frivilligt tilbud til patienten om samtaler, medicinsk behandling og blodprøvekontrol med visse typer psykofarmaka. Flere sundhedsfaglige interviewpersoner fortæller, at det ofte er svært at afgøre, hvad der er akut i tilfælde af psykisk sygdom, da der er stor risiko for, at sygdommen udvikler sig til en akut tilstand, hvis personen ikke får medicin.

”

Så længe man vil samarbejde med os, så yder vi en behandling. Og det med, om det er akut medicinsk hjælp eller ikke-akut medicinsk hjælp, der må man jo sige, at det at have skizofreni – hvis man tidligere har oplevet at blive svært psykotisk forpint – så må man sige, at i det øjeblik, vi holder op med at give medicinen, så må man formode, at så er situationen akut igen. Så derfor kan vi heller ikke bare stoppe behandlingen.

Sygeplejerske i psykiatrisk gadeteam, 2019

⁷⁰ Se mere information på <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk%20Center%20Amager/Undersoegelse-og-behandling/Ambulant-behandling/Sider/Psykiatrisk-Gadeplansteam.aspx>.

De empiriske cases viser, hvordan netop psykisk sygdom hurtigt kan eskalere til en akut tilstand, hvis personen ikke får medicinsk hjælp. Et eksempel er Chris i case 8, som får medicinsk behandling mod psykisk sygdom med bl.a. aggressivitet som symptom. Dog føler Chris, at medicinen sløver ham, og han er bange for at falde i søvn på en bænk og blive anholdt af politiet. Derfor tager Chris ikke altid sin medicin og/eller holder sig vågen, selvom han har brug for hvile. I Chris' tilfælde efterspørger han både medicinsk behandling samt social støtte til en mere stabil tilværelse med muligheder for hvile og overnatning. Chris har mulighed for at opsøge en frivillig psykiater i Røde Kors' sundhedsklinik og har også kontakt med et psykiatrisk gadeteam. Men den sundhedsfaglige person kan i sådanne tilfælde ikke kontakte det kommunale regi med henblik på social støtte, fordi Chris ikke er cpr-registreret borger.

”

Og så er det, jeg bliver nødt til at sige, jamen det, jeg kan gøre, det er at lindre. Lindre din hverdag her med medicin og med samtaler. [...] Det er rigtig, rigtig svært, fordi, hvis det var en med rettigheder, så ville vi sige, at vores første og fornemste opgave, det er at få dem under tag. Og det kan vi lige præcis ikke med den her målgruppe. Så der handler det jo meget om, at vi prøver at hjælpe dem med at få tydeliggjort den lille struktur, de har, og hvor de kan få hvil i løbet af dagen, og hvordan de kan være opmærksomme på deres sociale adfærd, sammen med både andre hjemløse, men også på de steder, hvor de kommer. Så de ikke konflikter så meget, fordi det er jo tit det, de gør. De allerdårligste kommer i konflikt på grund af misforståelser, de er psykotiske, de forstår ikke situationen eller sammenhængen, og så konflikter de hurtigt, og så bliver de også smidt ud derfra [væresteder/natcafe m.m.].

Sygeplejerske i psykiatrisk gadeteam, 2019

”

Psykiatrien bliver jo også brugt til afrusning. Så vi har en masse udenlandske borgere, som, når de ikke kan holde ud at drikke mere, bliver indskrevet på akutmodtagelse i psykiatrien og bliver afrust og så udskrevet efter fireogtyve timer. Og så kan man godt nå halvtreds indlæggelser på et år på den måde. Og det hjælper ikke noget. Men de somatiske ting er jo oftest værre, fordi det er jo sådan noget med, at man har brækket benet, og så kommer man ind, og så bliver man opereret. Og så dagen efter er det jo ikke akut længere. Fordi så er det blevet opereret og blevet fikset, og så bliver man udskrevet til gaden, og så brækker det igen, og så kører den. Hvor vi andre [cpr-registrerede borgere] jo får nogle lange psykiatriske forløb, og benet ville jo blive genoptrænet, og man ville jo få at vide, hvad man skulle spise, og man skulle have en seng, man kunne ligge i. Så deres problemer er forholdsvis små problemer – et brækket ben er jo i virkeligheden ikke et særligt stort problem. Men det bliver nogle kæmpestore problemer, fordi de kun får akutbehandling. Og det er derfor, at denne her målgruppe ret hurtigt får alvorlige fysiske skavanker. Ud over deres misbrug og deres psykiatri og alt muligt andet.

Medarbejder i social organisation, 2019

Alkoholbehandling og stofbehandling

Størstedelen af interviewpersonerne fra såvel sundhedssektoren som sociale organisationer understreger, at manglende muligheder for alkoholbehandling og stofbehandling er en afgørende begrænsning for de uregistrerede og hjemløse migranter, som ønsker at komme ud af deres afhængighed. Her lægger de især vægt på, hvordan det begrænser mulighederne for at hjælpe de mest udsatte migranter, som har svær afhængighed eller en kombination af afhængighed og psykisk sygdom. Alkohol- og stofbehandling er nemlig ikke en del af et akutforløb og tilbydes derfor ikke til uregistrerede migranter.

”

Det lange, seje træk, der skal til for at få folk ud af hjemløshed, det er meget, meget svært at gøre, fordi man jo tolker loven sådan her i Danmark. At man [uregistrerede migranter] ikke kan komme ind på forskellige institutioner, at man ikke kan få alkoholbehandling, at man kun kan være på hospitalet når det er akut, og når det ikke er akut længere, bliver man udskrevet til gaden, som også er ulovligt at gøre med danske hjemløse. Så der er en masse ting, som gør, at det bare går lynhurtigt med deres deroute, og som gør at, at de ikke får den forholdsvis simple hjælp, der skal til for at få dem ud af hjemløshed.

Medarbejder i social organisation, 2019

”

[læge 1:] Det [misbrugsbehandling] er ligesom indgangsporten til alt andet. "Jeg vil rigtig gerne hjælpe dig, men jeg ved simpelthen ikke, hvor jeg skal sende dig hen. Fordi behandling af alkohol, for eksempel, jamen, det er et benzodiazepinpræparat. Det kan jeg ikke udskrive i klinikken. Og når du ikke har et cpr-nummer, så tror jeg ikke, der er nogen, der kan..."

[læge 2:] Nej, det er der ikke. For det registrerer man jo på cpr-numre. Fordi man kan sige, at det er superkomplekst at behandle misbrug. Der er det fysiske og det psykiske. Hvad dukker der op, når man så er ovre sine abstinenser, og man er inde i en god fase, hvad dukker der så op af psykopatologi nedenunder? Hvordan fanger vi den? Hvordan undgår man, folk får et tilbagefald? Det handler jo om rigtig meget tværfaglighed. Og det er et stort tilbud at skulle stable på benene – men ønskværdigt, selvfølgelig.

Samtale mellem to læger, fokusgruppe, 2019

De empiriske cases i dette studie viser, hvordan flere personer efterspørger hjælp til alkoholbehandling og stofbehandling enten alene eller i kombination med psykiatrisk behandling. Eksempelvis har Samuel i case 9 tidligere været i metadonbehandling i Frankrig og havde håbet på at have samme mulighed i Danmark, hvilket ikke er tilfældet. Et andet eksempel er Martin i case 5, som ønsker behandling for sin alkoholafhængighed, og som tager antabus på eget initiativ, men ikke kan blive behandlet yderligere. Et tredje eksempel er den empiriske case om de seks unge mænd (case 3), som grundet svær depression i perioden på et udrejsecenter er kommet ud i svær stofafhængighed. Flere af mændene vil gerne have hjælp til at komme ud af deres afhængighed. Manglende muligheder for behandling gør, at misbruget forværres over tid og på sigt kan blive akut, som ved alkoholforgiftning eller overdosis, hvilket er tilfældet i de to sidstnævnte eksempler.

Interviewpersoner i sociale organisationer fortæller, at de i nogle tilfælde har gode erfaringer med samarbejde med kommunen og myndigheder i hjemlandet med henblik på hjemrejse og indlæggelse i hjemlandet for f.eks. misbrugsbehandling og/eller psykiatrisk behandling. Dog forudsætter hjemrejse, at personen er i stand til at træffe et informeret valg om at ville rejse hjem. Flere empiriske cases viser, hvordan hjemløse migranter ikke kan eller vil rejse hjem, eller er så dårlige pga. misbrug og/eller psykisk sygdom, at de ikke kan træffe en beslutning af en sådan art (f.eks. Chris i case 8 og de seks unge mænd i case 3). Det informerede valg om at rejse hjem hænger nemlig i høj grad også sammen med muligheden for at stabilisere en person i en sådan grad, at de kan få nye forestillinger om fremtiden. En sådan stabilisering afhænger af social støtte, såsom muligheder for hvile, overnatning og restitution, som citatet herunder påpeger. Dette behov behandles yderligere i det følgende afsnit.

”

Det her med, at de kan komme et sted, hvor de kan spise, hvor de kan komme i bad, gå på toilettet, de kan få omsorg, de kan få mad, det gør oftest, at de kommer bare en lille smule op. Man ved det jo fra psykiatrien, at noget af det værste i forhold til psykisk sygdom, det er stress. Og hvis man ikke ved, hvor man skal sove henne – og man ikke har sovet i lang tid, at så bliver man mere syg. Så bare det gør tit, at de faktisk kan tage nogle meget bedre beslutninger, end de kunne ugen inden, hvor de ikke havde sovet i en måned. Så det [hvile] er en del [af] stabiliseringen, og så er der jo psykiatrisk gadeteam, der kan komme og hjælpe med noget medicin på gaden. Så er der sygeplejerskerne, der kan komme og kigge på denne her fod, der er gået koldbrand i, altså, så der er jo en masse ting i stabilisering, der er tusindvis af ting, men, hver lille ting gør jo, at de på et tidspunkt er så stabiliserede, så de kan tage en langsigtet beslutning om deres liv. Og de siger allesammen, lige så snart de har noget ro på, jamen, de vil ikke være hjemløse i København. Altså, det er en røverhistorie, at folk, de kommer her og vil være hjemløse, jeg har ikke mødt nogen endnu, der gerne vil være her. Jeg har mødt en masse, som på grund af alle mulige omstændigheder er endt i hjemløshed, oftest før de kom til København, men sidder fast her, fordi hjælpen er for dårlig.

Medarbejder i social organisation, 2019

Begrænset sygdomshistorik

Manglende cpr-nummer resulterer også i en manglende sygdomshistorik, da sundhedsjournaler opbygges efter cpr-nummer. I tilfælde af uregistrerede patienter gives et erstatningsnummer ved hospitalsindlæggelse. Dog opstår der ofte situationer, hvor patienterne glemmer deres nummer eller mister kopien af journalen, eller hvor sygehuspersonalet glemmer at give dem en kopi af journalen. Derefter kan det være svært at slå disse patienter op i systemet, og der er eksempler på, at samme patient havde flere forskellige journaler med flere erstatningsnumre.

”

Patienten kan falde fuldstændigt mellem to stole igen. Du ved ikke, hvad der er foregået. Patienten kan have været indlagt og have fået behandling og kommer så ned til os og får behandling – altså udskrivningsbreve og journaloplysninger fra, hvad du lige har været igennem, det er så vigtigt for en moderne sundhedsbehandling. Og det vil sige, så har vi nogle gange tre journaler på den samme patient, og det er altså rigtig udfordrende.

Læge, 2019

Et eksempel gives af en sygeplejerske, som blev interviewet i dette studie. Hun var til stede, da en patient blev akut indlagt og afgik ved døden. Det viste sig, at patienten, som var hjemløs EU-borger uden cpr-registrering, havde fire forskellige erstatningsnumre og dermed fire forskellige sundhedsjournaler fra tidligere indlæggelser. Patienten var kronisk syg med svær KOL og astma, og det var svært for personalet at danne sig et overblik over tidligere behandlingsforløb pga. af de fire journaler.

En anden sygeplejerske beskriver, hvordan de mange journaler kan give udfordringer i behandlingen af psykiatriske patienter, hvor vigtig viden kan gå tabt:

”

Så finder vi ud af, at de har været indlagt mange steder, og de får nyt cpr-nummer mange gange. Og lad os sige, det er en patient som qua sygdom måske også er udadreagerende eller har et bestemt mønster. Så gør vi jo meget for at informere de psykiatriske centre om, at hvis I får denne her patient ind, vil I så ikke være søde at kontakte os. Så prøver vi hele tiden at samkøre cpr-numrene, så de kun har én journal. Så man kan danne sig et blik over historien.

Sygeplejerske, psykiatrisk gadeteam, 2019

Overnatning og hvile

”

Det er meget lidt, vi kan gøre for den gruppe. Fordi at give medicin og samtaler er lidt en "her-og-nu-behandling". Men hvis du skal have stabiliseret et menneske på den lange bane, så bliver vi nødt til at også have en masse sociale tiltag med indover [...] Støtte som bolig, boligstøtte, at lære de små ting som at stå op igen, at handle ind – alle de der pædagogiske tiltag. En borger ville i hvert fald have ret til at få de her ting. Jeg tror heller ikke, alle danske hjemløse vil sige, at det er drømmen pludselig at have fået en lejlighed. Det [lejlighed] er ikke drømmen, men at komme ind et sted, hvor der er en eller anden struktur og stabilitet, som en eller anden minimumsting – det tror jeg ikke, der er nogen, der kan sige imod, er rart. At kunne lukke sin egen dør. Være sikker på, jeg har en seng at sove i, altså, det er helt vildt, hvad det gør.

Sygeplejerske, 2019

Flere cases i dette studie samt flere af interviewpersonerne i sundhedssektoren og i de sociale organisationer understreger vigtigheden af hvile og ro som led i stabiliseringen af især de migranter, som har komplekse psykiske og fysiske problemstillinger. Dog er en af de barrierer for at forbedre sundhedstilstanden for uregistrerede migranter, som interviewpersonerne i de sociale organisationer lægger størst vægt på, netop de manglende muligheder for overnatning og restitution. Det omfatter det forhold, at mange migranter oplever begrænsede muligheder for en plads på et § 110-botilbud (herberger og forsorgshjem) eller plads på et omsorgscenter efter udskrivelse. I de empiriske cases har ingen af de interviewede migranter fået tilbudt en plads på et § 110-botilbud. Flere interviewpersoner påpeger, at pladser på et herberg eller et forsorgshjem ofte tilbydes i forbindelse med hjemrejse:

”

De store barrierer er jo, at man sådan overordnet set ikke kan lave nogen langsigtede strategier for dem [migranterne], fordi adgang til hospitalsvæsenet er akut, fordi de til at starte med slet ikke kunne komme ind hverken på natcafe eller herberg. Nu er der åbnet op, at de kan komme ind, men oftest kun, hvis de gerne vil hjem. For tyve år siden, der fandt vi ud af, hvad vi kunne gøre for at hjælpe danske hjemløse ud af hjemløshed, og det var hjælp og stabilisering. Det kunne være housing first, det kunne være forskellige metoder, hvor man kunne gå ind og sige "Jamen, vi skal have dem hurtigst muligt væk fra gaden". Det, jeg oplever med folk, der kommer og har et andet pas, det er, at man er gået tilbage til det, vi fandt ud af for tyve år siden ikke virkede, altså straf og stress.

Medarbejder i social organisation, 2019

”

Jamen, de kan godt få en herbergsplads, hvis de kan dokumentere, at de ikke har været her i længere end seks måneder, og hvis de ellers passer ind under de ting, som man skal passe ind under for at komme på et § 110 [botilbud], for eksempel, det vil sige, du har nogle sociale problemstillinger. Og der ved vi jo alle sammen, at inden vi har fundet dem og arbejdet med dem, så er de seks måneder oftest gået. Og så er det jo igen op til den enkelte forstander at afgøre, hvem der kommer ind. Det giver nogle udfordringer. Også fordi der er masser af steder, som stadigvæk tror, at det er ulovligt, og som stadigvæk ikke vil hjælpe, og som stadigvæk har nogle fordomme omkring, at de [migranterne] tager de andres pladser. Og så er der jo den helt store, der er jo ikke noget økonomi i det, jo. Fordi kommunerne kun får refusion for [cpr-registrerede] borgere.

Medarbejder i social organisation, 2019

Manglende muligheder for en plads på et omsorgshjem efter udskrivelse ses også som en barriere i forhold til restitution efter afsluttet sygdom. Disse tilbud henvender sig primært til borgere med bopælsregistrering (registreret ophold). Der har længe været debat om de rettigheder, som EU-borgere og tredjelandsborgere med Schengenvisa har i forhold til at benytte sig af tilbud for overnatning, som også er beskrevet i afsnit 1. Grundet denne offentlige debat og den usikkerhed, der eksisterer omkring servicelovens forskrifter, fortæller flere interviewpersoner i sociale organisationer, at de er nervøse for, om de må lade migranter overnatte, eller om de skal tjekke deres opholdsstatus:

”

Jo, det er jo noget specielt i, når vi søger om midler, [at vi] så skal krydse af i, at der ikke er nogen uden lovligt ophold. Altså, fordi vi altid har haft vores kampagne med, at alle mennesker er noget værd. Så selvfølgelig er det en benhård udfordring, som vi jo gør alt for sådan at prøve at balancere og tænke over. Vi kan jo kun være pragmatiske, så folk skal registrere sig på vinterherberg med deres navn og baggrund ud fra deres id-kort. Hvis politiet vil komme og kontrollere – og det, det er jo det, de skal gøre, de er jo den udøvende myndighed, det er vi jo ikke, vi er jo egentlig bare administratorer i den forstand, sådan som jeg ser det – jamen, så kan de jo meget nemt finde ud af, om vedkommende har lovligt ophold eller ej.

Medarbejder i social organisation, 2019

Uregistrerede migranter mærker disse begrænsninger direkte i hverdagen, hvor der er få muligheder for overnatning inden døren. Behovet for, og ønsket om, at sove indendørs er øget i de senere år som konsekvens af den øgede politiindsats for at anholde gadesoverere, efter at ordensbekendtgørelsen blev revideret i 2017 (se afsnit 2). Flere interviewpersoner fra sociale organisationer påpeger, at deres brugere virker mere ængstelige nu end tidligere, da de frygter bøder og anholdelser, og at de, som i forvejen var plaget af angst, føler denne intensiveret.

”

Den nye lovgivning om utrygskabende lejre, tiggeriloven, visitationszonerne har skabt en stemning af angst i den gruppe, vi arbejder med. Hvis man i forvejen er paranoid skizofren og tror, man bliver forfulgt, så har det ikke gjort det bedre [...] Vi har oplevet, at den brugergruppe, vi arbejder med, er blevet meget bange for at sove. De sidder op og sover, for eksempel, eller de tager ud af byen. Men også i deres vågne timer er de meget paranoide omkring, at de ikke må bære på en sovepose og alle de her ting. Men der er mindst lige så mange [gadesovende migranter], som der var sidste sommer. Så på den måde har det ikke virket, men det har skabt en frygt blandt de hjemløse, som jo ikke er en kæmpe stor gruppe, og som kender hinanden og hører historier fra hinanden om at blive vækket mange gange af politiet hver nat og [være] blevet sendt hjem og alle de her ting. Så stemningen har gjort dem utrygge, og utryghed er noget af det, som vi rigtig gerne ville væk med, fordi det er utrygt nok i forvejen at være hjemløs, så hvis man også skal være bange for at sove, så bliver det rigtig svært.

Medarbejder i social organisation, 2019

Samtidig er der flere interviewpersoner, som påpeger, at stemningen om aftenen på gaden virker mere anspændt end tidligere, da der er flere hjemløse, som vil søge ly indendørs, samt at mange nu skal sove på mørke og risikofyldte steder.

”

Vi har jo før i tiden været specielt bekymrede for dem, der sov alene. Oftest var det folk, der havde givet op. Oftest var det folk, der ikke havde evnen til at være sammen med andre på grund af deres sygdom eller deres misbrug, eller folk, der var blevet ekskluderet af fællesskabet. Det var nogen, vi var meget bekymrede for, fordi hvis der går noget galt, når man sover alene, så er det rigtig farligt. Så vi opfordrede dem til at sove sammen, vi opfordrede dem til at sove på riste, vi opfordrede dem til at sove steder, hvor der var lys, så hvis der var noget overfald eller noget, så kunne folk se det. Og nu skal de sove alene på de dårlige sovesteder, og hvis der sker noget, hvis man bliver syg – det er ikke bare det at blive overfaldet, men også hvis man bliver alvorligt syg eller et eller andet, jamen, så kan man jo ligge der i lang tid, før der er nogen, der opdager det.

Medarbejder i social organisation, 2019

”

De har sværere ved at finde steder, de kan sove. Og grupperingen imellem dem er blevet hårdere. Og så er det jo altid hårdt, det der med, at de fleste steder, hvor lige præcis den målgruppe må befinde sig, der er det blevet sådan med garanti, at de har lodtrækning. Altså, det vidner jo om, at der ikke er sovepladser nok, når natcafeer må trække lod, om hvem som må komme ind og sove. [...] Så det presser især gruppen af psykisk syge på den måde, at når der er så stort pres på alle [for] at komme ind at være nogle steder, så er tolerancen over for dem, der ikke kan finde ud af reglerne, bare lav eller ikke-eksisterende. Vi hører rigtig meget, at "vi blev nødt til at vise dem bort, de kunne ikke sove her. De var for forstyrrende, de fyldte for meget." Altså hver gang, at man strammer rebet om de hjemløse, så bliver tolerancen for de allernederste, den bliver også mindre.

Gadesygeplejerske, 2019

De empiriske cases eksemplificerer, at der er et øget pres på gruppen af hjemløse og uregistrerede migranter, som har begrænsede muligheder for overnatning og er nervøse for at blive anholdt eller overfaldet, mens de sover. Dette pres nævnes næsten i samtlige empiriske cases og forårsager søvnløshed, bekymringer, stress, angst og depression. Til eksempel er Chris i case 8, som nævnt tidligere, så bange for at sove, at han til tider undlader at tage beroligende psykofarmaka, og på den måde forværres hans psykiske tilstand.

To empiriske cases viser yderligere, at anholdelser kan have direkte indflydelse på sundhedsbehandlingen, da denne afbrydes, når personen anholdes. I case 15 blev George anholdt og derefter administrativt udvist for gentagne overtrædelser af lejrforbuddet, og i den forbindelse blev hans hospitalsbehandling for hiv og hepatitis afbrudt. I case 12 blev Mia anholdt en morgen, mens hun sov, og dermed mødte hun ikke op til sin kontroltid i ambulatoriet og fik ikke afsluttet sin behandling for brystbetændelse. Flere interviewpersoner i sundhedssektoren og sociale organisationer understreger de øgede menneskelige og økonomiske omkostninger, når politiet ikke kontakter sundhedsvæsenet, så patienten kan fortsætte sin behandling:

”

Det har jo konsekvens, når myndighederne griber ind. Én ting er, at der er et regelsæt i Danmark, og det er fair nok, at myndighederne griber ind, men man skal undersøge sagen ordentligt. Altså, så er man nødt til også at undersøge, om de eventuelt er syge, og om de er i et behandlingsforløb, fordi sådan en person, der er hiv-positiv, som ikke har fået medicin længe, er jo smittefarlig igen, plus at sygdommen bliver forværret, altså hvor man jo ellers kan leve et livslangt liv uden problemer, hvis bare man får sin medicin.

Medarbejder i social organisation, 2019

”

Men et problem, som jeg i hvert fald oplever, det er det her med, når de bor på gaden og så bliver fængslet for at sove på en bænk. Der var én, der havde en aftale på Rigshospitalet, men blev fængslet og derfor ikke mødte op til den aftale. Det er ekstremt uheldigt. For det første, så ser det ud, som om man bare er udeblevet, og alle bliver jo sådan irriterede og sure og "Hvorfor møder du ikke op?" [...] Jeg bliver vred! Altså, det er så urimeligt dumt og spild af alle mulige ressourcer. Så har man fået arrangeret tid på en højt specialiseret enhed på et hospital, og de står og venter på hende [...] Jeg synes bare, det virker helt håbløst, ikke? Hun står med papirer og siger "Se, jeg har en mødetid her og der", og så smider de hende ind i en politibil.

Læge, 2019

”

Jeg har også haft en kvinde, som skulle have en abort, og det var nu, hvis den skulle være medicinsk. Og som netop også blev fængslet. Og hun skulle så sidde der, til hun blev sendt hjem. Med en graviditet, som hun ikke ønskede! Det er måske ikke noget, vi møder hver dag, men det fylder godt nok også meget, fordi det er virkelig uheldigt, når det sker.

Sygeplejerske, 2019

5. ETISKE UDFORDRINGER I ARBEJDET MED UREGISTREREDE OG HJEMLØSE MIGRANTER

Dette studie har vist, at de fleste af interviewpersonerne i sundhedssektoren og i sociale organisationer, som arbejder med socialt udsatte migranter, oplever, at de gør en stor indsats for at hjælpe migranterne, når de bliver syge eller på anden vis får forringet sundhedstilstand. De nævner dog også en række barrierer, der begrænser dem i dette arbejde. Her nævnes specifikt en række etiske udfordringer, der opstår som konsekvens af begrænsningerne for ikke-akut sundhedshjælp og manglende social støtte til uregistrerede og hjemløse migranter. Det er især i forhold til de sundhedsfaglige ansattes løfter (lægeløftet og sygeplejerskeløftet⁷¹) samt de sociale organisationers humanitære værdigrundlag, at mange af disse interviewpersoner beskriver deres etiske bekymringer.

Såvel lægeløftet som sygeplejerskeløftet understreger de sundhedsfaglige personers forpligtelse til at anvende deres kundskaber efter bedste skøn til at hjælpe deres patienter. Udfordringen for flere læger og sygeplejersker, som har deltaget i dette studie, er netop begrænsningen i ikke at kunne tilbyde den bedste behandling til de uregistrerede migranter, hvis de skønner, at personen burde modtage ikke-akut sundhedshjælp. Det kan være behovet for videre udredning (i form af ikke-akutte undersøgelser i speciallæge-regi eller hospitalsregi) eller opfølgning og kontrol efter udskrivelse, som har været diskuteret i tidligere afsnit. Den behandling ville de kunne henvise til, hvis patienten havde et cpr-nummer, men den kan ikke gives til uregistrerede migranter. Socialsygeplejersker, som kan hjælpe med at bistå socialt udsatte borgere under og efter deres indlæggelse, sættes ikke i kontakt med socialt udsatte migranter, når disse ikke er cpr-registrerede. Samtidig kan sundhedsfaglige personer ikke kontakte sociale instanser med henblik på yderligere behandling og støtte til patienten efter udskrivelse såsom tilbud om alkohol-/ stofbehandling eller en plads på et omsorgscenter. På den måde udfordres lægerne og sygeplejerskerne i deres arbejde for at give optimal behandling på lige fod til alle patienter pga. de strukturelle begrænsninger, der er sat for sådan behandling til patienter uden cpr-registrering.

”

Der er vel daglige etiske dilemmaer i mindre eller større karakter [...] Det er mere begrænsningen, i den behandling, som vi kan tilbyde [...] Hvis han havde haft et dansk sygesikringsbevis, så havde jeg haft mulighed for at følge ham op. Jeg har ansvaret for, at hvis jeg henviser ham, så har jeg også ansvaret for at følge op, og jeg ville få tilbagemelding, hvis han ikke møder op til behandling.

Læge, 2019

⁷¹ Se mere information på <https://www.laeger.dk/laegeloftet> samt <https://dsr.dk/dshn/sygeplejens-historie/sygeplejens-symboler/sygeplejerskeloftet>.

”

Det er den der følelse, jeg får af, at det er så dårligt arbejde med manglende kontrol, manglende social støtte. Altså, at man er totalt utilstrækkelig. Samtidig med, at jeg siger til mig selv, at hvis jeg holder op, så er der ingen, der gør noget. Det her, det er alligevel et minimum, af ingenting nærmest, som jeg kan give.

Sygeplejerske, 2019

Etiske bekymringer kommer også til udtryk blandt ansatte og frivillige i sociale organisationer, som dagligt møder socialt udsatte migranter. Flere understreger, at organisationernes humanitære imperativ er at hjælpe de allermest udsatte, og at alle er velkomne i deres institution. Det princip kontrasteres af en hverdag, hvor de ansatte/frivillige føler, at de ikke har mulighed for at hjælpe alle på lige fod. Hvis en person med cpr-registrering efterspørger hjælp, kan organisationen i mange tilfælde kontakte aktører i det offentlige regi (hospitalet, lægen, kommunen etc.) og være med til at etablere kontakten mellem personen og de myndigheder, som kan hjælpe vedkommende. Det kan til eksempel være med henblik på at finde en herbergsplads, alkohol-/stofbehandling, en kommunal støttekontaktperson m.v. Samme hjælp med at etablere kontakt til muligheder for social støtte og behandling kan de ikke tilbyde hjemløse og uregistrerede migranter.

”

For vi skelner ikke mellem mennesker, og det er vores menneskesyn. Om man er fra Rumænien, eller man er fra Danmark, eller man er fra Afrika, eller man er fra Sjælland, eller hvad det end kan være. Om man har jakkesæt på, eller man ligner en hjemløs, så er det mennesker, der kommer, og vi vil bare hjælpe dem, så godt vi kan. Og det er jo klart, at den ene kan vi gøre rigtig meget for [den cpr-registrerede borger]. Vedkommende har en sagsbehandler og har ret til mange ting – og den anden har ikke. Vi kan ikke gøre andet end at sige: "Ved du hvad, du kan tage ned i sundhedsklinikken [Røde Kors], der er der nogle søde mennesker, der gerne vil hjælpe dig". Det er dét! Og det er jo klart, der er jo noget, der her siger, at der gøres forskel – mennesker får en forskellig behandling. Der er jo noget her, hvor vores etik bliver udfordret.

Medarbejder i social organisation, 2019

Derudover føler mange ansatte/frivillige i de sociale organisationer, at den uklarhed, der eksisterer om ansvaret for at vurdere, hvad der er lovligt ophold ifølge serviceloven, skaber et pres på dem i deres daglige arbejde. Dette forhold er også beskrevet tidligere i denne rapport (afsnit 1). De føler sig udfordret i forhold til at kunne afgøre, hvilke af deres brugere som har hhv. lovligt og ulovligt ophold, og de føler, at de bliver pålagt et ansvar, som burde ligge hos myndighederne og ikke hos en organisation i civilsamfundet, der i høj grad er drevet af frivillige.

”

Når hvert enkelt menneske har umistelig værdi ifølge vores menneskesyn, så er det rigtig svært at balancere det ind i en retorik, der er sådan der [om lovligt/ulovligt ophold]. Så det er for mig at se et statsligt pres, der kommer, i forhold til en udlændingelovgivning og ikke et kommunalt pres, der påvirker os. Og det er rigtig, rigtig svært, tror jeg, for alle organisationerne at balancere det i forhold til de menneskesyn, organisationerne er bygget op omkring. Vi følger jo alle sammen loven, og gør, som vi skal, men det er virkelig ikke nemt at forstå.

Medarbejder i social organisation, 2019

Fleere interviewpersoner understreger, at de etiske udfordringer for dem personligt kan sammenfattes til at være et spørgsmål om moral; om at sikre menneskelig værdighed for en forholdsvis lille gruppe af mennesker, som de oplever blive mere syge, fordi hjælpen i Danmark er så begrænset.

”

Det indlysende etiske dilemma, det er jo det der med, at man kan se nogle, der er nødlidende, der skal have hjælp, som ifølge loven måske ikke kan modtage det, men man kan med sine faglige briller se, hvordan det er så etisk uforvarsomt ikke at hjælpe. [...] Hvis det kunne blive lovligt for dem at bruge natcafeerne og herberg og [få] adgang til misbrugsbehandling. Så vil det være en begyndelse. Det kan vi jo se på de svenske [patienter], vi har. Altså, dem, der går ind under det nordiske samarbejde, der må vi gerne give både misbrugsbehandling, og de må også gerne komme ind på vores herberg. Og det gør bare noget helt andet. Og så kan vi jo snakke om, hvilken forskel det gør om ti år, hvad sker der så, kommer de videre derfra? Det er ikke til at vide – men altså, det vil i hvert fald øge værdigheden.

Sygeplejerske 2019

”

Så hvis djævlens advokat ville sige til mig "Jamen, vi skal jo ikke være Østeuropas varmestue", så ville jeg sige, at hele ideen om, at folk kommer hertil, er forkert – de rejser væk fra noget andet! Og hele ideen om, at folk vil rejse til Danmark for at leve som hjemløse for at få hjælp til deres brækkede finger – altså, dét er uvidenhed. Og så ville jeg jo også påstå, at det er meget billigere at hjælpe den lille gruppe af mennesker, der har brug for hjælp akut. Jeg mener også, at det handler om moral, etik og værdighed. Det handler faktisk om, at der er nogle mennesker, som vi ved, vi kunne hjælpe bedre, men vi gør det ikke. Og vi gør det ikke engang, fordi det er dyrt. Vi gør det, fordi der er nogle usande historier derude, som gør, at vi hjælper nogle og ikke andre og laver et A- og et B-hold.

Medarbejder i social organisation, 2019

6. KONKLUSION: OPSAMLING OG OVERSIGT OVER BEHOV FOR AT FORBEDRE SUNDHEDSTILSTANDEN BLANDT UREGISTREREDE OG HJEMLØSE MIGRANTER

Dette studie har sat fokus på sundhedstilstanden blandt uregistrerede og hjemløse migranter, som lever på gaden, og som opholder sig i gade- og stofmiljøerne i hhv. København og Århus. Studiet baseres på feltarbejde og interviews som de gennemgående kvalitative metoder. Analysen baseres på en diskussion af empiriske eksempler på sundhedsbehov blandt uregistrerede og hjemløse migranter i Danmark i samspil med interviews med personer i sundhedssektoren og sociale organisationer.

Analysen på de foregående sider har vist flere afgørende barrierer for sundhedsbehandling af uregistrerede og hjemløse migranter samt etiske udfordringer, som fagpersoner oplever, når de ikke kan yde den samme hjælp til syge migranter som til cpr-registrerede borgere. Når sundhedsloven udelukkende giver ret til akut sundhedsbehandling, opstår der som konsekvens en række begrænsninger for at udrede og behandle ikke-akutte tilstande, som på sigt kan forværres og blive akutte, eller som kan være til stor gene for patienten. Eksempler i dette studie har været begrænset udredning og behandling af ikke-akutte kroniske sygdomme og infektionstilstande, smerteudredning og ikke-akutte psykiatriske lidelser. Analysen viser endvidere problematikker med begrænset opfølgning og kontrol efter akutte forløb på hospitalet, hvor de uregistrerede migranter udskrives til gaden uden social støtte og med manglende kontakt til praktiserende læger eller socialsygeplejersker, som kunne følge op på deres sygdomsforløb. Situationen kompliceres af, at uregistrerede migranter ofte får flere forskellige erstatningsnumre ved indlæggelse på hospitalet (da de ikke har et cpr-nummer), hvilket gør det svært for sundhedsfagligt personale at danne sig et overblik over patients sygdomshistorik og tidligere behandlingsforløb.

Analysen af de empiriske data viser en afgørende barriere ved manglende muligheder for stofbehandling og alkoholbehandling, som migranterne i dette studie efterspørger, men ikke kan modtage, da misbrugsbehandling ikke anses for akut sundhedsbehandling. Manglende adgang til misbrugsbehandling betyder for flere af migranterne i dette studie, at deres sundhedstilstand forværres, og flere oplever gentagne akutte indlæggelser i forbindelse med alkoholforgiftning, leverpåvirkning, stofoverdosis eller psykoser. Ydermere efterspørger flere interviewpersoner (såvel migranter som fagpersoner) muligheder for længerevarende psykiatriske indlæggelser, så de hyppige akutindlæggelser kan undgås. Analysen viser også, hvordan mangel på muligheder for hvile og overnatning påvirker migranternes psykiske og fysiske sundhedstilstand betydeligt. Mange oplever stress og endda angst for at blive anholdt for at sove på gaden, samtidig med at de ikke kan få adgang til pladser på § 110-botilbud. Hvile og overnatningsmuligheder er især efterspurgt af de migranter, som udskrives efter hospitalsindlæggelse, men ikke har et cpr-nummer, som kræves for ophold på omsorgscentrene.

Disse barrierer, som eksisterer for uregistrerede migranternes sundhedsbehandling, sætter mange af de interviewede sundhedsfaglige ansatte i et etisk dilemma, hvor de ikke altid kan udøve den mest optimale patientbehandling, som lægeløftet/sygeplejerskeløftet foreskriver, når de f.eks. kun kan tilbyde akut sundhedsbehandling. Ligeledes oplever mange personer i sociale organisationer etiske dilemmaer, når deres humanitære imperativ

og anerkendelse af alle menneskers ligeværd udfordres i situationer, hvor de ikke kan hjælpe uregistrerede migranter på lige fod med cpr-registrerede borgere.

På baggrund af ovenstående analyse, set i forhold til de empiriske cases og interviews, listes følgende behov, der relaterer sig til en forbedring af sundhedstilstanden blandt hjemløse og uregistrerede migranter. Disse behov nævnes såvel af migranterne selv som af interviewpersonerne i sundhedssektoren og i de sociale organisationer og er på den vis overensstemmende for den samlede, lille kohorte af interviewpersoner.

Tilstrækkelig opfølgning og "nødvendig" sundhedsbehandling

- Behov for "nødvendig" sundhedsbehandling forstået som muligheden for at kunne foretage udredninger og behandlinger, som ikke er akutte, men som er nødvendige for at behandle personens sygdom i tilfælde, hvor der er risiko for, at dennes tilstand forværres uden behandling
- Øget fokus på opfølgning og afslutning af behandlingen af patienterne på hospitalerne, når de udskrives efter et akut forløb
- Behov for samkøring af journalnumre og øget kontakt med sociale organisationer og gadeteams i forbindelse med udskrivning
- Øget fokus på sprogbarrierer i sundhedsvæsenet med mulighed for gratis tolkning for socialt udsatte migranter
- Mulighed for i højere grad at kunne benytte socialsygeplejersker også til uregistrerede migranter for at sikre støtte under indlæggelse og planlægning af tiden efter udskrivning efter somatiske og psykiatriske sygdomsforløb

Alkoholbehandling og stofbehandling

- Behov for at kunne tilbyde uregistrerede migranter alkoholbehandling og stofbehandling. Dette kan være med til at forbedre muligheden for at komme ud af afhængigheden samt forebygge gentagne akutte indlæggelser ved alkoholforgiftning eller overdosis; akut leversvigt, psykoser m.m.

Overnatning og hvile

- Behov for bedre muligheder for overnatning generelt samt i forbindelse med stabilisering og rehabilitering efter afsluttet sygdomsforløb
- Sikre kontinuitet ved ikke at være afhængig af nattilbud, hvor der trækkes lod om overnatningspladser hver aften. Dette kunne eksempelvis ske ved i en sammenhængende periode at tilbyde adgang til natcafeer og § 110-tilbud eller ved at skabe nye overnatningsmuligheder.
- Sikre kontinuitet for ekstra udsatte personer via et omsorgscenter eller lignende, som ikke forudsætter, at patienten har cpr-registrering. Det kan sikre rehabilitering i en periode efter udskrivelse med støtte til medicinsk behandling, sårpleje, vask og tøjvask, ernæring m.m.

Klarhed omkring love og regler

- Behov for afklaring omkring den reviderede sundhedslov (juni 2019) ved grundig orientering på hospitalerne, så krav om opkrævning ikke utilsigtet kan ramme hjemløse og fattige migranter, som ikke har økonomiske muligheder for at betale for akut sundhedsbehandling
- Behov for afklaring af tolkningen af ordensbekendtgørelsen (specifikt lejrforbuddet § 3, stk. 4), så det sikres, at hjemløshed ikke kriminaliseres
- Behov for afklaring omkring det ansvar, som pålægges sociale organisationer i forhold til kontrol af opholdsgrundlag for deres brugere. Dette bør ske med henblik på, at der ikke pålægges et myndighedsansvar, som de ikke skal varetage som civilsamfundsorganisationer, og som ydermere strider mod organisationernes formål at støtte alle socialt udsatte.

7. EFTERSKRIFT: COVID-19

Dette studie blev udført, før COVID-19 udviklede sig til en pandemi. Feltarbejdet fandt sted i sommeren 2019, og studiet blev færdigskrevet i februar 2020. Kort tid derefter blev den første patient diagnosticeret med COVID-19 i Danmark, og derefter gik udviklingen stærkt. COVID-19-situationen har haft en afgørende indflydelse på uregistrerede migranternes sundhedstilstand og levevilkår i Danmark, og det er derfor vigtigt at beskrive nogle af disse forandringer i dette efterskrift.

Da Danmark lukkede ned d. 11. marts 2020 i et forsøg på at begrænse smittespredningen, blev det samtidig tydeligt, at der var en udfordring for uregistrerede migranter i Danmark. Grundet deres manglende registrering kan de ikke gøre brug af kommunale karantænepladser på samme måde som socialt udsatte borgere (med CPR-registrering), der testes positive for, eller udviser symptomer på, COVID-19. I en artikel i Information d. 6. april 2020 udtrykker sociale organisationer, fagfolk og Københavns Kommune stor bekymring over den manglende adgang til karantænepladser og de øgede risici for smitte, som uregistrerede migranter udsættes for i tilværelsen som hjemløse eller ved at bo under dårlige boligforhold, med mange personer i små lejligheder eller værelser. I artiklen understreger de forskellige aktører, at et tilbud om isolation burde have anonym henvendelse, så migranterne ikke risikerer at blive strafforfulgt og udvist, hvis de opsøger COVID-19-tilbud. Samme dato annoncerer Udlændinge- og Integrationsministeriet, at udlændinge uden lovligt ophold, der lever på gaden, skal have mulighed for at blive testet for COVID-19. Hvis de konstateres smittede, tilbydes de karantæneindkvartering i Center Brovst i Nordjylland eller Center Gribskov i Nordsjælland. Dog understreger udlændinge- og integrationsministeren, at personer uden lovligt ophold vil blive sendt hjem efterfølgende.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer beskriver uregistrerede migranternes ret til akut sundhedsbehandling, samt at regionerne kan yde akut og fortsat sygehusbehandling vederlagsfrit, når det skønnes rimeligt, f.eks. ved behandling af hjemløse og uregistrerede migranter. Dog er det endnu uafklaret, hvilke rettigheder der gælder for uregistrerede migranter, som har været smittede med COVID-19, når det kommer til længerevarende ikke-akut sundhedsbehandling. Det kan til eksempel være genoptræning efter afsluttet sygdomsforløb eller behandling for varige lungeskader. Det er ikke afklaret, hvorvidt uregistrerede migranter vil få adgang til forebyggende sundhedsbehandling, når en vaccine mod COVID-19 bliver klar, hvorved de således stadig vil kunne være i risiko for smitte eller være smittebærere.

Den aktuelle situation med COVID-19 har gjort det relevant at genoptage kontakten til uregistrerede og hjemløse uregistrerede migranter, hvoraf flere har deltaget med interviews i dette studie. Vi har i løbet af april 2020 talt med seks personer, der opholder sig i Danmark, samt tre, der er rejst hjem, for at høre om deres oplevelser af situationen. Blandt disse migranter har COVID-19-pandemien og den danske indsats skabt flere bekymringer. Først og fremmest frygter de at blive smittede af COVID-19 og at blive alvorligt syge. Som tidligere beskrevet i dette studie lider mange af migranterne af lungesygdomme som KOL og astma, forhøjet blodtryk, diabetes og hjertekarsygdomme, alle eksempler på sygdomme, der kan placere dem i høj risiko for at udvikle alvorlig COVID-19-sygdom. Risici forøges, når disse personer lever på gaden, med begrænset adgang til vigtig sundhedsinformation og meget begrænsede muligheder for hygiejne og isolation, som er afgørende for

at beskytte dem selv og andre. Et eksempel gives af Susanna, som er en 40-årig kvinde fra et EU-medlemsland:

”

Jeg sover ikke på nattilbuddene, fordi jeg er så bange for denne sygdom. Jeg har hørt, at dem med diabetes dør, hvis de bliver smittet, og jeg har diabetes. De har sagt, at vi skal holde afstand, vaske hænder og bruge håndsprit. Så jeg har holdt mig væk fra steder med andre mennesker.

Susanna fortæller videre, at hun har bedt medarbejdere i en social organisation om at skrive en seddel på dansk, hvor der står, at hun har diabetes og derfor sover i sin bil for at isolere sig. Denne seddel er vigtig for Susanna, fordi hun ved, at dansk lovgivning ikke tillader overnatning i biler, og hun vil gerne kunne vise sedlen til politiet.

Susannas eksempel illustrerer de uregistrerede migranternes udsathed for alvorlig sygdom. Hun holder sig på afstand af nattilbud af frygt for at blive smittet samt udtrykker bekymring for kontakt med politiet, hvilket også er gennemgående for flere af de andre migranter. De er usikre på konsekvenserne, hvis myndighederne mistænker, at de er smittebærere og kan hjemsende dem på denne baggrund. Ingen af migranterne, der er blevet interviewet i april 2020, ønsker at rejse tilbage til deres respektive hjemlande, som også har lukket grænserne for at undgå COVID-19-smittespredning. Deres familier i hjemlandet har måttet gældsætte sig yderligere for at dække leveomkostninger og er derfor endnu mere afhængige af indkomst fra returpant, som migranterne i Danmark sender hjem. De tre migranter, som er rejst hjem, fortæller, at de fortryder deres beslutning, fordi de ikke kan finde arbejde til at brødføde deres familier. Med stigning i arbejdsløsheden i flere lande har pandemiens indflydelse på verdensøkonomien på den måde en meget umiddelbar konsekvens for fattige og udsatte familier. For de uregistrerede migranter, som fortsat befinder sig i Danmark, betyder usikkerheden om fortolkningen af reglerne omkring COVID-19 og risikoen for hjemsendelse, at nogle af dem vil undlade at søge sundhedsbehandling, hvis de føler sig syge.

Den aktuelle COVID-19-pandemi og de problemstillinger, der herved opstår for sundhedsbehandling for uregistrerede migranter i Danmark, sætter på mange måder resultaterne i dette studie på spidsen. Det gælder både i forhold til udsathed for sygdom, begrænset adgang til sundhedsbehandling udover akut behandling samt den nervøsitet, som mange uregistrerede migranter har for at opsøge sundhedshjælp af frygt for retsforfølgelse eller hjemsendelse. De behov, der beskrives i studiets konklusion, er derfor mere aktuelle end nogensinde.

Efterskrift, d. 28. april 2020

LITTERATURLISTE

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M. & Ekholm, O. (2018). *SUSY UDSAT 2017: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007*. København: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- Amnesty International. (2018). *Sweden: A Cold Welcome. Human Rights of Roma and Other 'Vulnerable EU Citizens' at Risk*. Stockholm.
- Barbu, S. & Cioraru, A. M. (2019). *OUTREACH with homeless migrants in Copenhagen 2016-2019*. København: Kompasset Kirkens Korshær.
- Benjaminsen, L. & Birkelund, J.F. (2018). Explaining excess morbidity amongst homeless shelter users: A multivariate analysis for the Danish adult population. *Scandinavian Journal of Public Health*, p.1403494818759839.
- Benjaminsen, L. (2017). *Hjemløshed i Danmark 2017 – National Kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Andrade, S.B. & Enemark, M.H. (2017). *Fællesskabsmålingen. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F. & Enemark, M.H. (2013). *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*. SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Birkelund, J.F., Enemark, M.H. & Andrade, S.B. (2018). *Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – Samfundsøkonomiske aspekter*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., Enemark, M.H. & Birkelund, J.F. (2016). *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. & Nørredam, M. (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health*, 11(1), 560.
- Biswas, D., Toebes, B., Hjern, A., Ascher, H. & Nørredam, M. (2012). Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Health and Human Rights*, 14(2), 49-60.
- Boye, M.C., Funge, J. K., Parellada, C. B., Khan, A. A. & Nørredam, M. (kommende). *Sundhed og trivsel i starten af livet blandt udokumenterede migranter i Danmark*.
- De Vito, E., De Waure, C., Specchia, M. & Ricciardi, W. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Ehmsen, B.K., Biswas, D., Jensen, N.K., Krasnik, A. & Nørredam, M. (2014). Undocumented migrants have diverse health problems. *Danish Medical Journal*, 61(9), A4897.
- Erbsøll, E. & Andersen L.G. (2016). *Uregistrerede migranternes sundhedsrettigheder – fokus på gravide kvinder og børn*. København: Institut for Menneskerettigheder.
- Europarådet. (2020). *The Advisory Committee on the Framework Convention for the Protection of National Minorities. Fifth Opinion on Denmark*. Secretariat of the Framework Convention for the Protection of National Minorities, Strasbourg. Europarådet. Lokaliseret på <https://rm.coe.int/5th-op-denmark-en/1680996202>.
- European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). (2017). *Recognising the Link Between Trauma and Homelessness*. Position Paper. FEANTSA, Belgium.
- European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). (2013). *Health and Well-being for All – Holistic Health Services for People Who Are Homeless*. FEANTSA Belgium.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2011). *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Færch, M. (2020, 6. april). Opråb: Manglende karantænepladser til migranter med COVID-19 kan få alvorlige konsekvenser. *Information*. Lokaliseret på <https://www.information.dk/indland/2020/04/opraab-manglende-karantaenepladser-migranter-covid-19-kan-faa-alvorlige-konsekvenser>.

- Gadejuristen. (2020). *Lejrbestemmelsen: Fokusér på hjemløses sikkerhed*. Lokaliseret 8. maj 2020 på <http://gadejuristen.dk/lejrbestemmelsen-fokuser-paa-hjemloeses-sikkerhed/>.
- Institut for Menneskerettigheder (IMR). (2016). *Uregistrerede migranter - status 2015-16*, København: Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution.
- Institut for Menneskerettigheder (IMR) (2020, 10. februar). *Anbefalinger fra FN's Komité for Økonomiske, Sociale og Kulturelle rettigheder til den danske stat*. 12. november 2019. Uofficiel oversættelse. København: Institut for menneskerettigheder.
- Jensen, N.K, Nørredam, M., Draebel, T., Bogic, M, Priebe, S. & Krasnik, A. (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: What are the challenges for health professionals?. *BMC Health Services Research*, 11(1), 154.
- Johansen, K.S. (2009). *Dobbelt diagnose – dobbelt behandling*. København: KABS-VIDEN.
- Kastanje, M. & Hof, N. M. (2017). *Unregistered homeless migrants in Copenhagen – Experiences from DanChurchSocial 2017*. København: Kompasset. Kirkens Korshær.
- Kiørboe, E., for Institut for Menneskerettigheder. (2018). *Uregistrerede migranter - status 2018*. København: Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution.
- Lindberg, M.J.H., Andersen, S.E., Christensen, H. R. & Kampmann, J.P. (2008). Komplians ved behandling med lægemidler. *Ugeskrift for Læger*, 170:1912-6.
- Nørredam, M.L. & Krasnik, A. (2011). Migrants' access to health services. Migration and health in the European Union. I: Rechel, B. et al. (red.), *Migration and health in the European Union* (67-80). Maidenhead: McGraw-Hill Education. European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Maroukis, T., Iglicka, K., & Gmaj, K. (2011). Irregular Migration and Informal Economy in Southern and Central Eastern Europe: Breaking the Vicious Cycle? *International Migration*. 49/5. 129-56. International Office of Migration.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2014). *Sundhedsydelse til uregistrerede migranter*. København.
- Myhrvold, T., & Småstuen, M. C. (2017). The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 825-839.
- Nielsen, S. F., Hjorthøj, C. R., Erlangsen, A. & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *The Lancet*, 377(9784), 2205-2214.
- Nordentoft, M. & Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*, 327(7406), 81.
- Nørredam, M. & Ventegodt, M. (2020, 24. april). Eksperter: Tesfayes udmelding skræmmer uregistrerede hjemløse migranter fra coronatest. *Politiken*. Lokaliseret på <https://politiken.dk/debat/debatindlaeg/art7759697/Tesfayes-udmelding-skr%C3%A6mmer-uregistrerede-hjeml%C3%B8se-migranter-fra-coronatest>.
- Pedersen, P.V., Holst, M., Davidsen, M. & Juel, K. (2012). *SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. Rådet for Socialt Udsattes undersøgelse af Sundhed og Sygelighed blandt socialt udsatte i Danmark. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Plambech, S. (2017). Sex, deportation and rescue: Economies of migration among Nigerian sex workers. *Feminist Economics*, 23(3), 134-159.
- Ravnbøl, C. I. (2017). Doubling Syndemics: Ethnographic Accounts of the Health Situation of Homeless Romanian Roma in Copenhagen. *Health and Human Rights*, 19(2), 73.
- Ravnbøl, C. I., (2018a). Livsgæld: Et etnografisk studie af gæld blandt fattige roma-familier. *Jordens Folk*. 53, 1/2, 6-13 8.
- Ravnbøl, C. I. (2018b). *Bottle Hunters: An Ethnography of Law and Life Among Homeless Roma in Copenhagen*. København: Københavns Universitet.
- Ravnbøl, C. I. (2019). Patchwork Economies in Europe: Economic Strategies Among Homeless Romanian Roma in Copenhagen. Magazzini, T. & Piemontese, S. (red.). *Constructing Roma Migrants: European Narratives and Local Governance*. Cham: Springer, 209-226 IMISCOE Research Series, Rotterdam.

- Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & Mckee, M. (2011). *Migration and health in the European Union: an introduction*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rubow, C., Bundgaard, H. & Mogensen, H.O. (2018). Introduktion. I Rubow, C., Bundgaard, H. & Mogensen, H.O., *Antropologiske Projekter: En grundbog*, 9-18. København: Samfundslitteratur.
- Røde Kors Danmark. (2020). *Årsrapport. Sundhedsklinik for udokumenterede migranter. Rapport 24. august 2011 – 31. december 2019*. København: Røde Kors Danmark.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2017). *Årsrapport*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Rådet for Socialt Udsatte. (2019). *Årsrapport*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Schmidt, J. (2012). *Report on homeless migrants in Copenhagen. The problems and needs of migrants*. København: Fonden projekt UDENFOR.
- Social- og Indenrigsministeriet. (2017, 21. februar). *Præcisering af servicelovens anvendelsesområde i forhold til udlændinge med processuelt eller ikke lovligt opholdsgrundlag*. Lokaliseret d. 8. maj på <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2017/praecisering-af-servicelovens-anvendelsesomrade-i-forhold-til-udlaendinge-med-processuelt-eller-ikke-lovligt-opholdsgrundlag>.
- Socialstyrelsen (Sverige). (2014). *Vård för papperslösa. Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Socialstyrelsen Sverige. Lokaliseret på <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-28.pdf>.
- Udlændinge- og Integrationsministeriet. (2020, 8. april). *COVID-19: Regeringen iværksætter indsats over for hjemløse udlændinge uden lovligt ophold*. Lokaliseret d. 8. maj 2020 på <https://uim.dk/nyheder/covid-19-regeringen-ivaerksaetter-indsats-over-for-hjemlose-udlaendinge-uden-lovligt-ophold>.
- Udlændingestyrelsen. (2020, 8. april). *Koordineret indsats til håndtering af udlændinge uden lovligt ophold*. Lokaliseret d. 8. maj 2020 på <https://nyidanmark.dk/da/Nyheder/2020/04/H%C3%A5ndtering-af-udl%C3%A6ndinge-uden-lovligt-ophold-COVID-19>.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Health of refugees and migrants, Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. WHO European Region.
- Østergaard, L. S. (2017). *Undersøgelse af stofmisbrug blandt migranter. KABS Årsmagasin 2017*. København: KABS.

Danske love, bekendtgørelser og vejledninger m.v.

- Lov om social service (Serviceloven). LBK nr. 798 af 07/08/2019. Lokaliseret på <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/798>.
- Straffeloven. LBK nr. 976 af 17/09/2019. Lokaliseret på <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/976>.
- Sundhedsloven. LBK nr. 903 af 26/08/2019. Lokaliseret på <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/903>.
- Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. (Sygehusbekendtgørelsen). BEK nr. 657 af 28/06/2019. Lokaliseret på <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/657>.
- Bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om politiets sikring af den offentlige orden og beskyttelse af enkeltpersoners og den offentlige sikkerhed mv., samt politiets adgang til at iværksætte midlertidige foranstaltninger. BEK nr. 305 af 31/03/2017. Lokaliseret på <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/305>.
- Vejledning om opkrævning af betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning nr. 9610 af 04/07/2019. Lokaliseret på <http://www.socialjura.dk/content-storage/regler/2019/vejl-9610-af-47-2019/>.
- Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Betaling for akut og fortsat sygehusbehandling af visse personer uden bopæl i Danmark). 2018/1 LSV 111. Vedtaget af Folketinget ved 3. behandling den 14. marts 2019. Lokaliseret på <https://www.retsinformation.dk/eli/ft/201813L00111>.
- Håndtering af COVID-19: uregistrerede migranternes ret til sygehusbehandling. Retningslinje fra Sundhedsstyrelsen 2. april 2020. Lokaliseret på <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2020/Haandtering-af-COVID-19-uregistrerede-migranternes-ret-til-sygehusbehandling>.
- Sagsnr. 2015-6337. Analyse af servicelovens anvendelsesområde i forhold til udlændinge med processuelt eller ikke lovligt opholdsgrundlag. Social- og Indenrigsministeriet 29. juni 2016. Lokaliseret på <http://sim.dk/media/15693/analyse-af-servicelovens-anvendelsesomraade-i-forhold-til-udlaendinge-med-processuelt-eller-ikke-lovligt-opholdsgrundlag.pdf>.

Hjemmesider

Alle angivne hjemmesider er senest tilgået 8. maj 2020.

- <https://www.borger.dk/udlaendinge-i-danmark/ret-til-at-opholde-sig-i-danmark/borgere-fra-et-eu-oes-land>
- <https://www.cmm.dk/tilbud-til-ofre/sundhedstilbud/sundhedstilbud>
- <https://dsr.dk/dshm/sygeplejens-historie/sygeplejens-symboler/sygeplejerskeloefet>
- <https://kfuksa.dk/reden-kobenhavn/generelt/om-reden-kobenhavn>
- <https://www.kk.dk/artikel/ansoegningsrunde-sikring-af-noedovernatningspladser-hjemloese-i-vintermaanederne-2020-2023>
- <https://www.laeger.dk/laegeloefet>
- <https://maendeneshjem.dk/sundhed/>
- <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk%20Center%20Amager/Undersoegelse-og-behandling/Ambulant-behandling/Sider/Psykiatrisk-Gadeplansteam.aspx>
- <https://www.redcross.fi/node/1557/health-issues>
- <https://www.rodekors.dk/vores-arbejde/sundhedsklinik>
- <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/migrasjon/>
- <https://www.rodakorset.se/fa-hjalp/vard-for-papperslosa/>
- <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/pakkeforloeb/patientforloeb-hjerte/hvad-er-pakkeforloeb/>
- <https://www.tandlaegeforeningen.dk/om-tandlaegeforeningen/det-mener-tf/maerkesager/tandpleje-til-saerligt-udsatte-patientgrupper/hjemloese/>
- <https://www.udsatte.dk>
- <https://viden.kabs.dk/information/publikationer/>

KOLOFON

Studiet er udført af Camilla Ida Ravnbøl og Simona Barbu.
Tekstredigering og transskribering er udført af Signe Lang.

Foto: Camilla Ida Ravnbøl.

Forsidefoto taget under feltarbejde med forhåndsgivet samtykke af personerne på billedet.

Oplag: 500 stk.

ISBN:

978-87-93698-11-6 (trykt)

978-87-93698-10-9 (online)

Rapporten kan bestilles gratis eller downloades på www.udsatte.dk