



De som har och de som inte har

Om rätten till hälso- och sjukvård för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien

Susanna Nilsson

Project Report Series

Nr 07:01

ISSN 1404-238X

Förord

Centrum för Europaforskning vid Göteborgs universitet (CERGU) har till huvudsyfte att stimulera utvecklingen av mångvetenskaplig forskning och utbildning med inriktning på Europafrågor. CERGU skall i första hand fungera som en kontaktpunkt för forskare och forskarstuderande inom olika ämnesområden och som stöd för utvecklingen av forskarkontakter med universitet och forskningsinstitut i Sverige och utlandet. Konferenser, seminarier och kurser på såväl forskarutbildnings- som grundutbildningsnivå utgör centrala inslag i CERGU:s verksamhet. CERGU syftar också till att på olika sätt främja utvecklandet av kontakter med intressenter inom den offentliga sektorn och det privata näringslivet.

Forskningsprojekt kan antingen drivas i CERGU:s egen regi eller anknytas till CERGU och erhålla olika former av stöd (t.ex. stöd till konferenser/workshops, publiceringsstöd, mm).

Per Cramér,

Professor, föreståndare Centrum för Europaforskning vid Göteborgs universitet

Centrum för Europaforskning vid Göteborgs universitet (CERGU)

Postadress: Box 711, SE-405 30 Göteborg

Besöksadress: Sprängkullsgatan 19

Tel: 031-773 4286

Fax: 031-773 4599

E-mail: birgitta.jannebring@cergu.gu.se

URL: <http://www.cergu.gu.se>

Asylum-seeking children's welfare, health and well-being

Gothenburg Research on Asylumseeking Children in Europe (GRACE), Göteborg University and Nordic School of Public Health, Göteborg

Project owner: Centre for European Research (CERGU)

Project leader: professor Ulla Björnberg

The project's general aim is to contribute improved knowledge about what influences asylum-seeking children's welfare, health and well-being. Our focus is on the interactions between local practices as implementations of policies regarding the reception of children primarily in Sweden and subsequently in a number of other European countries. The health and wellbeing of children are analysed both in context of their immediate living conditions and in relation to different levels. This is accomplished through a multi-scientific approach including paediatrics, sociology, social anthropology, political science. The multi-scientific approach enables analysis of how general structures influence the actors nationally and locally as well as affecting the children themselves. Through our approach preconditions are created for dealing with the described multi-level problems at once internationally, nationally, locally and from the standpoint of children themselves. The following problems are covered: The welfare, health and well-being of children, The rights of children according to national law and local implementations of the laws;-Asylum seeking children in EU-states – comparisons of international and national policies; Trafficking in children – comparative analyses of national policies; Study on hidden refugees and paperless families with children in Göteborg. A focus on urban every day life.

Abstract

Title: The ones who have and the ones who have not. About the right to health care for asylum seeking children and children in hiding, in Sweden and United Kingdom

Author: Susanna Nilsson

Advisor: Hans E Andersson. Department of Political Science. Gothenburg University.

Social rights for migrants in the member states of the European Union, and particularly the right to healthcare for asylum seeking children and the so called “children in hiding” is the focus of this report. The interest for their rights arises from a theoretical controversy about which factors explain the developments of rights for migrants? Whilst Soysal claims that a global discourse on human rights is the factor, her opponent Joppke refutes, according to him this is yet to be proved. His research shows that domestic courts have been the driving force in expanding rights for migrants within European states. Joppke questions whether a detailed tracing of the evolvments of rights, could show that “soft moral power has become domestically effective”? In my report this challenge is taken on, in order to make a contribution to the controversy.

The research questions are “which were/are healthcare rights for asylum seeking children and “children in hiding” in Sweden and United Kingdom before/after the UN Convention on the rights of the child was ratified? And “have a global discourse on human rights been used in order to motivate the Swedish and British public regulations on the right to health care for asylum seeking children and “children in hiding”?”

In order to answer the research questions public regulations and official documents have been analysed. A comparison is carried out between the results before the CRC was ratified with the results after ratification. Report results show that neither the CRC nor institutional-legal factors can explain the developments of rights in Sweden and the cutting-down of rights in the UK. What the results do show is that the CRC has been used as an instrument to motivate the development of rights in Sweden, and in the UK arguments of state sovereignty have been used to motivate cutting down on health care for children in hiding.

Innehållsförteckning

De som har och de som inte har	1
Begreppen ”flyktingar”, ”gömnda” och ”migranter”	2
Migrationshistorisk kontext – en överblick	2
Disposition	3
Tidigare forskning och teori	3
Postnationellt medborgarskap	3
Invändningar mot den postnationella medborgarskapsmodellen	5
Migrations- och asylpolitiska instrument	7
<i>Rätten till inträde – en kategori av migrationspolitiska instrument</i>	7
<i>Sociala rättigheter – en ny kategori av migrationspolitiska instrument</i>	8
Preciserat syfte och frågeställningar	10
Kausalmodell	10
Metodologiska överväganden	11
Fallen Sverige och Storbritannien	11
Metod	13
<i>Analysschema</i>	14
Barn som är asylsökande och barn som är gömda	15
Material	15
Val av undersökningsperiod	16
Lagen och praxis	17
Resultat	17
Hälso- och sjukvårdsrättigheterna före barnkonventionen ratificeras	17
<i>Offentlig reglering i Sverige 1980-1990</i>	17
<i>Offentlig motivering i Sverige 1980-1990</i>	20
<i>Offentlig reglering i Storbritannien 1989-1991</i>	23
Hälso- och sjukvårdsrättigheterna efter att barnkonventionen ratificeras	25
<i>Offentlig reglering i Sverige 1990-2005</i>	26
<i>Offentlig motivering i Sverige 1990-2005</i>	27
<i>Offentlig reglering i Storbritannien 1991-2005</i>	30
<i>Offentlig motivering i Storbritannien 1991-2005</i>	32
Jämförelse av regelverk och motivering i Storbritannien och Sverige	35
<i>Regleringen av hälso- och sjukvårdsrättigheterna, före barnkonventionen ratificerades.</i>	36
<i>Regleringen av hälso- och sjukvårdsrättigheterna efter att barnkonventionen ratificerades.</i>	36
<i>Motivering av den svenska respektive den brittiska offentliga regleringen</i>	38
Avslutande diskussion	39
Regelverk och motivering i Sverige och Storbritannien	39
Den vetenskapliga kontroversen i nytt ljus	39
Framtida forskning	41
Sammanfattning	41
Referenser	43
Appendix	46

De som har och de som inte har

*"Jag är väldigt orolig för om man öppnar för att vi också skall ha ett parallellt system där vi säger nej, du får inte vara i landet men du kan få gratis sjukvård här. Det är att tala med dubbla tungor, och det är att utsätta människor, tycker jag, för en inhuman behandling. Vi ser det i flera länder i Europa."*¹

Citatet kommer från vård- och omsorgsminister Ylva Johansson, som i en radiodebatt i december 2005 ger sin syn på gömda flyktingars rätt till gratis akutsjukvård i Sverige. Kravet på gratis vård har rests från fem av riksdagspartierna med undantag för socialdemokraterna och moderaterna. Ministerns uttalande är tankeväckande; inte minst i ljuset av att staten redan talar med dubbla tungor när det gäller barn som är gömda. Sedan år 2000 har gömda barn enligt en överenskommelse mellan staten och "Sveriges kommuner och landsting"², samma rätt till hälso- och sjukvård som svenska barn, inbegripet förebyggande vård. Denna rättighet tillföll asylsökande barn redan 1994, medan vuxna asylsökandes rätt till vård är begränsad till akutsjukvård.³ Sverige skiljer sig på så sätt jämfört med ett antal andra EU-länder, där både barn och vuxna utan legal status har haft lagstadgad rätt till gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård långt tidigare.⁴ Ministerns uttalande väcker såväl moraliska som politiska frågor, har ministern rätt eller hur *bör* staten agera gentemot dessa människor? Än mer fascinerande är dock frågan, hur det kommer sig att Sverige utökat rättigheter för barn som är asylsökande och barn som är gömda i ljuset av ett allmänt hårdnande klimat gentemot migranter inom EU?

När vård- och omsorgsministern understryker behovet att vara koherent, det vill säga inte tala med dubbla tungor, avser hon koherens gentemot statens rätt att reglera invandring, vilket är en central del av statssoveräniteten. De människor som inte vistas i landet lagligen skall således under inga omständigheter ges incitament till fortsatt vistelse och det är ur detta perspektiv akutsjukvård för gömda bedöms. Miljöpartisten Mona Jönsson, liksom ministern medverkande i radiodebatten, är dock av en annan uppfattning. Hon argumenterar utifrån de mänskliga rättigheterna och menar att vård skall ges på lika villkor, till svenskar och gömda flyktingar.⁵ Är det denna argumentation som slagit igenom när det gäller barn som är asylsökande och barn som är gömda? Debatten kring gömdas rätt till hälso- och sjukvård väcker frågor kring den spänning som existerar mellan den nationalstatliga suveräniteten och den globala diskursen kring de mänskliga rättigheterna. Å ena sidan skall staterna inom EU värna sina gränser och den reglerade invandringen, å andra sidan har staterna ratificerat människorättskonventioner, exempel barnkonventionen, vilken kräver att barn som är asylsökande och barn som är gömda inte diskrimineras från rättigheter som medborgare i staterna åtnjuter. Innebär ratificerandet av barnkonventionen att staternas politik gentemot dessa grupper förändras?

Den migrationspolitiska debatten kan på ett mycket tydligt sätt kopplas till den vetenskapliga diskussionen kring migration, rättigheter och medborgarskap. Inom denna diskussion kan debatten dessutom förankras i ett vetenskapligt problem – frågan om den globala mänskliga rättighetsdiskursens betydelse för en postnationell medborgarskapsmodell. Sociologen Yasemin Soysal samt David Jacobsen, också forskare inom sociologi, hävdar att en postnationell medborgarskapsmodell har vuxit fram under efterkrigstiden.⁶ I denna modell skapas och motiveras människors rättigheter utifrån en transnationell nivå, istället för den nationalstatliga nivån. Soysal menar att det är den globala diskursen kring de mänskliga rättigheterna som motiverat och därmed drivit fram utökade rättigheter för utländska medborgare – olika grupper av migranter – i de europeiska nationalstaterna. Med begreppet postnationell medborgarskapsmodell syftar Soysal på att rättigheter skapas och motiveras utifrån en transnationell nivå.⁷ Tesen står inte oemotsagd, Christian Joppke är en av de forskare som ifrågasätter den empiriska grunden för tesen om det postnationella medborgarskapet. Han menar att rättigheter för migranter i Europa drivits fram av nationella domstolar, vilka agerar utifrån nationella konstitutioner och grundlagar. Han avfärdar Soysals tes att rättigheter för dessa grupper skapats utifrån en transnationell nivå. Därmed har det inte heller skett någon ny, drastisk underminering av den nationella suveräniteten enligt Joppke.⁸

Joppkes och Soysals forskning utgör grunden för en vetenskaplig kontrovers. Joppkes kritik av Soysal och gruppen forskare han kallar globalister, andas sarkasm. De har totalt misslyckats med att påvisa kausali-

¹ Ylva Johansson (s), intervju i P1 morgon den 1/12 2005.

² Fd. Landstingsförbundet, jag kommer använda det äldre namnet om organisationen före 2005 då bytet skedde.

³ <http://www.rb.se/sv/Aktuellt/Remissvar/Remissvarpaforslagtilllagomhalsovardforasylsökande.htm> (2006-01-05).

⁴ Gömda 2005, Läkare utan gränser s. 8.

⁵ Mona Jönsson (mp), intervju i P1 morgon den 1/12 2005.

⁶ Jacobsen, David, *Rights Across border*, 1996.

⁷ Soysal i *Changing Citizenship in Europe: Remarks on Postnational membership and the national state* i Ceserani and Fullbrook (eds), 1996.

⁸ Joppke "Why liberal states accept unwanted migration", 1998.

tet inom det samband de intresserat sig för, global människorättsdiskurs – utökade rättigheter för migranter, enligt Joppke. Han hävdar ”*But globalists have been content with listing formal treaty and conventions titles, avoiding the “detailed process-tracing” by which the soft moral power of discourse may become domestically effective. Perhaps there would be little process to trace.*”⁹ Handsken är kastad! Är verkligen globalisterna ute och cyklar, vilket Joppke påstår? Det måste undersökas! Med utgångspunkt i kontroversen har jag valt att göra en empirisk prövning av Soysals tes om den globala diskursen om mänskliga rättigheters betydelse för regleringen av rättigheter för icke-medborgare. Den empiriska prövningen skall genomföras genom undersökning av den offentliga regleringen och argumentationen kring rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda i fallen Sverige och Storbritannien, från 1980-talet till 2000-talet.

Begreppen ”flyktingar”, ”gömda” och ”migranter”

Inledningsvis vill jag också klargöra språkbruket kring ”gömda”, som kan vara värdeladdat. Med begreppet ”gömd” avser jag person som sökt asyl och fått avslag, eller utländsk person som aldrig sökt asyl men som gömmer sig i ett land på grund av skäl förbundna med personens livssituation i hemlandet. En ”gömd” person är inte nödvändigtvis en ”flykting”. Begreppet flykting är problematiskt i det att begreppet dels avser en viss juridisk status som berättigar till internationellt skydd. Dels används begreppet i vardagligt tal om människor som flyr för sitt liv. Huruvida man i vardagligt tal inkluderar de människor som lämnar sitt land av ekonomiska skäl beror på ens uppfattning i sakfrågan. I strikt juridisk mening är inte ens alla som flyr sitt hemland av politiska skäl flyktingar.

Enligt Genevekonventionen, FN: s flyktingkonvention, från 1951 är en ”flykting” ”en person som befinner sig utanför det land, som denne är medborgare i, därför att personen känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin ras, nationalitet, tillhörighet till viss samhällsgrupp eller på grund av sin religiösa eller politiska uppfattning och som inte kan eller på grund av sin fruktan inte vill begagna sig av detta lands skydd”.¹⁰ Genevekonventionen och därmed flyktingbegreppet, omfattar således inte människor som för sitt liv flyr undan kring, inbördeskrig eller svält. Sådana personer kan dock tilldelas skydd, i form av uppehållstillstånd. Inom den svenska utlänningslagen från 2006 förekommer två typer av skäl, skyddsbehövande och synnerligen ömmande omständigheter. Med skyddsbehövande avses att personen ”a) känner välgrundad fruktan för att straffas med döden eller med kroppsstraff eller att utsättas för tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning b) på grunden yttre eller en inre väpnad konflikt behöver skydd eller på grund av en miljökatastrof inte kan återvända till sitt hemland”¹¹ Tidigare omfattades även de som på grund av sitt kön eller homosexualitet känner välgrundad fruktan för förföljelse i ovan nämnda kategori. I den nya utlänningslagen definieras dessa som flyktingar. Med ”synnerligen ömmande omständigheter”, avses sådant som personens hälsa, anpassning till Sverige och situationen i hemlandet. Tidigare kallades detta humanitära skäl.¹² Andra EU-länder definierar på liknande sätt ytterligare skäl utöver Genevekonventionen för grupper i behov av internationellt skydd. I rapporten kommer jag utifrån ovanstående definitioner tala om *flyktingar* å ena sidan, *personer i behov av internationellt skydd* å andra sidan och *migranter* å tredje sidan.¹³ Migranter utgör en generell benämning för människor som flyr/lämnar sitt land oavsett skäl. Under asylprocessen fastställs den juridiska statusen hos den migrant som sökt asyl, i enlighet med nationell lagstiftning.

Migrationshistorisk kontext – en överblick

För att mycket kortfattat placera in rapportens problematik i den migrationspolitiska kontexten vill jag presentera en historisk överblick av invandringen till Europa. Invandringen, sedan andra världskrigets slut, brukar delas in i tre vågor. Den första migrationsvågen utgjordes av primärmigration i form av arbetskraft som var efterfrågad inom de västeuropeiska staterna. Den andra vågen, som inleddes under 1970-talet, brukar kallas sekundär och utgjordes främst av familjer till dem som emigrerat under första vågen. Den tredje vågen inleddes under slutet av 1980-talet, den största gruppen immigranter inom denna våg var asylsökande.¹⁴ Denna rapport kommer att fokusera på den tredje vågens migranter generellt, gruppen barn specifikt, och därmed den asylpolitiska aspekten av migrationspolitik.

⁹ Joppke 1998, s. 269.

¹⁰ Se t.ex. svenska utlänningslagen 1989:529 3 kap 2§ citerad i Andersson, *Hans Flyktingpolitiken i framtidens EU*, 2003, s. 15.

¹¹ Andersson, 2003, s. 16.

¹² Migrationsverket, *faktablad* ”Viktiga ändringar i utlänningslagen från 31 mars 2006”. (2006-03-30).

¹³ För val av definitioner har Andersson, 2003 konsulterats.

¹⁴ Geddes, Andrew, *The politics of migration and integration in Europe*, 2003, s 17f.

Mellan 1994 och 2003 sökte närmare fem miljoner människor asyl i den rikare delen av världen - Europa och Nordamerika. Av dessa gavs 28 procent flykting- eller motsvarande skyddsstatus. Av Europas immigranter, 56,1 miljoner år 2000, fick fem procent flyktingstatus, medan tio procent klassades som illegala invandrare.¹⁵ Antalet illegala immigranter, utan rätt att delta i det europeiska samhället, motsvarar därmed befolkningen i Danmark.

I takt med att de asylsökande immigranterna ökat under 1990-talet har det politiska klimatet gentemot dessa människor hårdnat. För EU:s medlemsstater är det viktigt att bättre kontrollera invandringen till Europa. EU-medlemmarna kritiserar samtidigt för att enbart definiera migration som ett problem där den främsta lösningen består i att hindra människor från att ta sig in i Europa.¹⁶ Medlemsländernas hållning skapar upprörda känslor bland organisationer som arbetar för migranternas rättigheter. Nätverket "Ingen människa är illegal" deklarerar att de "(...) består av asylrättsaktivister som delar övertygelsen att jorden tillhör alla och att gränser är konstruktioner som ingen har någon moralisk skyldighet att acceptera och upprätthålla."¹⁷ De sätter därmed fingret på det moraliskt betänkliga i, att trots att människor föds i olika länder av godtycke, inte av förtjänst, utgör detta godtycke motiveringen till att en människa kan stängas ute från andra länder än det hon råkar vara född i.¹⁸ Med en kännedom om kontexten ter sig rapportens problematik än mer spännande: varför rättigheter för barn som är asylsökande och barn som är gömda när det politiska klimatet gentemot migranter hårdnat?

Disposition

Rapporten kommer att disponeras enligt följande. Först presenteras tidigare forskning och teori kring det postnationella medborgarskapet samt migrationspolitiska instrument. Ur denna forskning och teori mejslas rapportens preciserade syfte och frågeställningar fram, kring regleringen av och motiveringen av hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande barn och gömda barn. Dessa två avsnitt tydliggörs också genom en kausalmodell. I kapitlet "metodologiska överväganden" presenteras tillvägagångssätt för undersökningen, ett analyschema samt metodologiska övervägande kring fall, material och omfattning av undersökningen. Därefter följer resultatredovisningen, styrd av rapportens frågeställningar. I den avslutande diskussionen kopplas resultaten än mer tydligt till rapportens övergripande problemställning och idéer för ny forskning tas upp. Slutligen summeras rapporten.

Tidigare forskning och teori

Rapportens vetenskapliga problem tar sin utgångspunkt i en kontrovers kring betydelsen av en global människorättsdiskurs för de rättigheter som vuxit fram för migranter i de europeiska nationalstaterna. Med ny empirisk kunskap kan denna vetenskapliga kontrovers belysas i nytt ljus. Rapporten knyter också an till den migrationspolitiska diskursen om hur de europeiska staterna använder migranternas rättigheter i syfte att reglera invandring.

Postnationellt medborgarskap

Suveränitetsprincipen innebär etablerandet och upprätthållandet av statsgränser. Principen omfattar också att det inom statens territorium görs åtskillnad mellan medborgare och utlänningar. Sociologen Soysal har fördjupat sig i den förändrade relationen mellan idén om medborgarskap och idén om den suveräna nationalstaten, en utveckling som påbörjats i och med andra världskrigets slut. Soysal menar att den traditionella synen på det moderna medborgarskapet kan ifrågasättas i och med de förändringar som skett under efterkrigstiden. Det moderna medborgarskapet som formats genom processen av nationsbyggande, främst inom Europa, kom att förkroppsliga två principer: nationalitet och rättigheter. Enligt detta synsätt omfattas en nationalstats befolkning av rättigheter och skyldigheter på grundval av sin nationella tillhörighet vilken är bunden till nationalstatens avgränsade territorium. Soysal hävdar dock att medborgarskapets principer har förändrats – identitet och rättigheter har kopplats från varandra. Tidigare fungerade den nationella tillhörigheten som grund för både rättigheter och kollektiv identitet. Den nationella tillhörigheten var samtidigt territoriellt förankrad i nationalstaten. Förändringen har inneburit att rättigheter definieras och motiveras på den transnatio-

¹⁵ GCIM, <http://www.gcim.org/attachements/Migration%20at%20a%20glance.pdf> (2005-11-30).

¹⁶ Geddes, Andrew, *The politics of migration and integration in Europe*, 2003, s 17f.

¹⁷ Ingen människa är illegal. <http://www.ingenillegal.org/organisation.html> (2005-11-30)

¹⁸ Benhabib, *Jämlikhet och mångfald. Demokrati och medborgarskap i en global tidsålder.*, 2004, s.196f.

nella nivån, utifrån den globala diskursen om mänskliga rättigheter, istället för på den nationella nivån, utifrån nationell tillhörighet. Dock anses fortfarande identiteter territoriellt bundna i nationalstaten.¹⁹

De trender som Soysal menar har lett fram till det nationalstatliga medborgarskapets minskade betydelse för legitimering av individens rättigheter är följande: den ökade migration som uppstått i och med efterkrigstidens internationalisering av arbetsmarknaden; avkolonialisering som lett till framväxten av en ny global rättighetsdiskurs där transnationella institutioner och sociala rörelser omformulerat och inkluderat nya grupper inom medborgarskapet; utvecklingen av "multi-level-polities" som EU, vilket har försvagat kopplingen mellan det nationalstatliga territoriet och individers rättigheter; samt en intensifiering av en global diskurs och globala instrument kring individens rättigheter. De mänskliga rättigheterna har kommit att utgöra en legitim grund för kravet att rättigheter som tilldelats på grundval av nationell tillhörighet inom en specifik nationalstat, skall omfatta alla individer, oavsett nationell tillhörighet. Soysal menar att kodifieringen och utökningen av mänskliga rättigheter har fått stor betydelse för utländska medborgare som givits permanent uppehållstillstånd i Europa. Den första vågens immigranter har tack vare den globala diskursen kring mänskliga rättigheter fått tillgång till civila rättigheter såsom rätten till ett familjeliv och sociala rättigheter inom socialförsäkringssystemen, som tidigare var förbehållet medborgare. Den enda grupp av rättigheter som immigranter exkluderats från är de politiska rättigheterna. I vissa europeiska länder har däremot icke-medborgare med permanent uppehållstillstånd, fått rösträtt i lokala och regionala val. Sammanfattningsvis hävdar Soysal att den tydliga gräns mellan icke-medborgare och de som genom sitt medborgarskap tillhör staten har suddats ut i och med individualiseringen av rättigheter.²⁰

Förändringen av medborgarskapet som institution gör att Soysal talar om en postnationell modell för medborgarskapet, som skiljer sig från den nationella modellen på tre avgörande sätt. För det första har den territoriella dimensionen av medborgarskapet luckrats upp. Individer behöver inte ha medborgarskap i den stat där de bor för att få tillgång till rättigheter, individer kan också inneha dubbelt medborgarskap²¹. Dock innebär detta inte att gränser generellt sett har minskat i betydelse, snarare har nationalstatens ansträngning att skydda sina gränser skärpts. För det andra har skillnaden ökat mellan individers tillgång till rättigheter inom en stat, till följd att de åtnjuter olika medlemskap: olika "grupper" av icke-medborgare omfattas av olika rättigheter inom en stat. Exempelvis garanteras EU-medborgare och asylsökande från tredje land olika rättigheter. Tidigare existerade en formell jämlikhet mellan medborgare inom staten och en motsvarande formell ojämlikhet för icke-medborgare. För det tredje har grunden för det sätt varpå rättigheter *motiveras* inom en stat förändrats, från att motiveras genom nationell tillhörighet till att motiveringarna också grundas på den globala diskursen kring de mänskliga rättigheterna. Dessa rättigheter har formulerats i en internationell kontext.²² Den sistnämnda aspekten av den postnationella medborgarskapsmodellen är central för denna rapport. Det vetenskapliga problemet grundas i kontroversen hur rättighetsutveckling för migranter har skapats och motiverats, genom en global diskurs eller genom en nationell diskurs?

Nationalstaten är dock inte överspelad i Soysals postnationella modell. De mänskliga rättigheterna och suveräniteten är bundna till varandra eftersom förverkligandet av de mänskliga rättigheterna sker inom nationalstatens ramar.²³ Med andra ord så vilar ansvaret för implementeringen av de postnationella rättigheterna på det nationalstatliga institutionella ramverket. Denna paradox tar sig tydligt uttryck inom invandringspolitik och europeiska staters hantering av asylsökande. Rätten att kontrollera invandring är en central del av suveräniteten, samtidigt som nationalstaterna enligt konventionen om de mänskliga rättigheterna har till ansvar att öppna upp sina gränser för att ta emot flyktingar som söker skydd. Soysal understryker dock den förändrade grunden för rättigheter, den globala rättighetsdiskursen har kommit att innebära att skälen som ligger till grund för rätten att söka asyl successivt har utökats till att omfatta nya grupper som kvinnor och homosexuella. Därmed har nationalstatens gränser blivit allt mer genomträngbara.²⁴ Den nationalstatliga modellen, där rättigheter motiveras genom nationell tillhörighet, ter sig således mer överspelad.

Sociologen David Jacobsen instämmer i att det nationalstatliga medborgarskapet minskat till följd av individualiseringen av rättigheter. I den teoretiska debatten om betydelsen av medborgarskap, statsuveränitet och den globala diskursen om mänskliga rättigheters inflytande över dessa storheter, brukar Soysal och Ja-

¹⁹ Soysal 1996, s. 17f.

²⁰ Soysal 1996, s. 19ff.

²¹ Att det dubbla medborgarskapet också är en form av ett post-nationellt medlemskap, vänder sig Joppke (1999:647) starkt mot. Han menar att medborgarskap därmed omvandlas från en institution till en attityd, vilken är svår att studera. För att uppnå begreppsydlighet vill han enbart att post-nationellt medlemskap omfattar formellt icke-medborgarskap. Denna invändning finner jag relevant.

²² Soysal 1996, s. 23f.

²³ Soysal 1996, s. 24.

²⁴ Soysal 1996, s. 24f.

cobsen företräda det ena lägret – globalisterna. De framhäver att den globala mänskliga rättighetsdiskursen utmanar den nationalstatliga suveräniteten, genom att underminera betydelsen av medborgarskapet. Det bör tilläggas att Jacobsen också argumenterar för att det faktum att liberala stater inte förmår implementera en lika restriktiv migrationspolitik som retoriken ger sken av, är ytterligare ett tecken på underminering av stat-suveräniteten.²⁵ Soysal och Jacobsen står dock inte oemotsagda i denna debatt, jag kommer nu att presentera kritiken från det andra lägret forskare.

Invändningar mot den postnationella medborgarskapsmodellen

Hur ska man förhålla sig till tesen om det postnationella medborgarskapet? En fråga att ställa sig är i vilken omfattning det postnationella medborgarskapet faktiskt existerar och för vem? Har det nationella medborgarskapet verkligen minskat i betydelse? Den främsta kritikern av Soysals och Jacobsens tes är Christian Joppke, professor i sociologi. Joppkes kritik har sin utgångspunkt i det att han inte delar synen på att den nationalstatliga suveräniteten underminerats. Han menar att Jacobsen och Soysal har en förenklad syn på suveränitet när de utgår från att det tidigare existerade en absolut suveränitet, som nu hotas. Så har aldrig varit fallet. Enligt Joppke har staters kapacitet att kontrollera invandring alltid varit delvis begränsad. Över tid är det snarare så att staterna har ökat sin möjlighet att kontrollera sina gränser. Det som blir tydligt genom Joppkes kritik är vikten av att vara specifik när man talar om suveränitet. Vilken aspekt av suveräniteten har förändrats? Medan Joppke är av uppfattningen att glappet mellan den politiska retoriken kring suveränitet och staternas implementeringskraft varit konstant över tid, uttalar sig Jacobsen egentligen bara om glappet som existerar idag. Joppke menar att stater alltid har accepterat en större invandring än de uttalat genom den politiska retoriken.²⁶ Kanhända skulle de kunna enas om en beskrivning om de studerade samma tidsperiod. Den empiriska frågan om storleken på glappet mellan retorik och praktik inom migrationspolitiken över tid är dock inte föremål för denna rapport.

Joppke ifrågasätter däremot inte Soysal och Jacobsen i avseendet att icke-medborgare har fått utökade rättigheter inom de liberala staterna. Hans främsta invändning handlar istället om förklaringen till varför det förhåller sig på detta sätt. Soysals och Jacobsens argument, att det handlar om externa orsaker, den globala diskursen om mänskliga rättigheter, förkastar Joppke. Han argumenterar för att det handlar om en självförvållad och intern begränsning av suveräniteten. Han specificerar sitt argument enligt följande. De politiska processer som Joppke menar är förklaring till den självförvållade begränsningen utgörs dels av den klientism som förekommer kring migration. De aktörer, arbetsgivare och splittrade familjer, inom de liberala staterna som har intresse av ökad immigration kan gemensamt mobilisera sina intressen (arbetskraft och familjeåterförening) för att påverka politiken genom lobbying. Dessutom utgör de en väljargrupp. Dels utgörs den självförvållade begränsningen av en politisk faktor som kan sammanfattas som politikens ”anti-populistnorm”. Denna norm är grundad i den liberala statens universella värderingar där ras eller etnicitet inte får utgöra skäl till diskriminering. Joppke menar att detta är skälet till varför frågan om invandring inte kan sägas ha politiserats i hög grad mellan blocken i USA, trots att det finns väljare som uppenbart skulle stödja en diskriminerade linje. Frågans politisering i Europa diskuterar han däremot inte, trots liberala värderingar förekommer starkt populistiska partier som Front National i Frankrike och Dansk Folkeparti i Danmark.

I ljuset av den utvecklingen kring den amerikanska migrationspolitiken, våren 2006 bör nog Joppke revidera sin analys, ifråga om ”anti-populistnormen”. Invandringen till USA, främst frågan om invandring från Mexico, har i högsta grad politiserats mellan blocken, vilket har gett utrymme åt ökad populism. Medan president Bush är för en reform av invandringspolitiken, hans reformförslag innehåller bland annat en amnesti som möjliggör ett amerikanskt medborgarskap för ca 12 miljoner illegala invandrare samt ett gästarbetarprogram, är det republikanska partiet splittrat internt. Den kristna högern och andra konservativa grupper inom partiet vill ha en mer restriktiv invandringspolitik, de menar exempelvis att en allmän amnesti undergräver den amerikanska rätts säkerheten. Det demokratiska partiet har inte avvisat Bushs reformförslag, ett samarbete i frågan är tänkbart. Dessutom ser partiet sin chans att få ökat mandat från väljarna i höstens kongressval, till följd av den republikanska osämjan.²⁷ Partierna tycks inte sky från att locka väljare med sin hållning i invandringspolitiken, tvärtom de söker väljarstöd utifrån densamma.

Snarare än de politiska faktorernas betydelse vill Joppke framhålla de konstitutionella, juridiska faktorernas betydelse, för att utökade rättigheter tillfallit första vågens migranter. Inom Europa har denna faktor större betydelse än de politiska, menar Joppke. Förklaringen till att de utländska gästarbetarna fick utökade rät-

²⁵ Jacobsen 1996.

²⁶ Joppke 1998, s. 266ff.

²⁷ Bushs immigrantlag splittrar republikaner, DN, 17 maj 2006.

tigheter att stanna kvar och att återförenas med sin familj, trots att den politiska linjen från 1970-talet och framåt var uttalat emot invandring, möjliggjordes av nationella domstolar. Domstolarna använde sig av nationella grundlagar för att även gästarbetare – icke-medborgare, skulle omfattas av de rättigheter rörande familjeåterförening, som dittills enbart gällt för medborgarna. Joppke visar att utvecklingen drevs via nationell grundlag, inte via en global människorättsdiskurs.²⁸

Ytterligare två forskare som tar fasta på kontroverser mellan globalister och konstitutionalister är Virigine Guiraudon och Gallya Lahav.

De anser också att globalisternas tes kring den globala mänskliga rättighetsdiskursens tvingade makt måste specificeras för att därefter kunna prövas. Även de fokuserar på kontroll av migration och uppehåller sig kring civila rättigheter för migranter inom alla tre vågorna, från gästarbetare till asylsökande. Enligt Guiraudon och Lahav har rättigheter för dessa grupper inte så mycket *vidareutvecklats* som *bevarats*. När nationella domstolar agerat utifrån nationella konstitutioner har de inte bedrivit juridisk aktivism i bemärkelsen utökning av rättigheter understryker forskarna. Liksom Joppke hämtar de sin empiri från Tyskland, men även Frankrike och Nederländerna. De har studerat *hur* och *om* dessa länder har påverkats av den globala mänskliga rättighetsdiskursen, operationaliserad genom Europadomstolens domslut gällande rätten till familjeliv (artikel 8) och skydd mot inhuman behandling (artikel 3). Genom att Guiraudon och Lahav fokuserar på normspridning från en transnationell aktör, Europadomstolen, med tvingade makt över medlemsländerna, utgör deras undersökning ett starkt test för globalisternas tes. De preciserar därmed *hur* normspridningen sker, vilket de kritiserar Soysal för att inte göra. Både Guiraudon, Lahav och Joppke menar att Soysals och Jacobsens tes uttrycker att det finns en samvariation mellan framväxten av en global mänsklig rättighetsnorm och utökade rättigheter för icke-medborgare. Vad de inte klargör är om det verkligen handlar om ett kausalt samband, en påverkan, och inte en tillfällig samvariation, mellan förekomsten av en global norm och rättighetsutvecklingen.²⁹

Guiraudons och Lahavs val att studera prejudicerande domslut grundas i det faktum att av domstolens totala antal fall handlar enbart 2,5 procent om avvísningar som knyter an till de civila rättigheter de identifierar med den globala normen. Vad gäller sociala rättigheter menar de att domstolen har uttalat sig ytterst sparsamt, och kan därför inte sägas ha påverkat de nationella domstolarnas tolkning kring dessa. De slutsatser Guiraudon och Lahav kommer fram till genom sin jämförelse är att Europadomstolens domslut gällande avvísningar inte brutit ny mark, utan konfirmerat och förtydligt relevansen av redan etablerade nationella principer. De konstaterar att domsluten har framkallat en ökad harmonisering vad gäller tolkning och tillämpning av den globala mänskliga rättighetsdiskursen mellan länderna. Skälen till att detta varit möjligt återfinns i de nationella juridiska systemen. De nationella domstolarnas positiva attityd gentemot Europadomstolen lyfts fram som en av de mest betydelsefulla faktorerna. Det är således en nyanserad slutsats. Internationella normer kan under omständigheter som återfinns i konstitutionella förutsättningar och nationella domstolars välvilliga attityd, förstärka nationella normer, för att begränsa migrationspolitik främst gällande avvísningar.³⁰

Både Joppkes, Guiraudon och Lahavs forskning visar att på institutionella förutsättningar i avseendet nationella grundlagar har haft en betydande roll för utökandet av rättigheter för migranter i Europa. Utökade rättigheter för dessa icke-medborgare förstås som en självförvållad begränsning av suveräniteten. Betyder det därmed att Soysal och Jacobsen har fel beträffande den globala mänskliga rättighetsdiskursens inskränkning av den nationella suveräniteten, i avseendet att betydelsen av det nationella medborgarskapet minskat till förmån för det postnationella medborgarskapet? Joppke hävdar *"But globalist have been content with listing formal treaty and conventions titles, avoiding the "detailed process-tracing" by which the soft moral power of discourse may become domestically effective. Perhaps there would be little process to trace."*³¹ Joppkes utmaning blir därmed en hjälp att tydliggöra hur denna rapport kan bidra med ny kunskap till det problem som rapporten tar sin utgångspunkt i. Genom att utföra en detaljerad undersökning av rättigheterna för barn som är asylsökande och barn som är gömda, kan denna rapport bidra med ett svar kring huruvida den globala människorättsdiskursen är en förklarande faktor eller inte?

Rapportens prövning av den empiriska kontroversen stannar inte vid Joppkes utmaning, "finns det överhuvudtaget en process att spåra?" Mitt tillvägagångssätt för att angripa denna utmaning bygger även på tidigare forskning kring diskursen om migrationskontroll. Diskursen tar fasta på den pågående utvecklingen

²⁸ Joppke 1998, s. 267ff.

²⁹ Guiraudon, V, Lahav, G 2000, s. 164ff.

³⁰ Guiraudon, V, Lahav, G 2000, s. 170ff.

³¹ Joppke 1998, s. 269.

inom migrationspolitiken knyter an till mitt vetenskapliga problem. Jag använder mig av vissa teoretiska utgångspunkter från denna diskurs. I nästa kapitel kastas således ett nytt ljus över kontroversen mellan globalister – konstitutionalister, utifrån forskning kring politiken gentemot migranter som är asylsökande, där trenden inte är rättighetsutveckling utan en trend av kringskurna rättigheter.

Migrations- och asylpolitiska instrument

Tidigare forskning kring migration och kontroll av migration i Europa har gemensamt att forskningen menar att migrationspolitiken har blivit mer restriktiv i avseendet att kontrollen av rörelser över gränserna ökat genom olika åtgärder. Rättigheter för flyktingar och asylsökande, har kringskurits av de europeiska nationalstaterna de senaste trettio åren, en utveckling som intensifierats sedan 1990-talet. Man talar inte om att rättigheter för icke-medborgare utökats eller om ett postnationellt medborgarskap grundat på individens mänskliga rättigheter.³² Således är inte denna forskning enig med Soysal och Jacobsen. Det finns också skillnader mot Joppke, Guiraudon och Lahav, vilka förklarar generell rättighetsutveckling medan denna forskning menar att trenden är minskade rättigheter. Joppke, Guiraudon och Lahav menar att staterna inte är fullt så restriktiva som de ger sken av, exempelvis har familjeåterförening tillåtits trots den officiella retoriken kring att invandring inte var önskvärd.

Rapporten begränsar sig i relation till det vetenskapliga samtalet om migration och vilka faktorer som förklarar varför migranter lämnar sina hemländer frivilligt eller ofrivilligt. Det finns en omfattande litteratur som söker förklara såväl anledningar till trycket från migranter att ta sig till ett nytt land, och anledningar till trycket från dessa mottagarländer att begränsa invandringen.³³ Mitt vetenskapliga problem knyter istället direkt an till migrationsdiskursen i avseendet att asylsökandes rättigheter också kan förstås som ett kontrollinstrument från den mottagande staten. Inom forskning kring migrations- och asylpolitik talar man om olika juridiska instrument som regeringar använder sig av för att reglera inflöde och söktryck. Den pågående utvecklingen inom Europa är att länderna skapar mer restriktiva instrument för att minska pull-faktorn i de mottagande länderna. Om det är en effektiv politisk strategi är omstritt ur ett teoretiskt perspektiv och om det är en önskvärd strategi är omstritt ur ett politiskt.³⁴

Juristen Paul Minderhound sammanfattar dessa juridiska instrument i tre olika kategorier. I den första kategorin placeras instrument som reglerar rätten för individen att stanna och rätten för staten att avvisa individer, det vill säga som direkt reglerar invandring. Åtgärder inom dessa instrument är visumkrav, gränsbevakning, förvar av individer samt utfärdandet av olika sorters uppehållstillstånd. Somliga av instrumenten i denna kategori berör migranternas civila rättigheter, exempelvis förvar av individer. I den andra kategorin placeras instrument som reglerar omfattningen av immigranternas tillgång till arbetsmarknad och social trygghet, i form av offentlig välfärd, det vill säga sociala rättigheter. Tillgången till arbetsmarknad och offentlig välfärd villkoras med avseende på individens status – exempelvis som asylsökande eller illegal invandrare. I den tredje kategorin av instrument sorteras de speciella åtgärder som regeringar skapar för att locka till alternativt avråda från invandring in. Det kan handla om incitament till invandring i former av skatteavdrag eller premier för att individer skall avlägsna sig frivilligt från landet i samband med avvisningsbeslut.³⁵ Den rättighetsutveckling gällande främst första vågens migranter, som Joppke, Guiraudon och Lahav konstaterat, berör således instrumenten i den första kategorin. Jag kommer enbart att förhålla mig till tidigare forskning som behandlar de två första instrumenten, då det tredje instrumentet är av mindre betydelse för min undersökning.

Rätten till inträde – en kategori av migrationspolitiska instrument

De tre kategorier av juridiska instrument som Minderhound tar upp utgör således en del av staters migration- och asylpolitik. När EU och dess medlemsstaters migration- och asylpolitik kritiserats för att ha blivit allt mer restriktiv är det inte enbart de juridiska instrumenten i form av lagstiftning som avses. Kritiken avser även praxis, det vill säga hur lagarna tolkas av de tjänstemän som fattar beslut om människor som söker asyl, arbetstillstånd eller liknande. Ett exempel på kritiken är Maria Appelqvists avhandling "Responsibility in Transition. A study of Refugee law and policy in Sweden". Appelqvist är kritisk mot Sveriges allt mer re-

³² Se exempelvis Cohen, Humphries and Mynott, 2002 samt Geddes 2003.

³³ Två centrala begrepp bland dessa förklaringar är "push" och "pull" faktorer, där push handlar om eländiga överlevnadsvillkor i hemländerna och pull om bättre överlevnadsvillkor och bidragssystem i mottagarländerna. Se exempelvis Migration Theory. Talking across disciplines. Edited by Brettell and Hollifield, 2001 samt The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World edited by Castles and Miller, 2003.

³⁴ Castels & Miller 2003, kap 2.

³⁵ Minderhound, i Refugees, Citizenship and Social Policy in Europe, edited by Bloch and Levy, 1999, s145.

striktiva flyktingpolitik och pekar på andelen asylsökande som får stanna i Sverige av humanitära skäl istället för asylskäl, har ökat under början av 1990-talet. Att få asyl som konventionsflykting innebär en starkare rättslig ställning. Appelqvist menar att det faktum att fler asylsökande klassas som skyddsbehövande av humanitära skäl förstärker intrycket att människor utnyttjar asylsystemet. Medan konventionsflyktingar ses som genuint förföljda och därmed har rätt till skydd genom asyl, ses skyddsbehövande med humanitära skäl, som mindre utsatta och som en grupp som Sverige skyddar, inte för att de verkligen förtjänar detta, utan på grundval av Sveriges generositet.³⁶ Appelqvists slutsats är att medan Genèvekonventionens grundmurade ställning i svensk asyl-lagstiftning legat fast under 1990-talet har det skett en förändring av dess tolkning.³⁷

Det finns en omfattande litteratur kring de instrument som Minderhound placerar i den första kategorin, exempelvis utlänningslagstiftning och viseringspolitik. Den forskning jag förhåller mig till behandlar Europa. Sett till dessa instrument menar forskningen att migrationspolitiken inom Europa har blivit mer restriktiv under 1990-talet. Förändringar i instrumenten har dels inneburit att färre söker sig till Europa, dels att färre får någon form av uppehållstillstånd.³⁸ En konkret förändring som är generell för EU: s medlemsländer är att nationell lagstiftning har blivit mer restriktiv kring hur flyktingstatus skall definieras. På EU-nivå enades Europeiska Rådet 1996 om en restriktiv tolkning av flyktingbegreppet genom att exkludera människor som flyr från icke-statliga aktörer.³⁹ Ytterligare exempel på ny restriktiv lagstiftning är de tillfälliga uppehållstillstånd – temporära skydd, som ett flertal EU-länder införde under kriget i Jugoslavien, istället för att utdela permanent flyktingstatus. Ett antal instrument inom den första kategorin, som förvisso inte är nya, går även under samlingsnamnet "non-arrival policies". De går ut på att minska antalet anländande migranter genom införandet av visumtvång för ett större antal länder och genom transportörsansvar för resebolag. Resebolagen görs därmed ansvariga för att kontrollen av resenärernas resehandlingar och antar i viss mån rollen av migrationshandläggare. Den uppenbara risken är att människor med asylskäl hindras från att resa till Europa, då resebolagen inte innehar kompetens att avgöra vem som har asylskäl eller inte. Vid tvekan kring resehandlingar har bolagen incitament att hindra resenären, för att undvika sanktioner från den mottagande staten.⁴⁰ I Storbritannien är regeringens uttalade mål att minska antalet asylsökande och Home Office publicerar själv tydliga översikter över de nya restriktiva åtgärderna och dess effekter på antalet sökande. Ett exempel på nya restriktioner är den lista över länder som klassificeras som "säkra", vilket innebär att dessa länders medborgare inte har rätt att överklaga ett negativt besked, efter de fått sin asylansökan prövad, utan avvisas direkt.⁴¹

Sociala rättigheter – en ny kategori av migrationspolitiska instrument

En särskilt intressant trend som Minderhound lyfter fram är att västeuropeiska regeringar på senare år allt mer har börjat använda sig av instrument inom den andra kategorin, den som reglerar migranternas tillgång till social välfärd. Dessa instrument syftar till att göra det mindre attraktivt för individer att försöka invandra till det egna landet. Minderhound menar att i de länder han själv studerat, Belgien, Holland, Tyskland och Storbritannien är trenden att asylsökande exkluderas från de offentliga välfärdssystemen, på så sätt kringskärs deras sociala rättigheter. Den politiska retoriken för att motivera dessa åtgärder präglas av kostnadsargument och argument kring behovet att särskilja mellan "äkta" och "falsa" asylsökande. Minderhounds förklaring till varför regeringar i allt större utsträckning använder sig av instrument inom den andra kategorin för att kontrollera invandringen, är för att liberala staters önskan om en effektiv kontroll av invandring slutligen krockar med människorättskonventionerna om rätten till asyl. Till följd av sina människorättsåtaganden kan inte stater utforma instrumenten inom den första kategorin så att full kontroll över invandring uppnås. Staternas skyldigheter att möjliggöra för individer att söka asyl, medger att individer i detta syfte, också måste ha en rätt att resa in i landet. Att använda sig av sociallagstiftning som ett instrument blir således en kompensations för de restriktioner som inte kan göras inom den första kategorin, enligt Minderhound.⁴²

Tidigare forskning kring hur sociallagstiftning används som ett migrationspolitiskt instrument i Storbritannien behandlar forskarna Cohen, Humphries och Mynott i antologin "From immigration controls to welfare controls". Samtliga argumenterar för att det under de senaste 20 åren skett systematiska nedskärningar för icke-medborgare gällande deras rätt till grundläggande välfärdstjänster.⁴³ Deras forskning visar effekter-

³⁶ Appelqvist, Maria, *Responsibility in transition. A Study of Refugee Law and Policy in Sweden, 1999*, s. 20.

³⁷ Appelqvist, Maria 1999, s.30.

³⁸ Kjærum, *Refugee Protection Between State Interest and Human Rights: Where is Europe Heading? 2002*,s515.

³⁹ Kjærum, 2002, s.519.

⁴⁰ Castels & Miller, *The Age of Migration. International Populations movements in the Modern World, 2003*, s. 106f.

⁴¹ *Asylum Statistics United Kingdom 2004*. Heath, Tina & Jeffries, Richard. National Statistics. 2005, s 3 & 9ff.

⁴² Minderhound 1999, s.146.

⁴³ *A history of immigration controls and welfare in Britain*, edited by Cohen, Humphries and Mynott, 2002.

na av nedskärningar beträffande rätt till socialbidrag och bostadsbidrag för såväl de direkt berörda grupperna som för lokala myndigheter. De är mycket kritiska till den förda politiken, eftersom de menar att människors behov kommer i andra hand medan viljan att genomföra en strikt kontroll av invandrare sätts i första rummet.

Mynott hävdar också att den förda politiken inte gett önskade resultat. Trots hårdare välfärdskontroller har antalet asylsökande fortsatt att öka. Mynotts studie sträcker sig fram till år 2000.⁴⁴ År 2003 börjar dock antalet ansökningar sjunka, vilket från regeringens sida betraktas som en framgång för de restriktiva åtgärderna.⁴⁵ Humphries har särskilt fokuserat på asylsökande barn som omhändertas av lokala myndigheter. Hon konstaterar att de har samma juridiska rättigheter som brittiska barn som är i samma situation, det vill säga rättigheterna för asylsökande barn under förmyndarskap har inte kringskurits. Därmed har de inte heller använts som ett instrument för att kontrollera migration. Trots formell jämlikhet innebär det inte att de asylsökande barnen får lika omfattande omvårdnad och behovsprövning som brittiska barn. Att de behandlas olika i jämförelse med brittiska barn i samma situation kan förklaras med ett flertal brister i omhändertagandet, såsom bristande kunskap, avsaknad av tydliga policier men även en utbredd misstänksamhet från myndigheterna mot barnen.⁴⁶

Humphries undersökning inriktar sig inte på lagstiftningen eller den process under vilken lagen tillkommit utan hennes resultat är liksom Appelqvists knutna till den problematik som uppstår vid tillämpning av lagstiftning. Dessutom har hon bara studerat asylsökande barn som står under lokala myndigheters omvårdnad, rättigheter för den breda gruppen asylsökande barn omfattas inte. Samtidigt finns det ett flertal andra sociala rättigheter, som också kan användas som ett kontrollinstrument, men som varken Humphries eller hennes kollegor diskuterar. En social rättighet som i synnerhet borde vara ett relevant instrument för stater i syfte att kontrollera invandring är migranters rätt till hälso- och sjukvård. Då att min studie tar upp just detta område ger jag förhoppningsvis ett nytt bidrag till forskningen kring migrationskontroll och sociala rättigheter.

Cohen, Humphries och Mynotts resultat kring hur sociala rättigheter, i avseendet olika former av bidrag, för asylsökande har begränsats i syfte att kontrollera migration, är intressanta. Deras resultat motbevisar att det har skett en generell utveckling av rättigheter vilket är en bärande komponent i Soysals och Jacobsens tes om det postnationella medborgarskapet. Generella rättigheter som skapades i samband med välfärdsätens framväxt har istället minskat successivt enligt Cohen, Humphries och Mynott. Är dessa resultat tillräckliga för att övertygas om att Soysal och Jacobsen har fel? Jag menar att det inte är det. Frågan är vilken global mänsklig rättighetsnorm som de sociala rättigheter forskarna konstaterat kringskurits, skulle kunna hänföras till? Visst kan kritik mot att asylsökande får minskade bidrag vara högst berättigad, men de får fortfarande bidrag, mat och husrum. För att Soysals tes skall anses prövad måste man undersöka den offentliga regleringen och motiveringen av en social rättighet som kan förankras tydligt i den globala diskursen om mänskliga rättigheter. Därför har jag valt att studera rätten till hälso- och sjukvård. Inom detta område finns en tydlig förankring till min definition av "den globala mänskliga rättighetsdiskursen". Anledningen till att jag specificerar definitionen är att Soysals definition av begreppet dessvärre är mycket vagt. Jag tolkar det som att Soysal avser det samlade internationella regelverket som kodifierar de mänskliga rättigheterna.⁴⁷ Jag har dock valt att smalna in definitionen, till den konvention som specifikt handlar om den grupp av migranter jag undersöker, nämligen barn.⁴⁸ Därav följer att det är FN:s konvention om barnets rättigheter som utgör den globala diskursen för denna rapport. Jag håller samtidigt öppet för att referenser kan göras till andra internationella människorättskonventioner. Valet att studera rätten till hälso- och sjukvård anser jag dessutom vara en konkret operationalisering av den globala rättighetsdiskursen, uttryckt genom barnkonventionens artikel 3 om hänsyn till barnets bästa samt artikel 24 om hälsa- och sjukvård.⁴⁹ Det är ett område som är spännande eftersom förpliktelse innebär direkta kostnader för staten ifråga. Konventionen ställer också krav på att det inte får förekomma diskriminering mellan olika barn (artikel 2). Därför fokuserar rapporten på asylsökande/gömda barns hälso- och sjukvårdsrättigheter i förhållande till de barn som är medborgare i Sverige respektive Storbritannien.

⁴⁴ Mynott, E i *A history of immigration controls and welfare in Britain, 2002*, s.122.

⁴⁵ *Control of Immigration: Statistics United Kingdom 2004. Home Office, 2005, table 1.1 s. 26.*

⁴⁶ Humphries, B i *A history of immigration controls and welfare in Britain, 2002*, s.135f.

⁴⁷ Soysal 1996, s.19.

⁴⁸ Se resonemang om val av grupp i metodkapitel.

⁴⁹ för artiklar i fulltext se appendix.

Preciserat syfte och frågeställningar

Asylsökandes och gömdas rättigheter är som inledningen visat ett aktuellt och samhällsrelevant fenomen i dagens Europa. Likafullt utgör dessa gruppers rättigheter en del av ett teoretiskt intressant problem, där barns situation är särskilt värt att uppmärksamma. En av de mest spännande kontroverserna i det inomvetenskapliga samtalet kring migration tar sin utgångspunkt i spänningen mellan nationalstatens suveränitet och de mänskliga rättigheternas universalism i globaliseringens tidevarv. Forskarna Soysal och Jacobsen talar om en underminering av den nationalstatliga suveräniteten, i avseendet att den nationalstatliga medborgarskapsmodellen minskat i betydelse vid jämförelse med den postnationella medborgarskapsmodellen. De menar att framväxten av den globala diskursen kring mänskliga rättigheter har inneburit en ny världsordning, där rättigheter motiveras på en transnationell nivå istället för på den nationalstatliga. Därmed har traditionella medborgerliga rättigheter kommit att utökas till grupper av icke-medborgare. Denna modell kritiserar av ett antal forskare. Christian Joppke menar att förekomsten av en global diskurs kring mänskliga rättigheter och förekomsten av utökade rättigheter till icke-medborgare inte är detsamma som ett kausalt samband dem emellan. Soysal har inte visat att den globala normen verkat på nationell nivå. Han utmanar sina läsare att besvara frågan om ett samband över huvudtaget går att identifiera? Kontroversen berör samtidigt en annan diskurs inom området migration, där tidigare forskning menar att rättigheter för migranter generellt och asylsökande i synnerhet, kringskurits sedan 1980-talet. Dessa forskningsresultat står också i strid med tesen om den postnationella medborgarskapsmodellen, som fokuserar på rättighetsutveckling utan att gå in på eventuella kringskurna rättigheter. Går det att identifiera det samband Joppke ställer sig tveksam till, tillkommer nya resultat även till denna diskurs. Rapportens syfte är att undersöka om en global människorättsdiskurs påverkat den offentliga regleringen och motiveringen av rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda. Rapporten knyter också an till tidigare forskning om juridiska instrument som reglerar invandring. Frågeställningarna är:

1. a) Vilka var hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn, i Sverige och Storbritannien före barnkonventionen ratificerades?

b) Vilka är hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien efter att barnkonventionen ratificerats?

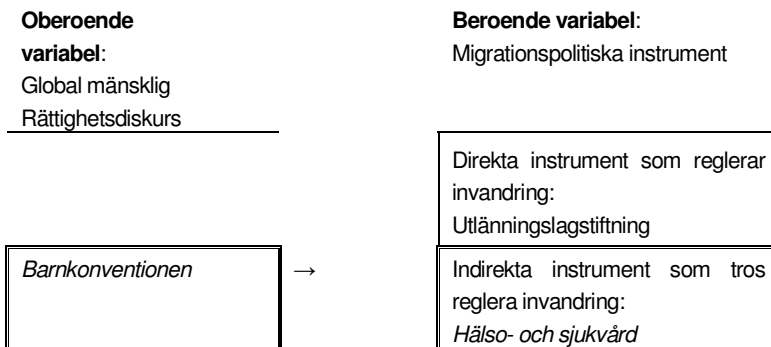
2. Har en global mänsklig rättighetsdiskurs använts av regering och riksdag för att motivera den svenska respektive den brittiska offentliga regleringen kring barn som är asylsökande och barn som är gömda, beträffande deras rätt till hälso- och sjukvård?

Kausalmodell

Rapporten syftar till att tydliggöras genom nedanstående kausalmodell, vilken är ett förtydligande av de teoretiska resonemang som jag har tagit fasta på från tidigare forskning. Den oberoende variabeln är ”den globala mänskliga rättighetsdiskursen”, operationaliserad genom barnkonventionen. Den beroende variabeln är den offentliga regleringen av rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda. Rapporten ämnar undersöka hälso- och sjukvårdsrättigheterna över tid samt den politiska argumentationen som lett fram till att instrument blivit de gällande.

Jag har valt att tydliggöra rapportens problemställning genom att kursivera de delar i modellen som jag undersöker. Emellertid är det även relevant att tydliggöra hur rapportens problemställning knyter an till den migrationspolitiska diskursen. Enligt Minderhound och Kjærum har de direkta migrationspolitiska instrumenten som reglerar invandring blivit allt mer restriktiva under 1990-talet, i syfte att öka kontrollen främst av asylsökande och ”illegala invandrare”. Samtidigt har regeringar i högre utsträckning börjat använda sig av indirekta instrument genom att skärpa tillgång till social välfärd för dessa grupper. Denna form av reglering utgör ett komplement till de direkta instrumenten. Tidigare forskning från Storbritannien kring asylsökandes minskade tillgång till ekonomiska bidrag är ett exempel på indirekt reglering av invandring. Med andra ord är trenden att rättigheter för migranter kringskurits under 1990-talet. Min undersökning kommer att bidra med insikter kring barnkonventionens effekter på den indirekta regleringen, inom området hälso- och sjukvårdsrättigheter, något som saknas inom tidigare forskning. Har rättigheterna kringskurits även inom detta område? Hur har utvecklingen motiverats?

Tabell 1. Kausalmodell A



Om det visar sig att barnkonventionen inte har haft någon effekt på den offentliga regleringen, eller inte varit ett verksamt instrument i motiveringen av den offentliga regleringen vilka är de tänkbara alternativa förklaringarna till instrumenten och hur de motiveras? Joppkes, Guiraudons och Lahavs forskning bidrar med vissa teoretiska insikter. De har konstaterat att staters institutionella förutsättningar, exempelvis konstitutionellt stadgade rättigheter, och starka domstolar har spelat en roll för rättighetsutveckling för migranter.⁵⁰ Minderhound, å sin sida, pekar på att kostnadsargument och misstänkliggörande av asylsökande har använts som motiv, när rättigheter kringskurits.⁵¹ I metodkapitlet redogör jag för hur kontrollen av alternativa förklaringar kommer att ske.

Metodologiska överväganden

I kapitlet motiveras val av fall, metod, material och val av specifika grupper. Det detaljerade analys-schemat utformas, och de avgränsningar som gjorts diskuteras.

Fallen Sverige och Storbritannien

Det vetenskapliga problemet som jag intresserat mig för tar fasta på den empiriska kontroversen kring huruvida den globala diskursen kring mänskliga rättigheter varit effektiv på nationell nivå vid skapandet av och motiveringen av rättigheter för migranter i Europa. Mitt intresse för att angripa problemet väcktes från en empirisk observation av Sveriges politik gentemot barn som är asylsökande och barn som är gömda. Under 1980-talet när tredje vågens migranter börjar anlända i större antal till Europa, hade Sverige en lagstiftning som diskriminerade gentemot dessa barn, gällande rätt till hälso- och sjukvård. År 1994 ändrade Sverige sin politik gentemot asylsökande barn och idag, år 2006 har även gömda barn rätt till hälso- och sjukvård på samma villkor som svenska barn, det vill säga staten bekostar deras vård.⁵² År 1990 ratificerades barnkonventionen i Sverige. Det finns således en samvariation mellan ratifikationen och utökade rättigheter inom hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda. Sverige utgör således ett lämpligt fall för att pröva om den globala diskursen om mänskliga rättigheter varit verksam på nationell nivå vid utökandet av rättigheter för icke-medborgare. För att öka studiens generaliserbarhet, eller med andra ord den externa validiteten har jag valt att jämföra Sverige med ytterligare ett land, nämligen Storbritannien.⁵³

Storbritannien är ett intressant fall för en jämförelse då det skiljer sig från Sverige på den oberoende variabeln. På så sätt mäts dess betydelse för den offentliga regleringen gällande barn som är asylsökande och barn som är gömda samt betydelsen för hur regleringen motiveras. Till skillnad från Sverige har Storbritannien reserverat sig mot barnkonventionens artikel 22 om skydd och bistånd till asylsökande barn.⁵⁴

*"The United Kingdom reserves the right to apply such legislation, in so far as it relates to the entry into, stay in and departure from the United Kingdom of those who do not have the right under the law of the United Kingdom to enter and remain in the United Kingdom, and to the acquisition and possession of citizenship, as it may deem necessary from time to time."*⁵⁵

⁵⁰ Joppke 1998, s. 292f.

⁵¹ Minderhound, 1999.

⁵² Rädda barnen remissvar .

⁵³ Esaiasson et al 2003, s.171ff.

⁵⁴ Artikeln i sin helhet återfinns i appendix

⁵⁵ United Nations Treaty Collection http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/treaty15_esp.htm (2006-03-02).

Den brittiska regeringen har förtydligat ytterligare att "the UK acceded to the UNCRC on the basis of the Immigration and Nationality Reservation because this was believed necessary to preserve the integrity of our immigration laws and procedures. The UK did not want entry to be gained by those simply wishing to make use of the UNCRC Rights and with no other justification for coming to the UK."⁵⁶ Regeringen anspelar på att det förekommer falska asylsökande, som med hänvisning till barnkonventionen skulle kunna utnyttja asylsystemet. De asylsökande barnens rättigheter ställs emot statens rätt att reglera invandring.⁵⁷

Förvisso kan man fråga sig om en reservation gällande en artikel i hela konventionen kan anses utgöra en tillräckligt stor olikhet, för att Sverige och Storbritannien skall anta olika värden på den oberoende variabeln? Jag menar att detta är en empirisk fråga, vad får reservationen för innebörd för regleringen som omfattar den för rapporten relevanta gruppen barn och motiveringen av densamma? Utifrån Soysals tes borde Storbritannien i princip sakna jämlika hälso- och sjukvårdsrättigheter för barn som är asylsökande eller gömda. Konventionen borde inte heller användas som ett instrument i debatten kring eventuella förändringar av regleringen inom detta område. Givetvis är det inte troligt att Storbritannien inte har garanterat dessa grupper några som helst sjukvårdsrättigheter, men eventuella skillnader i förhållande till Sverige blir desto mer intressanta.

Det finns ett antal kontextuella skillnader mellan Sverige och Storbritannien, som i viss mån kan misstänkas ha bäring på utformning och motivering av offentlig reglering gällande barn som är asylsökande och barn som är gömda. Länderna har olika partisystem, olika partier har suttit olika lång tid vid makten, den institutionella utformningen av den offentliga förvaltningen är olik men även typ av välfärdsstat skiljer sig åt. Utifrån Esping-Andersens kategorisering av olika välfärdsstatmodeller, brukar Storbritanniens modell beskrivas som liberal och den svenska som socialdemokratisk. Kort innebär det att den svenska välfärdsstaten är mer generell och omfattande beträffande sociala rättigheter än den brittiska, där graden av behovsprövning är högre.⁵⁸ Både Sverige och Storbritannien är enhetsstater, däremot har Storbritannien ett mer omfattande regionalt självstyre än Sverige, en utveckling som intensifierats från 1999. Hälso- och sjukvård är ett av de politikområden där makten delegerat till regionerna. Parlamenten i England, Nordirland, Skottland och Wales beslutar om hälso- och sjukvårdspolicyn för sin region. Den övergripande organisationsstrukturen för National Health System (NHS) är dock lik mellan regionerna. Sjukvården styrs centralt inom varje region, ansvaret för sjukvården står de regionala hälsodepartementen för. Implementeringen sker via lokala sjukvårdsmyndigheter/stiftelser och slutligen genom de faktiska vårdaktörerna, läkare, sjukhus osv.⁵⁹ Det brittiska parlamentet har dock ansvaret för den ekonomiska politiken samt försvars-, utrikes-, socialförsäkringsfrågor samt det som är centralt för min undersökning – invandringsfrågor.⁶⁰ Det ideala hade varit att inkludera alla fyra regionerna i undersökningen, dessvärre har materialtillgången beträffande Nordirland varit i princip obefintlig således är denna region inte inkluderad. Fördelarna med att jämföra Sverige och Storbritannien överväger nackdelen med problemet att Nordirland inte inkluderas i en i övrigt extensiv studie.

Det är viktigt att vara medveten om dessa skillnader, men samtidigt finns det också många kontextuella likheter mellan länderna, vilket gör att olikhetsvariabeln, reservation/icke reservation mot barnkonventionens artikel 22, framstår som den rimliga förklaringsvariabeln. Resonemanget vilar på statsvetaren Lars Karlssons avhandling. Med utgångspunkt i ländernas likheter motiverar han sin jämförelse mellan Sverige och Storbritannien. Han argumenterar utifrån en rimlighetslogik, att såvida man inte enbart skall jämföra Sverige med de skandinaviska länderna, så är det rimligt att jämföra med Storbritannien, då likheterna är stora. Välfärdsystemen byggdes upp i respektive land efter andra världskriget, utifrån tanken om att medborgarskapet innebar rätten till välfärdsförmåner och sociala rättigheter. Båda länderna är dessutom stater, där domstolarnas makt över parlamentet kännetecknas som svag. Beträffande sjukvårdsområdet är länderna särskilt lika. Storbritanniens välfärdsmodell, bygger i sjukvårdsavseende, mindre på behovsprövning till förmån för ett generellt system grundat i tanken om sociala rättigheter, sjukvårdssystemet är skattefinansierat, i hög utsträckning är det gratis, samt att de flesta medborgare använder sig av det, liksom i Sverige.⁶¹

Bland de likheter tidigare forskning pekat på är två faktorer särskilt viktiga, då de knyter an till förklaringsfaktorer. Enligt både Joppke, Guiraudon och Lahav är starka domstolar en förklarande faktor till att rät-

⁵⁶ *Written replies by the Government of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning the list of issues (CRC/C/Q/UK/2)*, 2002, s. 84.

⁵⁷ *Written replies by the Government of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland concerning the list of issues (CRC/C/Q/UK/2)*, 2002, s. 84.

⁵⁸ Karlsson, Lars, *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*. 2003, s. 28f.

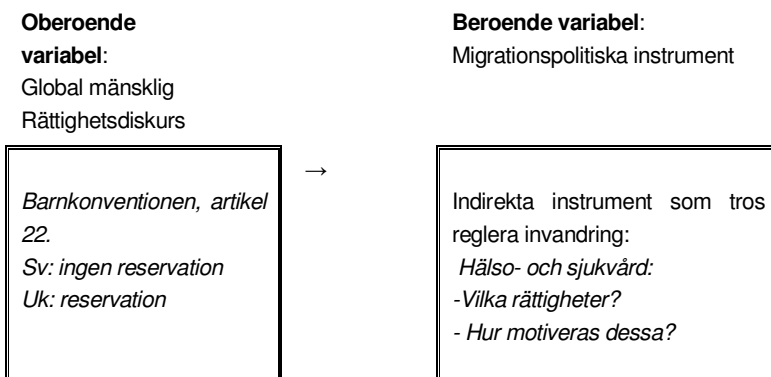
⁵⁹ *National Health System*, www.nhs.uk (2006-04-11).

⁶⁰ *National Health System*, www.nhs.uk (2006-04-11).

⁶¹ Karlsson, 2003, s.30ff.

tigheter för migranter har utökats. Vid en jämförelse av Storbritannien och Tyskland konstaterar Joppke att den tyska författningsdomstolens starka ställning har varit avgörande för att utöka tyska gästarbetares rätt till familjeåterförening, medan avsaknad av en skriven författning och en domstol vars granskningsmakt är svag förklarar varför det brittiska parlamentet lyckats kringgå dessa rättigheter, till och med för sina egna medborgare.⁶² Däremot har Joppke inte jämfört Storbritannien med andra europeiska länder som också saknar en stark författningsdomstol. Genom att jämföra två sådana länder kontrolleras denna faktors inverkan. Resultaten kan således generaliseras till denna typ av stater. Det är också tänkbart att skillnad i utfall av den offentliga regleringen skulle kunna förklaras av att välfärdmodellernas utformning, men även där innebär jämförelsen mellan länderna, över tid en kontroll. Enligt Karlsson har välfärdssystemet i avseendet medborgarnas hälso- och sjukvårdsrättigheter inte förändrats över tid i något av länderna, och kan därför inte heller orsaka en förändring i reglering av migranternas rättigheter. Frågan är slutligen om det går finna andra par av länder inom EU (en förutsättning, då migrationskontexten är mest lika) som kunde ha varit lämpliga för en jämförande studie? Att jämföra Sverige med något av de andra nordiska länderna skulle ha inneburit att den önskade variationen i den oberoende variabeln uteblivit, då det endast är Storbritannien som har reserverat sig mot artikel 22, vilken är mest relevant för gruppen asylsökande barn och även gömda barn. Inget EU-land har reserverat sig mot hela konventionen, eller exempelvis artiklarna om rätten till hälsa, vilka också är relevanta för min undersökning.⁶³ Huruvida Sverige är det absolut bästa landet att jämföra med Storbritannien, låter jag vara osagt, däremot är det ett lika gott val som något annat EU-land som uppfyller ”mest-lika” kraven. Det är heller inte känt från tidigare forskning vilken den offentliga regleringen är och hur den förändrats över tid, kring migranternas hälso- och sjukvårdsrättigheter inom EU. Däremot arbetar organisationen ”Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants” (PICUM) under år 2006 med just detta.

Tabell 2 Kausal modell B, utveckling av modell A



Metod

För att avgöra om en global mänskiorättsdiskurs påverkat den offentliga regleringen och motiveringen av rätten till hälso- och sjukvård för asylsökande barn och gömda barn undersöker jag förekomsten av rättigheter och argumenten för/emot dessa, i två länder över tid, som skiljer sig åt beträffande reservation mot barnkonventionens artikel 22. I undersökningen har jag analyserat den offentliga regleringen och det offentliga tryck där regelverket argumenteras kring. De aktörer som är de relevanta att studera är riksdag och regering i respektive land, då de beslutar om regleringen är de centrala aktörerna. Jag menar att den globala diskursen kring mänskliga rättigheter kan anses vara verksam på nationell nivå, om ratificerande av barnkonventionen medför att hälso- och sjukvårdsrättigheter skapas för barn som är asylsökande och barn som är gömda samt om aktörerna använder barnkonventionen som ett instrument för att *motivera* rättigheterna. Kriterierna för att avgöra om konventionen har varit ett verksamt instrument är förekomst av barnkonventionsargument, vilket betyder att aktörerna uppfattar att konventionen har en motiverande funktion. Argumentets stabilitet över tid har också utgjort ett kriterium. Förekommer argumentet flera gånger över tid stärker det tolkningen att det är ett verksamt in-

⁶² Joppke, 1998.

⁶³ United Nations Treaty Collection <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/treaty15.asp.htm> (2006-03-02).

strument.⁶⁴ På så sätt menar jag att jag tagit till mig Joppkes kritik gällande behovet att specificera innebörden av att en global diskurs blir effektiv på nationell nivå.

Analyschema

Genom att utforma ett analysinstrument som utgörs av specifika frågor till de båda fallen kan undersökningen genomföras på ett strukturerat och fokuserat sätt.⁶⁵ Frågorna utgör ett raster som läggs över de olika texterna i materialet som studeras inom fallen, vilket skapar systematik och ökar intersubjektiviteten kring min tolkning. Eftersom jag använder mig av förhandsdefinierade svar i frågorna kan jag resonera kring svar som inte förekommer i texterna.⁶⁶ Men jag har också valt att inkludera en fråga med ett öppet svarsalternativ, 2b, då den teoretiska förståelsen inte kan anses tillräcklig för att utforma heltäckande förhandsdefinierade alternativ.⁶⁷

För att utforma svarsalternativen under fråga ett har "hälso- och sjukvård" operationaliserats genom följande kategorier; akutsjukvård, hälsoundersökning vid ankomst, primärvård, specialist/sjukhusvård och smittskyddsåtgärder. De är valda med hjälp av ett induktivt tillvägagångssätt. Operationaliseringen sammanfattar de övergripande, allmänna kategorier som vården delas in i de respektive länderna. Genom att identifiera kategorierna på förhand möjliggörs en jämförelse mellan länderna och inom länderna över tid. För att svaret på att den första frågeställning om omfattningen av hälso- och sjukvårdsrättigheterna inte enbart skall innebära en uppräkningslista av en rad olika kategorier av vård, utan att de på något sätt nivåskattas, har jag i analysens fråga och svarsalternativ inkluderat svenska och brittiska barns rättigheter som referenspunkt. Förvisso är det intressant att undersöka huruvida barnkonventionen ger någon som helst påverkan i form av att rättigheter skapas, men den yttersta måttstocken är de rättigheter som barn som är medborgare i landet har. Erbjuds de om de hälso- och sjukvårdskategorier kostnadsfritt till barnen som är asylsökande/gömnda menar jag detta motsvarar det teoretiska begreppet, hälso- och sjukvård. Således undersöks inte vilka rättigheter det finns för asylsökande/gömnda barn att köpa privat vård. Jag har inte heller fokuserat på detaljnivå i avseendet patientavgifter, dessa har varierat för medborgare i svenska landsting liksom i brittiska sjukvårdsdistrikt över tid och mellan vårdkategorier.

Svarsalternativen på analysens andra fråga är dels förhandsdefinierade och dels öppna. Med argument utifrån barnkonventionen avses argument som återoppar konventionen i sin helhet eller en enskild artikel. I det fall det är problematiskt att bedöma vilken kategori ett argument tillhör lyfter jag fram problemet och redogör för min tolkning.

Frågorna

1) Vilken omfattning av vård, på lika villkor som svenska respektive brittiska barn, har barn som är asylsökande och barn som är gömda omfattats av över tid?

- a) akutsjukvård/vård som inte kan anstå
- b) hälsoundersökning vid ankomst
- c) primärvård (vård på vårdmottagning)
- d) specialist/sjukhusvård (som generellt kräver remittering från primärvården)
- e) smittskyddsåtgärder (tester och behandling)

2) Med vilka argument motiveras rätten eller icke-rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda?

- a) utifrån barnkonventionen
- b) övriga

⁶⁴ Esaiasson et al, 2003, s. 329f.

⁶⁵ George, A and McKeown, T, 1985, s. 41f.

⁶⁶ Esaiasson et al 2003, s.239ff.

⁶⁷ Esaiasson et al 2003, s.241.

Barn som är asylsökande och barn som är gömda

Anledningen till att jag väljer att fokusera på barn som är asylsökande och barn som är gömda är för att de är en särskilt relevant grupp, sett till Soysals resonemang om den postnationella medborgarskapsmodellen. Om man utgår från tanken att det nationella medborgarskapet innebär en ömsesidighet mellan rättigheter och skyldigheter, kan man givetvis fundera över om det egentligen är så speciellt att stater har kommit att utöka rättigheter till utlänningar som lagligen lever inom en stat samt uppfyller motsvarande formella medborgerliga skyldigheter? Är den rättighetsutveckling Soysal konstaterat för arbetskraftsinvandrare, som exempelvis betalar skatt i det land där de arbetar, det vill säga uppfyller centrala delar av formella medborgerliga skyldigheter, så förunderlig? Snarare är det en intressant företeelse att rättigheter utökats till att omfatta utlänningar som inte fullgör några skyldigheter och som till och med vistas illegalt inom ett land. Barn som är asylsökande och barn som är gömda utgör en sådan intressant grupp, eftersom det formella medborgarskapet krav på exkludering står i stark kontrast till den globala mänskliga rättighetsdiskursen, uttryckt genom barnkonventionens krav på inkludering. ”Artikel 3, 1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.”⁶⁸ Avvägningen mellan barnets bästa och statens behov att kontrollera invandring är två värden som uppenbart kan komma i konflikt med varandra. Den politiska process som hanterar denna spänning är därför särskilt intressant att studera. Har den globala människorättsdiskursen varit verksam på nationell nivå i utvecklingen av dessa barns rättigheter är det ett starkt stöd för Soysals tes, eftersom omständigheterna för tesen är mer ogynnsamma än vad de var för arbetskraftsinvandrare.⁶⁹

Ytterligare ett förtydligande bör göras kring gruppen barn: asylsökande/gömda, och det gäller ursprungsländer. Undersökningen riktar in sig på den offentliga regleringen för barn inom dessa kategorier som samtidigt inte är EU-medborgare. Eftersom det teoretiska problemet utgår från icke-medborgares utökade rättigheter inkluderas inte rättigheter för asylsökande/gömda som har EU-medborgarskap. Regleringen kring EU-medborgares rätt till hälso- och sjukvård skiljer sig från den generella regleringen för asylsökande/gömda.⁷⁰ Jag har också avgränsat mig från att studera inverkan av de specifika bilaterala avtal som Sverige eller Storbritannien har med vissa länder kring den specifika nationalitetens tillgång till vård i något av mottagarländerna. Detta val grundas i det faktum att de flesta asylsökande och barn som är gömda varken är EU-medborgare eller kommer från länder med specifika bilaterala avtal.⁷¹ Såväl det teoretiskt relevanta som det samhällsrelevanta är den generella regleringen för barn som är asylsökande och barn som är gömda.

Material

För att besvara den första frågeställningen, a) Vilka var hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien före barnkonventionen ratificerades? och b) Vilka är hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien efter att barnkonventionen ratificerats? har följande använts i) den offentliga regleringen i form av lagstiftningen inom området, ii) förordningar från regeringen samt iii) de förtydliganden av lagarna, i form allmänna råd och remisser, som ansvariga myndigheter i fallet Sverige och hälsodepartementet i fallet Storbritannien, står för. Undersökningen av debatten kring den offentliga regleringen har givetvis varit till hjälp för att hitta den offentliga regleringen inom området, eftersom man i debatten hänvisar till den gällande regleringen och med olika argument ställer sig för eller emot den. För att identifiera den relevanta regleringen och tolka den har analysens första fråga ”Vilken omfattning av vård, på lika villkor som svenska respektive brittiska barn, har barn som är asylsökande och barn som är gömda omfattats av över tid?”, använts.

För att besvara den andra frågeställningen ”Har en global mänsklig rättighetsdiskurs använts för att motivera den svenska, respektive den brittiska offentliga regleringen kring barn som är asylsökande och barn som är gömda beträffande deras rätt till hälso- och sjukvård?” har jag valt att använda mig av offentligt tryck från riksdag och regering. I fallet Sverige innebär detta material utskottsbetänkanden från de två relevanta utskot-

⁶⁸ barnkonventionen. <http://www.bo.se/adfinitv.aspx?pageid=44#3> (2006-02-28).

⁶⁹ Se resonemang om kritiska fall under gynnsamma/ogynnsamma omständigheter. Esaiasson et al, 2003 s.180f.

⁷⁰ Landstingsförbundet, Vård av personer från andra länder, 2004 & Department of Health, Policy and Guidance, International, Overseas visitors.

⁷¹ Sverige har slutit vårdkonventioner med Algeriet, Australien, Israel och Québec, se Landstingsförbundet ”Vård av personer från andra länder”. Uk har slutit konventioner med ett 30-tal länder, majoriteten är EU-medlemmar, samt öar i Karibien, se Department of Health, Policy and Guidance, International, Overseas visitors (2006-03-13).

ten, Socialförsäkringsutskottet och Socialutskottet.⁷² Ytterligare material är de motioner, propositioner, samt rapporter som utskottsbetänkandena behandlar, beträffande förslag till offentlig reglering av hälso- och sjukvårdsrättigheterna för de relevanta grupperna.

Materialet i fallet Storbritannien, för den andra frågeställningen, skiljer sig från det svenska främst för att regleringen av barn som är asylsökande/gömnda sker via sekundär lagstiftning. Hälso- och sjukvård för dessa barn regleras via Statutory Instruments, en form av sekundär eller delegerad lagstiftning, där Socialministern bemyndigas enligt the National Health Act att skriva detaljerade lagar för att på så sätt implementera huvudlagen. Som sådan har regleringen inte varit föremål för debatt i något utskott eller i kammaren, utan antas genom "negative procedure", vilket innebär att reglerna antas när de bordläggs i kammaren såtillvida inte någon parlamentsledamot har invändningar.⁷³ Det finns således ingen argumentation som motsvarar den svenska kring motiveringen av regelverket från 1989 till 1994. Istället har jag valt att studera det offentliga tryck där argumentation kring regleringen alls förekommer. I England är det hälsoutskottet som granskar frågor som ligger inom Hälso- och sjukvårdsdepartementets ansvarsområde. Utskottet debatterar inte de Statutory Instruments som reglerar hälso- och sjukvårds rättigheterna för mina grupper, däremot ge de ut "rapporter" där såväl utskottet som regeringen argumenterar för/emot rådande reglering. För Skottland och Wales har "executive notes" respektive "regulatory appraisal" varit de dokument där motsvarande argumentation återfinns. Jag har också valt att använda mig av argumentationen i Hälso- och sjukvårdsdepartementets remissunderlag kring föreslagna ändringar av regleringen, kombinerat med debatter från parlamentets över- och underhus, för att undersöka vilken argumentation som används (förekom enbart i England). Jag har använt följande söktermer: "overseas visitors", "health care", "illegal immigrant*", "asylum seeker*" och "child*". Vid urval och analys av materialet har jag liksom i det svenska fallet använt mig av analysens schemats andra fråga.

Val av undersökningsperiod

För att besvara rapportens frågeställningar och plocka upp Joppkes "kastade handske" är det lämpligt att undersökningen fångar utveckling över tid, av den offentliga regleringen av hälso- och sjukvårdsrättigheter för barn som är asylsökande och barn som är gömda. FN: s barnkonvention från 1990, utgör för barn ett specifikt förtydligande av FN: s rättighetskonventioner. De grundläggande förutsättningarna för flyktingars skydd – rätten att söka asyl samt skydd mot diskriminering – etableras genom ett antal centrala konventioner; 1948-års universella deklaration om de mänskliga rättigheterna, den internationella konventionen om civila- och politiska rättigheter och särskilt dess princip om icke-diskriminering, konventionen om förbud mot all ras-diskriminering samt 1951-års Genevkonvention med tilläggsprotokoll från 1967.⁷⁴ Sverige ratificerade barnkonventionen den 29 juni 1990 och konventionen trädde ikraft den andra september 1990.⁷⁵ Storbritannien ratificerade konventionen den 16 december 1991, vilken trädde ikraft den 15 januari 1992, med förbehåll för reservationen mot artikel 22 om skydd och bistånd till asylsökande barn.⁷⁶

För att kunna uttala mig om den eventuella förändringen av såväl den offentliga regleringen som de politiska aktörernas argumentation efter barnkonventionens ikraftträdande väljer jag att i fallet Sverige, inleda undersökningen från 1980-talet. Det är då den tredje vågens migranter, de asylsökande, börjar komma till Europa i större antal, vilket borgar för att frågan om tillgång till hälso- och sjukvård behandlas även under 1980-talet. Genom att studera en tioårsperiod före barnkonventionen ratificerades ämnar jag uttala mig om det förekom en utvecklingsprocess av rättigheterna även före barnkonventionen ratificerades. Utgör konventionen ett tillräckligt eller nödvändigt villkor för att orsaka en förändring av rättigheterna och hur de motiveras? Denna jämförelse sker på så sätt över tid inom samma fall, och kan till viss del kompensera det faktum att jag gör en snävare avgränsning i tid för Storbritannien, när jag skall återknyta mina resultat till teorin. Både i Sverige och i Storbritannien har jag valt att undersöka regleringen och motiveringen fram till år 2005, för att på så sätt fånga den senaste utvecklingen.

I fallet Storbritannien har jag av praktiska skäl (tillgång till material elektroniskt har utgjort en förutsättning) valt att inleda undersökningen från 1989 beträffande den offentliga regleringen och från 1994 beträffande hur regleringen motiveras. Avgränsningen till och med 1989 innebär att jag får en kortare tidsperiod

⁷² Före 1985 är det Arbetsmarknadsutskottet som har ansvaret för Statens invandrarverk och frågor som berör detta område, först 1985 tar Socialförsäkringsutskottet över, se Prop 83/84:124 (bil.1). Däremot tas inte frågan om asylsökande/gömnda barns hälso- och sjukvårdsrättigheter upp mellan 1980-85, varför arbetsmarknadsutskottet inte nämns i resultaten. Jag har även gått igenom Socialförsäkringsutskottets betänkanden 1980-85, som säkerhetsåtgärd.

⁷³ <http://www.opsi.gov.uk/advice/publishing-guidance/statutory-instrument-practice.htm> (2006-04-03).

⁷⁴ Kjærum 2002, s. 514.

⁷⁵ Regeringens hemsida (2006-03-02).

⁷⁶ United Nations Treaty Collection. http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/treaty15_asp.htm (2006-03-02).

att utgå från för att kunna uttala mig om huruvida det förekommit en utvecklingsprocess av rättigheterna även före konventionen ratificeras. Däremot kan frågeställningen vilka hälso- och sjukvårdsrättigheterna var före konventionen ratificerades 1991, fortfarande besvara. Inte heller avgränsningen från 1994 är verkligt problematiskt eftersom jag fångar in den större delen av tidsperioden efter ratifikationen, då de politiska aktörerna potentiellt skulle kunna använda konventionen som ett instrument för att motivera eventuella förändringar av den offentliga regleringen. Därmed kommer den andra frågeställningen om konventionens betydelse för motiveringen av regleringen att kunna besvaras.

Lagen och praxis

Rapportens empiriska undersökning av migrationspolitiska instrument rör sig på offentlig reglerings nivå. Således inkluderas inte implementering och praxis vad gäller tolkning av den reglering som undersöks. Givetvis är det viktigt att vara medveten om att det existerar en skillnad mellan reglering och dess faktiska implementering. Från den faktiska lagen eller skrivna överenskommelsen, till beslut om enskilda individers situation, i så pass olika ärenden som om personen skall ges flyktingstatus och därmed asyl, eller om personens vårdbehov är så pass akut att vården inte kan anstå, finns ett handlingsutrymme där inblandade aktörer skapar praxis. Exempelvis kan olika sjukhus etablera praxis som får konsekvenser för barn som är asylsökande och barn som är gömda. I det något bredare begreppet ”migrationspolitik” skulle även praxis ha kunnat inkluderas, eftersom praxis i synnerhet påverkar den enskilda individ som politiken avser. Utöver praxis finns även andra faktorer som påverkar det effektiva förverkligandet av asylsökande och barn som är gömdas rättigheter. Flertalet forskare, däribland Geddes lyfter fram att faktorer som rasism och diskriminering förhindrar ett förverkligande av de lagar som omfattar immigranter.⁷⁷ Att inte inkludera praxis i undersökningen, är inte för att jag menar att den är oviktig. Däremot menar jag att det utifrån det teoretiska begreppet migrationspolitiska instrument samt givet mitt syfte, är en rimlig avgränsning att studera den offentliga reglering samt den argumentation som drivit fram regleringen, kring rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda.⁷⁸

Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten. I det första avsnittet kommer jag att besvara fråga 1a kring vilka hälso- och sjukvårdsrättigheterna var före barnkonventionen ratificerades, samt fråga två för Sverige. Därefter följer redovisningen av resultatet för Storbritannien. Sedan besvarar jag fråga 1b kring vilka rättigheterna är efter ratifikationen samt fråga två för Sverige, respektive Storbritannien. Det sista avsnittet summerar svaren på frågorna utifrån en jämförelse mellan länderna.

Hälso- och sjukvårdsrättigheterna före barnkonventionen ratificeras

En sammanfattning av regelverket följer i tabellformat i slutet av avsnittet om regleringen för respektive land.

Offentlig reglering i Sverige 1980-1990

Hälso- och sjukvårdslagens målsättning är att alla som bor i Sverige skall ha rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor, medan smittskyddslagens målsättning är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot smittsamma sjukdomar.⁷⁹ För barn och ungdomar boende i Sverige är den största delen av den offentliga hälso- och sjukvården samt tandvården avgiftsfri, sånär som på vissa patientavgifter.⁸⁰

Akutsjukvård

Mellan 1980 och 1982 regleras rätten till akutsjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda genom hälsovårdslagen (1962:242). Enligt lagen har landstingen en skyldighet att erbjuda alla som vistas i

⁷⁷ Geddes, Andrew, *The politics of Migration and Immigration in Europe*, 2003, s.16.

⁷⁸ *Beträffande hälso- och sjukvård till asylsökande och barn som är gömda finns ett flertal studier som tar fasta på vilka problem dessa grupper möter i sjukvården, dessa studier sträcker sig dock inte över tid, utan fokuserar på rådande situation, se exempelvis "Health care for Undocumented Migrants,, PICUM 2001", Eriksson och Henriksson Asylsökande och barn som är gömda familjer i samhället och vården, 1997.*

⁷⁹ *Socialdepartementets hemsida : <http://www.regeringen.se/sb/d/2389/a/13014>, <http://www.regeringen.se/sb/d/1888/a/29831> (2006-04-28).*

⁸⁰ *SOU 1997:116, Barnets Bästa i främsta rummet. FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige, s 93.*

landstinget akutsjukvård, oavsett om de är boende i landstinget. För utländska patienter har landstingen rätt att ta ut en avgift för akutsjukvården, samtidigt får läkare inte neka att ge akut sjukvård även om patienten inte kan betala. Detta något paradoxala förhållande innebär att kostnader kan faktureras och patienten blir betalningsskyldig för en lång framtid.⁸¹ Från 1980 till 1984 hade asylsökande barn en indirekt rätt till statlig ersättning för akutsjukvård. Genom ”förordning om ersättning för socialhjälp till flyktingar m.fl.” (1979:1120) stadgas att asylsökande har rätt till socialbidrag för att bekosta ”erforderlig vård”.⁸² Däremot tolkar jag inte detta som att asylsökande barn har rätt till akutsjukvård på lika villkor som svenska barn, för dem finansierar staten vården direkt. 1982 träder en ny hälso- och sjukvårdslag ikraft, men den förändrar inget beträffande landstingens skyldigheter gällande akutsjukvård. 1984 sker däremot en förändring för asylsökande barn, då kostnaden för akutsjukvården upphör att bekostas indirekt via statliga socialbidrag, istället ersätts sjukvårdshuvudmännen enligt en statlig schablon.⁸³ Därmed omfattas de av rätt till akutsjukvård, liksom barn boende i Sverige.

I Socialstyrelsen allmänna råd från 1985 medför definitionen kring akutsjukvård att barns situation uppmärksammas särskilt. ”Rätten till akut sjukvård bör följa praxis för vad som normalt uppfattas som akut vårdbehov. Detta innebär bland annat att när det gäller små och späda barn bör särskild hänsyn tas.”⁸⁴ Det görs således en skillnad mellan små och späda barn och andra barn, det vill säga ett 17-årigt barn anses inte påkalla lika mycket särskild hänsyn. I akutvården ingår även akut tandvård och akut psykisk vård.⁸⁵

År 1988 görs ytterligare en förtydligande tolkning kring ”akutsjukvård”, genom att Socialstyrelsen betonar hälso- och sjukvårdslagens kapitel 4 där det anges att det skall ”föreligga ett behov av omedelbar vård”. Det är upp till den vårdansvarige att göra tolkningen, Socialstyrelsen anger dock några riktlinjer kring just asylsökande. Man betonar att den vårdansvarige vid bedömningen måste väga in att det kan dröja upp till månader innan den asylsökande får tillgång till annan vård än akutvård, om rätt så behovet skulle kunna anstå någon vecka. Särskilt understryks att detta måste vägas in i beslut gällande barn.⁸⁶

Sammanfattningsvis har akutsjukvården för asylsökande bekostats direkt av staten per 1984 och barns situation uppmärksammas särskilt. Gömda barn uppmärksammas inte specifikt i regleringen, och måste betala för eventuell akutsjukvård. Deras rättigheter skiljer sig därmed från barns boende i Sverige.

Hälsundersökning vid ankomst

Mellan 1980 och 1984 erbjuds inte asylsökande barn en hälsundersökning vid ankomst. I den socialdemokratiska regeringens proposition 1983/84:124 om mottagandet av flyktingar och andra asylsökande föreslår statsrådet Gradin (s) att asylsökande i vissa fall bör erbjudas en hälsundersökning vid ankomst till Sverige. Socialstyrelsen får i uppdrag att utarbeta allmänna rekommendationer om dessa hälsundersökningar.⁸⁷ Hälsundersökningen för asylsökande är en form av vård som den svenska befolkningen per definition inte omfattas av. Den närmsta motsvarigheten för barn boende i Sverige är de förebyggande hälsovårdskontroller som ingår i barnavårdcentralens verksamhet (BVC). I juni 1984 träder förordningen i kraft som fastställer att staten står för kostnaden för de hälsundersökningar som genomförs.⁸⁸

I de allmänna råden från Socialstyrelsen framgår att asylsökande endast har rätt till akut sjukvård samt ”(...) bör också erbjudas en inledande hälsundersökning.”⁸⁹ I råden anges också vilket syftet är med hälsundersökningen för vissa asylsökande, nämligen att ”dels att bedöma smittrisk och behovet av akut-sjukvård, dels att följa upp ovan nämnda grupper när deras uppehållstillstånd beviljats samt introducera dem i primärvården.”⁹⁰ Barns behov uppmärksammas ytterligare i råden,

⁸¹ I en webbnöhet från Sveriges kommuner och landsting år 2005 uppmärksammas att landstingen och sjukhusen har etablerat olika rutiner kring att kräva betalning för vården av gömda, vissa avskriver kostnaderna direkt om patienten inte kan betala, andra fakturerar kostnaden, vilket kan leda till omfattande inkassokrav, om den gömda personen vid senare tillfälle får permanent uppehållstillstånd. (Sveriges kommuner och landsting, webbnöhet ”Sjukvård åt gömda flyktingar”, 2005.)

⁸² SFS 1979:1120.

⁸³ SFS 1984:683, 14 §.

⁸⁴ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s. 7.

⁸⁵ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s. 17.

⁸⁶ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1988:8, Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s.11.

⁸⁷ Prop. 1983/84:124.

⁸⁸ SFS 1984:683.

⁸⁹ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s. 6.

⁹⁰ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, s.17. De grupper som åsyftas är; (smittsamma sjukdomar, handikappade, somatiskt vårdbehov, psykiatriska vårdbehov, barn och mödrar).

”Det är också rimligt att inte enbart kvotflyktingar, utan även asylsökande som väntat en längre tid, eller där det i övrigt finns särskilda skäl, får ta del av primärvårdens program för barnhälsovård. När det gäller hälsovårdens innehåll bör detta i princip motsvara det som gäller vid hälsoundersökningar av adoptivbarn.”⁹¹

Hälsoundersökningar för adoptivbarn syftar till att uppmärksamma vårdbehov, särskilt smittsamma sjukdomar samt att introducera barnet i svenska barnhälsovård, är barnet friskt kan fortsatt uppföljning ske inom ordinarie barnhälsovård. För adoptivbarn rekommenderas dock att hälsokontrollen görs snarast efter att barnet har anlänt till Sverige, och senast 14 dagar efter ankomst.⁹² Innehållsmässigt skiljer sig inte råden kring hälsokontroll för asylsökande barn och utländska adoptivbarn, som är nyblivna boende i Sverige, skillnaden är att den sistnämnda gruppen garanteras en hälsokontroll vid ankomst, medan det blir aktuellt för asylsökande barn först efter en längre vistelsetid i landet. Asylsökande barn har därmed inte samma rättigheter som barn boende i Sverige till primärvård och specialist/sjukhusvård.

1988 publiceras nya allmänna råd från Socialstyrelsen, som förtydligar regelverket och råden från 1985. Det som föranlett de nya råden är dels erfarenheter från det praktiska arbetet inom hälsovården och dels att det visat sig att handläggningstiderna för ansökningar om uppehållstillstånd blivit längre än vad som förutsettes i regeringens proposition från 1983/84 om ökat statligt ansvar för flyktingmottagandet. Det tydliggörs att den asylsökande förutom akutsjukvård också har rätt till en hälsoundersökning.⁹³ För asylsökande barn specificeras råden ytterligare,

”När det gäller barn bör hälsoundersökningen i allmänhet även innefatta läkarundersökning. Hälsoundersökningen bör ses som en familjeutredning där undersökning av barn och förälder så långt som möjligt samordnas. Barn under 7 år bör dessutom snarast, helst redan under tiden på förläggningen, få kontakt med barnhälsovården så att en barnhälsovårdsjournal kan upprättas. Skolbarn bör på samma sätt få kontakt med skolhälsovården.”⁹⁴

Hälsoundersökningen vid 1988 är tämligen omfattande, men kan inte sägas motsvara kategorin primärvård fullt ut. Inom primärvården ryms förutom uppföljande hälsovård även all form av vård vid vårdcentraler, som för barn boende i Sverige bekostas av staten, till skillnad från en asylsökandes besök vid en vårdcentral.

Smittskyddsåtgärder

Från 1980 till 1988 regleras smittskyddsåtgärder genom smittskyddskungörelsen från 1968, 1988 införs smittskyddslagen. 1988-års lag innebär inga förändringar i avseendet att regleringen omfattar alla personer som vistas i landet, och att åtgärder ingår i landstingens vårdansvar.⁹⁵ Av detta följer att gömda barn inte har rätt till statligt finansierade smittskyddsåtgärder, utan kan debiteras för sådan vård.⁹⁶ Asylsökande omfattas av smittskyddsåtgärder genom hälsoundersökningen vid ankomst.⁹⁷ Under första hälften av 1980-talet, före hälsoundersökningarna införs, bekostar staten däremot inte dessa åtgärder. I de allmänna råden från 1988 tillkommer ett avsnitt om hiv/AIDS, vilket ingår som en av de sjukdomar den asylsökande kan välja att testa sig för genom hälsokontrollen. Enligt smittskyddslagen har en smittad person rätt till behandling för hiv.⁹⁸ För asylsökande barn skiljer sig inte rätten till vård inom kategorin smittskyddsåtgärder (per 1984) från barn boende i Sverige, det gör det dock för gömda barn.

Sammanfattning

I tabellen nedan sammanfattas resultaten kring hälso- och sjukvårdsrättigheterna i Sverige före barnkonventionen ratificerades.

⁹¹ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s. 9.

⁹² Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:20 Hälsokontroll av bla adoptivbarn från utlandet. (1985 var egentligen råden från 1974 gällande, men dessa finns inte att tillgå i Socialstyrelsens arkiv)

⁹³ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1988:8, Hälsovård för flyktingar och asylsökande.

⁹⁴ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1988:8, Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s.14.

⁹⁵ Prop. 1988/89:5.

⁹⁶ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, s. 7f.

⁹⁷ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, s. 7ff.

⁹⁸ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1988:8, s.17f.

Tabell 3 Hälso- och sjukvårdsrättigheter i Sverige 1980-1990.

	Sverige före barnkonventionen ratificeras	
	Asylsökande barn	Gömnda barn
Akutsjukvård	Ja, införs 1984 1985 införs: hänsyn bör tas till små och späda barn vid bedömning av vad som ingår i akutsjukvård.	Nej
Hälsoundersökning, vid ankomst	Ja, införs 1985 1988 införs: bör omfatta läkarundersökning och BVH-journal och familjeplanering.	Ej relevant
Primärvård	Delvis: 1985 införs: omfattning motsvarande adoptivbarn om väntat länge, el vid spec. skäl.	Nej
Specialist/sjukhus-vård	Nej	Nej
Smittskyddsåtgärder	Ja, ingår i hälsoundersökning (1985)	Nej

Kommentar: I tabellen redovisas i vilken utsträckning staten erbjuder asylsökande barn och gömda barn vård inom de olika kategorierna, före barnkonventionen ratificeras.

Sammanfattningsvis, från 1984 har asylsökande barn rätt till akutsjukvård på lika villkor som barn boende i Sverige. Hälsoundersökningen införs 1985 och från 1988 har asylsökande barn, särskilt de som väntat länge eller har speciella skäl tillgång till en omfattande hälsoundersökning med uppföljning. Däremot kan detta inte sägas motsvara svenska barns rätt till allmän barnhälsovård, där primärvård och specialist/sjukhusvård ingår. Gömda barn omfattas inte av någon av dessa rättigheter. Trots att rättigheterna för asylsökande barn är tämligen omfattande före barnkonventionen ratificeras, samt att det skett en gradvis utveckling av rättigheterna under 1980-talet, är det inte detsamma som att asylsökande barn har rätt till hälso- och sjukvård i samma utsträckning som barn boende i Sverige. I jämförelsen med den brittiska regleringen kommer dessa resultat att återknytas till kontroversen mellan Soysal och Joppke. Krav på allmän barnhälsovård har däremot rests i den svenska riksdagen, vilket leder mig över till nästa avsnitt.

Offentlig motivering i Sverige 1980-1990

I detta avsnitt kommer jag att presentera argumentationen kring det offentliga regelverket under 1980-talet, såväl hälsoundersökningar som allmän hälsovård och allmän barnhälsovård har behandlats. Däremot har inte smittskyddsåtgärder varit föremål för någon debatt.

Hälsoundersökningen vid ankomst

Under det tidiga 1980-talet handlade frågan om asylsökandes rätt till hälso- och sjukvård om hälsoundersökningarnas vara eller icke-vara. Förslag om att asylsökande i vissa fall bör erbjudas en hälsoundersökning vid ankomst till Sverige, introduceras i proposition 1983/84:124 om mottagandet av flyktingar och andra asylsökande. Hälsoundersökningen för asylsökande är en form av vård som den svenska befolkningen per definition inte omfattas av och därför är det givet att en sådan undersökning inte kan motiveras genom att hänvisa till att sjukvårdsrättigheter bör vara lika för dessa båda grupper. Den närmsta motsvarigheten för barn boende i Sverige är de förebyggande hälsovårdskontroller som ingår i barnavårdcentralverksamheten (BVC). I propositionen nämns däremot inte asylsökande barn särskilt, deras eventuella behov av BVC-verksamhet diskuteras helt enkelt inte. Det argument som används för att motivera hälsoundersökningar i enskilda fall är förekomst av "hälsorisker", för den enskilde personen.

*"För att främja flyktingarnas välbefinnande och integrering i det svenska samhället bör de liksom f.n erbjudas en hälsoundersökning. (...) det kan också i vissa fall – t.ex. om det föreligger påtagliga hälsorisker – vara lämpligt att erbjuda även asylsökande en hälsoundersökning. Rekommendationer om innehållet i undersökningarna, som bör anpassas efter personernas hälsotillstånd och förhållanden i övrigt, bör utarbetas av Socialstyrelsen efter samråd med SIV."*⁹⁹

⁹⁹ Prop 1983/84:124, s.44. *Kommentar: Statens Invandrarverk (SIV)*

Förslaget om att även asylsökande bör få tillgång till en hälsoundersökning som bekostas av staten utmynnar från Invandrarpolitiska kommitténs (IPOK) delbetänkande SOU 1983:29 om invandringpolitiken. IPOK vill se att hälsoundersökningen blir allmänt tillgänglig för alla asylsökande, vilket samtliga remissinstanser förutom Socialstyrelsen föredrar. Socialstyrelsen anser inte att det bör ske någon allmän hälsoundersökning av dem som söker uppehållstillstånd, behoven för detta finns bara i individuella fall, en ståndpunkt som statsrådet Gradin delar.¹⁰⁰ I propositionen ingår delar av IPOK:s delbetänkande som en bilaga och där specificeras Socialstyrelsens åsikt ytterligare. Dels menar Socialstyrelsen att allmänna hälsoundersökningar inte är motiverade av smittskyddsskäl, och dels "(...) att undersökningarna i vissa fall skulle kunna leda till att man spårar sjukdom, till vilken man med svårighet skulle kunna ta ställning till om den kräver vårdinsats under väntetiden."¹⁰¹ En allmän hälsoundersökning avfärdas därför att den inte anses betydelsefull för den allmänna folkhälsan, vilket tydliggörs genom smittskyddsargumentet. Men socialstyrelsen är också tveksam till hälsoundersökningar eftersom de kan leda till att sjukdomar upptäcks, men där det är svårt att avgöra om det gällande regelverket kräver att behandling ges. Det är oklart om Socialstyrelsen föredrar en situation där sjukdomar är okända till dess att de kräver akuta åtgärder, men där regelverket å andra sidan kan tillämpas med lätthet. Varken i socialförsäkringsutskottet eller socialutskottet föranleder frågan om hälsoundersökningar några motioner eller synpunkter i betänkanden.

Akutsjukvård blir direkt statligt ansvar

Från 1984 tar staten det direkta ansvaret för att bekosta akutsjukvård för asylsökande. I proposition 1983/84:124 om mottagandet av flyktingar och andra asylsökande, förekommer ingen argumentation kring asylsökandes rätt till akutsjukvård. Istället konstateras att det är mer effektivt att staten bekostar denna vård direkt, genom att ersätta sjukvårdshuvudmännen via en statlig schablon. Det konstateras att tidigare bekostades vården indirekt via de asylsökandes socialbidrag.¹⁰² Motiveringen av regleringen utgår från ett statligt administrativt perspektiv och framställs inte som en faktisk ökning av rätten till akutsjukvård.

Krav på allmän sjukvård för asylsökande

I slutet av 1980-talet övergår den politiska debatten till att handla om asylsökandes rätt till allmän sjukvård, krav reses på att de bör få tillgång till den allmänna vården. Den första motion som tar upp detta under 1980-talet är partimotion 86/87 "Flyktingpolitiken", där partiledare Lars Werner (vpk) yrkar på att asylsökande bör få rätt till allmän sjukvård. I motionen görs ingen skillnad mellan barn och vuxna, vård för barn nämns inte ens specifikt.¹⁰³ I betänkande 1986/87:15 "Om invandring mm" avslår Socialförsäkringsutskottet yrkandet med följande motivering:

"Under vistelsetiden på förläggningen görs en hälsoundersökning med intervju och provtagning för att bedöma smittorisken och behov av akutsjukvård för asylsökande. Under denna tid och under kommunvistelsen fram till dess uppehållstillstånd ges har den asylsökande rätt endast till akutsjukvård, akut tandvård, förlossningsvård och vård vid abort. Utskottet anser att denna vård i princip bör vara tillräcklig så länge det inte står klart att den asylsökande får stanna i landet."¹⁰⁴

Utskottet tillägger att det visserligen är problematiskt när handläggningstiderna är långa, men att det faktum att det vidtas åtgärder för att korta handläggningstiderna förmildrar denna problematik.¹⁰⁵ Inte heller utskottet uppmärksammar barns situation specifikt. Margó Ingvardsson (vpk) reserverar sig mot utskottets beslut, hon menar att asylsökande borde ha tillgång till samma vård som de som är bosatta i landet, och att rådande omfattning av vård är otillräcklig.¹⁰⁶ Varken partimotionen eller Margó Ingvardssons reservation anger tydliga motiveringar till varför asylsökande bör få vård på lika villkor som människor bosatta i Sverige. Utskottet är å andra sidan lika kort i sitt avfärdande, akutsjukvård "bör i princip vara tillräckligt". Ytterligare motivering ges inte.

Riksdagsår 1987/88 upprepar Lars Werner (vpk) sin partimotion om asylsökandes rätt till allmän sjukvård, och Socialförsäkringsutskottet avslår yttrandet med samma formulering som i betänkande SfU15 från året innan. Det enda som skiljer den reservation som Vpks ledamot i utskottet gör, från reservationen året tidigare är att Margó Ingvardsson inkluderar krav på att särskilda medel bör tilldelas landstingen för vård och

¹⁰⁰ Prop 1983/84:124, s.29.

¹⁰¹ Prop 1983/84:124, underbilaga 4, s 102.

¹⁰² Prop 1983/84:124, s.20ff.

¹⁰³ Motion 1986/87: Sf 505, Flyktingpolitiken (vpk)

¹⁰⁴ 1986/87 SfU15, s.17.

¹⁰⁵ 1986/87 SfU15, s.17.

¹⁰⁶ 1986/87 SfU15, s.30.

behandling av asylsökandes och flyktingars psykiska och psykosomatiska sjukdomar.¹⁰⁷ Det tillkommer således ingen argumentation kring motiveringen av omfattningen av vården.

Krav på barnhälsovård för asylsökande

Riksdagsår 1988/89 återkommer Lars Werner med yrkandet om att asylsökandes rätt till allmän sjukvård i ytterligare en partimotion. Detta krav motiveras inte med något särskilt argument.¹⁰⁸ Liksom tidigare motioner i frågan som avslås motionen av Socialförsäkringsutskottet.¹⁰⁹ I samma betänkande behandlas även Bengt Westerbergs (fp) partimotion. I motionen yrkar partiledare Bengt Westerberg på att asylsökande barn bör få tillgång till den allmänna barnhälsovården, då detta är ”särskilt viktigt”.¹¹⁰ Partimotionen är den första motionen i riksdagen som uppmärksammar asylsökande barns hälso- och sjukvårdsrättigheter, i egenskap av att vara asylsökande och barn. Den offentliga regleringen har som tidigare redogjorts för, från de första allmänna råden i frågan, 1985, särskilt uppmärksammat barn, medan den politiska debatten fram till riksdagsår 1988/89 fokuserat på den bredare gruppen asylsökande. Utskottet avslår detta yrkande, då man menar att ”omfattningen av akutsjukvård och hälsoundersökning innebär att rätt till barnhälsovård är tillgodosedda”.¹¹¹ Utskottet för ingen diskussion om varför den mindre omfattande rätten till vård för asylsökande anses tillräcklig, när svenska barn har en mer omfattande rätt till vård. Sigge Godin och Maria Leissner från Folkpartiet reserverar sig mot utskottets beslut eftersom det är ”(...) särskilt viktigt att barnen får tillgång till god barnhälsovård”.¹¹² Rätten till barnhälsovård motiveras med att ”det är särskilt viktigt”, varken mer eller mindre. Utskottets beslut att inte ge bifall åt Folkpartiets ledamöters specifika yrkande gällande barn skiljer sig inte nämnvärt från utskottets tidigare motivering kring allmän hälsovård – den gällande regleringen anses helt enkelt tillräcklig.

Riksdagsår 1989/90 återkommer såväl Lars Werner som Bengt Westerberg med samma yrkanden, vilka Socialförsäkringsutskottet avslår med hänvisning till tidigare beslut, i sitt betänkande den 17 maj.¹¹³ Något tidigare, i maj, har utskottet yttrat sig å Socialutskottets vägnar beträffande en motion, So52 av Maria Leissner (fp), där hon yrkar på att asylsökande barn måste ges tillgång till ordinär barnhälsovård. Motionen har föranletts av Socialutskottets arbete med proposition 1989/90 om ”godkännande av FN-konventionen om barnets rättigheter”. I motionen använder Leissner konventionen som ett instrument för att stärka sitt argument. ”Enligt konventionens artikel 24 skall konventionsstaterna säkerställa att barnet ges rätt till hälso- och sjukvård. Med hänvisning till konventionens krav bör även de asylsökande barnen i Sverige ges tillgång till ordinär barnhälsovård.”¹¹⁴ Socialförsäkringsutskottet anser inte att Socialutskottet bör ge bifall åt motionen. Utskottet menar att regeringen förutsätter i propositionen att aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet i så stor utsträckning som möjligt utgår från barnens behov. Propositionen hänvisar specifikt till Socialstyrelsens allmänna råd från 1988, och föreslår således inte någon ny reglering om ökade rättigheter. Socialförsäkringsutskottet anser, likt tidigare, att omfattningen av hälsovården för asylsökande barn är tillräcklig.¹¹⁵ Inom utskottet finns dock avvikande meningar. Sigge Godin och Barbro Sandberg (fp) menar,

*”Asylsökande barn i Sverige har för närvarande endast rätt till akut sjukvård. För att säkerställa den rätt till hälso- och sjukvård som stadgas i konventionens artikel 24 måste asylsökande barn också ges rätt till ordinär barnhälsovård. Utskottet föreslår sålunda att socialutskottet tillstryker motion So52 även i denna del.”*¹¹⁶

Ytterligare två ledamöter, Margó Ingvardsson (vpk) och Ragnhild Pohanka (mp) argumenterar utifrån barnkonventionen i sina avvikande meningar. Asylsökandes barns rätt till hälso- och sjukvård i samma omfattning som barn boende i Sverige motiveras genom barnkonventionens artikel 24.¹¹⁷ I och med barnkonventionens tillblivelse på internationell nivå får de nationella aktörerna ett tydligt instrument att understödja sin argumentation med. (Den svenska ratifikation sker först den andra september 1990) Genom att hänvisa till konventionens artikel 24 kan de argumentera att den gällande regleringen omfattar för få kategorier av vård. De kan använda sig av en människorättsdiskurs för att motivera krav på utökade rättigheter för icke-medborgare.

¹⁰⁷ 1987/88 SfU21, motion Sf503, Lars Werner.

¹⁰⁸ Motion 1988/89: Sf511 (vpk)

¹⁰⁹ 1988/89 SfU17, s.25f.

¹¹⁰ 1988/89:Sf502.

¹¹¹ 1988/89 SfU17, s.26.

¹¹² 1988/89 SfU17, s.47.

¹¹³ 1989/90, SfU 25, s.11.

¹¹⁴ 1989/90 So52.

¹¹⁵ 1989/90 SfU3y, s.1ff.

¹¹⁶ 1989/90 SfU3y, s.6.

¹¹⁷ 1989/90 SfU3y, s.6.

Socialutskottet behandlar därefter motionen och Socialförsäkringsutskottets yttrande. Socialutskottet delar Socialförsäkringsutskottets ståndpunkt om att avslå den nämnda motionen. Följande ledamöter gör till skillnad från tidigare, en gemensam reservation, Daniel Tarschys (fp) Ingrid Ronne-Björkqvist (fp) Gudrun Schyman (v) och Anita Stenberg (mp), med densamma argumentation som de i Socialförsäkringsutskottet, där man använder barnkonventionen som ett instrument i debatten.¹¹⁸

Sammanfattning

Hur har de riksdagsledamöter som drivit krav på utökade rättigheter motiverat dessa och hur har det rådande regelverket motiverats? I frågan om hälsoundersökningarnas vara eller icke-vara för asylsökande under det tidiga 1980-talet, motiveras dessa med hälsoargument. Hälsoundersökningar skulle skydda såväl den asylsökande som hela samhället, för hälsorisker. Barn uppmärksammades inte som en särskild grupp av asylsökande i den politiska argumentationen, först i Socialstyrelsens specifika utformning av regleringen kring hälsoundersökningarna uttrycks deras särskilda behov. Riksdagsår 1986/87 lades den första motionen fram med krav på asylsökandes rätt till allmän hälsovård, kraven hänfördes dock inte till någon specifik motiveringsgrund. Riksdagsår 1988/89 lades den första motionen fram som krävde asylsökande barns rätt till allmän barnhälsovård, eftersom det var ”särskilt viktigt”. I samband med att Sveriges ratifikation av barnkonventionen behandlas i riksdagen förekommer de första argumenten som motiverar kraven på utökade rättigheter utifrån barnkonventionen. Emellertid försvaras den rådande regleringen, genom 1980-talet med argumentet att omfattningen av vård för asylsökande, barn som vuxna är *tillräcklig*. I samband med ratifikationen av barnkonventionen tilläggs att omfattningen är tillräcklig, utifrån de krav som ställs i barnkonventionen. Före barnkonventionens tillblivelse förekommer således inte någon explicit referenspunkt i argumentationen, varken i motioner eller i utskottets beslut. När konventionen väl skapats, dvs. före dess ratificering, blir den däremot ett instrument både för de som driver krav på utökade rättigheter för asylsökande och för de som anser att rådande ordning är tillräcklig. Efter att ha undersökt perioden före barnkonventionen ratificeras står det dessutom klart att det inte förekommer några hänvisningar till andra internationella människorättskonventioner. Av detta följer att de konventioner som är på plats före 1990 inte används som instrument för att driva hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande.

Offentlig reglering i Storbritannien 1989-1991

Storbritanniens nationella sjukvårdssystem, *National Health Service* (NHS), grundades 1948 av den dåvarande socialdemokratiska regeringen. Den övergripande organisationsstrukturen för NHS är sig lik mellan regionerna. Vården är organiserad kring primär- och sekundärvård där olika stiftelser förvaltar olika delar inom dessa två huvudsakliga vårdkategorier. Tjänster inom primärvården utförs av husläkare, så kallade General Practitioners (GP's), men även tandläkare, optiker och öppna mottagningar ingår i primärvården. Varje brittisk medborgare har rätt att vara registrerad hos en GP. Sjukhusen har hand om specialistvården, som kräver remiss från en GP, förutom vid akutvård.¹¹⁹ I redovisningen av resultaten redogör jag specifikt för regleringen i Wales och Skottland när den avviker från den engelska.

Hälsoundersökning vid ankomst

Beträffande kategorin hälsoundersökning vid ankomst så har asylsökande delvis en sådan rättighet, då de har rätt att registrera sig hos en GP, när de anvisats ort att bo på. När en läkare registrerar en ny patient medför detta att en hälsokontroll utförs. Om läkaren däremot väljer att registrera den asylsökande som tillfällig patient så måste inte en inledande hälsokontroll erbjudas.¹²⁰ Hälsokontroller kan också utföras genom strategiska stickprov när den asylsökande anmäler sig hos en Immigration Officer. Asylsökande som kommer från ett område där tuberkulos (TB) är vanligt förekommande hänvisas alltid till en hälsokontroll, likaså har både Immigration Officers och tjänstemän som arbetar vid gränskontrollen rätt att hänvisa asylsökande till en hälsokontroll om den asylsökandes hälsotillstånd antyder att personen kan vara sjuk. Alla som söker permanent uppehållstillstånd bör också hänvisas till en sådan kontroll, enligt Immigration Act 1971.¹²¹ Asylsökande barn som är ensamkommande (som söker asyl på egen hand, utan sällskap av någon ansvarig vuxen)¹²² tas

¹¹⁸ 1989/90 SoU28, s23, 48.

¹¹⁹ National Health System, www.nhs.uk (2006-04-11).

¹²⁰ Department of Health, *Proposals to Exclude Overseas Visitors from Eligibility to Free NHS Primary Medical Services*, 2004, s. 15ff.

¹²¹ Immigration Rules, Part 1: General provisions regarding leave to enter or remain in the United Kingdom, punkter 8, 36, 37.

http://www.ind.homeoffice.gov.uk/ind/en/home/laws_policy/immigration_rules/part_1.html (2006-05-04).

¹²² Definitionen enligt brittisk reglering. Det förekommer flertal definitioner kring ”separated/unaccompanied children”.

om hand av den lokala socialtjänsten, och enligt ”the Children Act 1989” skall omhändertagna barn alltid ges en hälsoundersökning vid omhändertagandet, vilken sedan bör upprepas årligen.¹²³ Ensamkommande barn har därmed en mer omfattande rätt till en hälsoundersökning än barn som har sällskap av sin familj eller vårdnadshavare, detta eftersom ensamkommande barn omfattas av det specifika regelverket för barn boende i Storbritannien. Asylsökande barn och gömda barn omfattas istället av regelverket för asylsökande/utländska besökare och inom detta uppmärksammas barn sällan som grupp.¹²⁴

Primärvård, specialist/sjukhusvård och smittskyddsåtgärder

Den senaste lagen som reglerar sjukvårdssystemet är National Health Service Act från 1977¹²⁵. I lagen fastslås att NHS är till för dem som bor i Storbritannien (*ordinarily residents*) och de har rätt till gratis vård från NHS, medan andra grupper har tillgång till vården under förutsättningen att de betalar. Med *boende* avses de människor som bor/vistas lagligen i landet, begreppet är inte lagstadgat utan ett ”common law” begrepp som House of Lords år 1982 definierade enligt följande:

*”living lawfully in the United Kingdom voluntarily and for settled purposes as part of the regular order of their life for the time being; whether they have an identifiable purpose for their residence here; and whether that purpose has a significant degree of continuity to be properly described as ”settled”.*¹²⁶

De som inte är boende omfattas istället av regleringen för utländska besökare (*overseas visitors*, vilken specificeras i Statutory Instruments¹²⁷. Huvudregeln är att dessa grupper måste betala för vården, förutom för akut vård som inte kan anstå, i denna kategori inkluderas akut tandvård och akutvård vid ögonklinik, därtill är även behandling för smittsamma sjukdomar (enligt en särskild lista, där HIV undantas, tillskillnad från flertalet andra sexuellt överförbara sjukdomar) samt obligatorisk psykiatrisk vård, gratis för alla utländska besökare. Men det finns även generella undantag för vissa grupper av utländska besökare, som av olika anledningar inte behöver betala för övriga kategorier av vård. Både inom primärvården och inom specialistvården finns det tjänstemän som ansvarar för att fastställa människors status, sjukhusen har exempelvis ”overseas mangers” och speciella arbetsgrupper som kan utreda huruvida en utländsk besökare tillhör någon av de grupper som har undantag från debitering för vården.

1989 antogs Statutory Instrument 306 *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations*. Enligt detta regelverk var asylsökande undantagna från kostnader för all form av vård. Att barn kan vara asylsökande nämns inte specifikt.

“(…) Overseas visitors exempt from charges

4. No charge shall be made in respect of any services forming part of the health service provided for an overseas visitor, being a person, or the spouse or child of a person- (...)

*(c) who has been accepted as a refugee in the United Kingdom, or who has made a formal application for leave to stay as a refugee in the United Kingdom; (...)*¹²⁸

Barn som lever som gömda hade enligt 1989 års regelverk först och främst rätt till de tre övergripande kategorierna av vård som är gratis för alla utländska besökare. Men gömda barn som levt i landet i mer än 12 månader har därtill rätt att få vård på lika villkor som asylsökande och brittiska barn, då ett av de specificerade undantagsskälerna från kostnader är att ha vistats i landet i mer än 12 månader.¹²⁹

I mars 1991 utökas de kategorierna av vård som utländska besökare generellt inte behöver betala för, genom att ”familjeplanering” som specifik form av primärvård, blir gratis.¹³⁰ De som påverkas av detta är gömda barn som varit i landet färre än 12 månader, eftersom de under tidigare regelverk utgjorde en grupp som behövde betala för denna typ av förebyggande vård.

¹²³ Home Office, *Processing Applications From Children*, 2005, section 5.

¹²⁴ Tack till Elenor W Drywood, doktorand vid the Liverpool Law School, som uppmärksammade mig på denna skillnad.

¹²⁵ För England och Wales, motsvarande Act för Skottland är från 1978.

¹²⁶ Standard Note: SN/SP/3051 *Hospital Charges for Overseas Visitors*. Jo Roll, *Social Policy Section House of Commons*, 2004.

¹²⁷ SI:s är sk sekundär eller delegerad lagstiftning, som används för att reglering av mer administrativ karaktär. I Acts of Parliament ges behörig minister eller myndighet rätt att utfärda SI:s. Parlamentet måste godkänna reglerna, och det sker oftast genom ett tillkännagivande i parlamentet, utan debatt. I NHS Act från 1977 specificeras i sektion 121 att Secretary of Health har rätt att fastställa betalningsregler kring overseas visitors användande av NHS tjänster. se: Standard Note: SN/SP/3051 *Hospital Charges for Overseas Visitors*.

¹²⁸ SI 1989:306 *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations*
http://www.opsi.gov.uk/si/si1989/Uksi_19890306_en_1.htm (2006-04-10).

¹²⁹ SI 1989:306 *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations*, section 4b.

¹³⁰ *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Amendment Regulations 1991*, section 2 e.

Utvecklingen i Wales har följt den i England, Statutory Instruments från 1989 och 1991 gäller även för Wales. Den grundläggande regleringen för utländska besökares rätt till hälso- och sjukvård i Skottland är gemensam med England och Wales, dvs. regleringen från 1989. Därefter är det specifika Statutory Instruments som gäller för Skottland. Förändringarna av dessa har följt utvecklingen i England och Wales, så när på att motsvarigheten till Statutory Instrument 1991:438, då familjeplaneringsrådgivning som en specifik del av primärvården blir gratis för alla utländska besökare, antogs 1992 för Skottland.¹³¹

Sammanfattning

I tabellen nedan sammanfattas resultaten, kring hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande barn och gömda barn före dess att barnkonventionen ratificerades.

Tabell 4 Hälso och sjukvårdsrättigheter i Storbritannien 1989-1991.

	England, Skottland och Wales, före barnkonventionen ratificeras	
	Asylsökande barn	Gömda barn
Akutsjukvård	Ja enligt SI 1989:306	Ja enligt SI 1989:306
Hälsoundersökning, vid ankomst	inget enhetligt regelverk. För ensamkommande barn är dock undersökning obligatorisk vid omhändertagande.	ej relevant
Primärvård	Ja enligt SI 1989:306	Ja, om vistats i landet längre än 12 månader. 1991 införs (eng, wales): enbart familjeplanering för alla utländska besökare.
Specialist/sjukhusvård	Ja enligt SI 1989:306	Ja, om vistats i landet längre än 12 månader SI 1989:306.
Smittskyddsåtgärder	Ja, via hälsokontroll och tester och behandling, förutom HIV-behandling enligt SI 1989:306.	Ja, tester och behandling, förutom HIV-behandling., enligt SI 1989:306.

Kommentar: I tabellen redovisas i vilken utsträckning staten erbjuder asylsökande barn och gömda barn vård inom de olika kategorierna.

Regelverket kring hälsoundersökningarna vid ankomst är inte enhetligt, asylsökande har rätt till en hälsokontroll när de registrerar sig hos en husläkare, vilket kan dröja. Å andra sidan, om myndigheter vid ankomst/lämnandet av asylansökan misstänker en asylsökande för att bära på en smittsam sjukdom kan personen ombes genomgå en undersökning. Både asylsökande barn och gömda barn har rätt till akutsjukvård och smittskyddsåtgärder, förutom HIV-behandling. Beträffande primärvård och specialist/sjukhusvård har asylsökande barn desamma rättigheter som barn boende i Storbritannien. Gömda barn har denna rätt om de vistats i landet minst i 12 månader, annars inte. Således kan man dra slutsatsen att redan före barnkonventionens ratificerade är hälso- och sjukvårdsrättigheterna för främst asylsökande men också för gömda, omfattande i Storbritannien.

I fallet hälso- och sjukvård för utländska besökare bemyndigas socialministern enligt the National Health Act att stifta detaljerade lagar för att på så sätt implementera huvudlagen. Dessa Statutory Instruments är en form av sekundär eller delegerad lagstiftning. Som sådan har den inte varit föremål för debatt i något utskott eller i kammaren, utan antas genom "negative procedure", vilket innebär att reglerna antas när de bordläggs i kammaren såtillvida inte någon parlamentsledamot har invändningar.¹³² Det finns således ingen argumentation kring regelverket från 1989 till 1994, varför nästa avsnitt handlar om rättigheterna efter att barnkonventionen ratificerats.

Hälso- och sjukvårdsrättigheterna efter att barnkonventionen ratificeras

Regleringen summeras i en tabell för respektive land, vid avsnittens slut.

¹³¹ Statutory Instrument 1992 No. 411 (S. 44), *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Scotland) Amendment Regulations 1992*. [http://www.opsi.gov.uk/si/si1992/Uksi_19920411_en_1.htm]

¹³² [<http://www.opsi.gov.uk/advice/publishing-guidance/statutory-instrument-practice.htm>] (2006-04-03).

Offentlig reglering i Sverige 1990-2005

Under den femtonårsperiod som följer efter barnkonventionen förändrar Sverige sin reglering både vad gäller asylsökande barn och gömda barn.

Allmän barnhälsovård för asylsökande barn

I juni 1994 träder en ny förordning ikraft som anger att staten bekostar hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande barn.¹³³ Därmed får de rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor som barn boende i Sverige. I och med det förändrade regelverket ger Socialstyrelsen ut nya allmänna råd. I dess tydliggörs att asylsökande barn alltid bör ta del av de undersökningar som förekommer i den regelbundna barnhälsovården och erbjudas vaccinationer.¹³⁴ I råden definieras även bosättningsbegreppet, vilket inte gjorts i tidigare allmänna råd. För att anses bosatt i Sverige måste man vistas här lagligt, utifrån bestämmelserna i folkbokföringslagen (1991:481), vilken innebär att "den som är folkbokförd i landet eller rätteligen borde var folkbokförd anses som bosatt här." Det tydliggörs också att för den som håller sig undan ett beslut om avvisning eller utvisning är landstinget enbart skyldig att erbjuda akutvård, men staten ersätter inte denna kostnad.¹³⁵ I de allmänna råden citeras proposition 93/94:94 angående att det anses viktigt att asylsökande barn får lika del i barnhälsovård som barn boende i Sverige, men att det måste beaktas att det inte är klart om barnen får stanna i Sverige, vid beslut om långsiktiga vårdinsatser som kanske inte hinner slutföras före ett besked i asylärendet.¹³⁶

Allmän barnhälsovård för gömda barn

I mars 2000 beslutar regeringen att även gömda barn skall få tillgång till gratis hälso- och sjukvård på lika villkor som asylsökande barn. I en överenskommelse mellan staten och "Landstingsförbundet" utfästes att staten skall ersätta vårdkostnader även för denna grupp.¹³⁷

Sammanfattning

I tabellen nedan återfinns resultaten, kring vilka hälso- och sjukvårdsrättigheterna är för asylsökande barn och gömda barn efter dess att barnkonventionen ratificerats.

Tabell 5 Hälso- och sjukvårdsrättigheter i Sverige 1990-2005.

	Sverige efter barnkonventionen ratificeras 1990	
	Asylsökande	Gömda
Akutsjukvård	Ja, fanns tidigare.	Införs 2000
Hälsoundersökning, vid ankomst	Ja, från 1985/1988: bör omfatta läkarundersökning och BVH-journal, familjeplanering.	ej relevant
Primärvård	Ja, införs 1994	Ja, införs 2000
Specialist/sjukhusvård	Ja, införs 1994	Ja, införs 2000
Åtgärder enligt smittskyddslagstiftning	ingår i hälsoundersökning samt allmän barnhälsovård som införs 1994	ingår i allmän barnhälsovård som införs 2000.

Kommentar: I tabellen redovisas i vilken utsträckning staten erbjuder asylsökande barn och gömda barn vård inom de olika kategorierna, efter barnkonventionen ratificeras.

Från och med 1994 förändras regelverket och asylsökande barn får rätt till allmän barnhälsovård. För gömda barn tar det ytterligare sex år innan regelverket förändras och de får samma rätt till hälso- och sjukvård som barn boende i Sverige. I jämförelsen med den brittiska regleringen kommer dessa resultat att återknytas till kontroversen mellan Soysal och Joppke.

¹³³ SFS 1994:734, §32.

¹³⁴ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995: 4 Hälsovård för flyktingar och asylsökande.

¹³⁵ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995: 4 Hälsovård för flyktingar och asylsökande, s.14.

¹³⁶ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1995: 4, s 23.

¹³⁷ UD2000/350/MAP, Protokoll vid regeringssammanträde.

Offentlig motivering i Sverige 1990-2005

I detta avsnitt kommer jag att presentera argumentationen kring det offentliga regelverket under 1990-talet till 2005, då såväl asylsökande barns behov såväl som gömda barns behov uppmärksammas.

Allmän barnhälsovård för asylsökande barn

Efter att Sverige har ratificerat barnkonventionen fortsätter den politiska debatten att handla om de asylsökande barnens tillgång till barnhälsovård, gömda barns situation börjar uppmärksammas i slutet av 1990-talet. Första hälften av 1990-talet styrs landet av en borgerlig regering, emellertid innebär detta inte ett omedelbart skifte i synen på statens ansvar för de asylsökande barnen. Först 1993 byter regeringen hållning i frågan om asylsökande barns rätt till allmän barnhälsovård, den nya hållningen motiveras såväl av argument utifrån barnkonventionen som allmänna hälsoargument.

Kraven på asylsökande barns rätt till allmän barnhälsovård fortsätter att drivas av Folkpartiet under det tidiga 1990-talet. I Socialförsäkringsutskottets betänkande 1990/91:13 från maj behandlas Bengt Westerbergs partimotion Sf646, där Westerberg yrkar på att barn i asylsökande familjer bör omfattas av den vård som varje annat barn har rätt till i Sverige. Intressant nog använder sig Westerberg inte av barnkonventionen i sin argumentation, trots att Folkpartiets ledamöter argumenterat utifrån konventionen i Socialförsäkrings- och Socialutskottet 1989/90. Utskottet avslår yrkandet genom att hänvisa till tidigare beslut i frågan. Dessutom hänvisar utskottet till en nyutkommen rapport från Socialstyrelsen där man föreslår att regeringen bör tillsätta en utredning som undersöker vilka de ekonomiska kostnaderna skulle vara och vilka lagändringar som krävas för att asylsökande barn skulle kunna få utökad rätt till hälso- och sjukvård. Riksdagen bör avvakta en sådan utredning menar utskottet.¹³⁸ En reservation görs av ledamöterna Barbro Sandberg (fp), Maria Leissner (fp) och Eva Goës (mp), men inte heller i reservationen används barnkonventionen som ett instrument för att motivera utökade rättigheter. Istället menar ledamöterna att det "inte är acceptabelt" att de asylsökande barnens rätt till hälso- och sjukvård begränsas.¹³⁹

I Socialförsäkringsutskottets betänkande 1992/93:7 behandlas motion Sf634 av Lena Boström (s), hon utgår från barnkonventionen och pekar på att den kräver att asylsökande barn och flyktingbarn får adekvat hälso- och sjukvård. Utskottet avslår motionen, då man menar att omfattningen av vården är tillräcklig, och att FN:s särskilda kommitté för barnens rättigheter i sin rapport från 1992 inte lämnat några kritiska synpunkter på Sveriges tillämpning av konventionen i detta avseende.¹⁴⁰ Bedömningen från en extern FN-aktör anses uppenbarligen viktig vid försvar av regelverket.

I november 1993 presenterar den borgerliga regeringen proposition 1993/94:94 "Mottagande av asylsökande m.m." I propositionen gör regeringen en helomvändning och föreslår att "Asylsökande barn bör i princip få tillgång till samma hälso- och sjukvård som de barn som är bosatta i Sverige".¹⁴¹ Det innebär att asylsökande barn bör behandlas som barn boende i Sverige vad avser akut sjuk- och tandvård, hälsoundersökningar, vaccinationer osv. Regeringen nämner att förslaget har föregåtts av en omfattande debatt, särskilt i massmedia, kring omfattningen och innehållet i den vård som asylsökande har rätt till. Även Socialstyrelsen har påpekat för regeringen att "skyldigheten att ersätta hälso- och sjukvård för barn vidgas till en nivå som bättre överrensstämmer med FN:s barnkonvention". Ytterligare motiveras förändringen av den offentliga regleringen med hälsoargument, "betydelsen av en god hälso- och sjukvård är särskilt stor hos barn", men också genom att referera till Sveriges skyldigheter under barnkonventionen, i frågorna om barns rätt till hälso- och sjukvård och att det inte får förekomma diskriminering mellan olika barn. Asylsökande barn skall dock inte erkännas rätt till vård på helt jämlika villkor som barn boende i Sverige. Regeringen har dock inflikt ett "i princip" vad gäller de lika villkoren, eftersom man menar att i bedömningen av vilken vård och behandling som skall ges bör det vägas in att det inte är klart om barnet får stanna i landet. Ett avbrott i vården, i det fall barnet avvisas, kan få negativa konsekvenser för barnet.¹⁴² Socialstyrelsen får därmed i uppdrag att revidera sina allmänna råd för hälso- och sjukvården för flyktingar och asylsökande, ändringar i hälso- och sjukvårdslagen anses inte nödvändiga.¹⁴³ Socialförsäkringsutskottet tillstryker propositionen.¹⁴⁴ Trots infli-

¹³⁸ 1990/91 Sfu13.

¹³⁹ 1990/91 Sfu13, mom 12.

¹⁴⁰ 1992/93: Sfu7.

¹⁴¹ Prop 1993/94:94, stycke 4.9.1

¹⁴² Prop 1993/94:94, stycke 4.9.1

¹⁴³ Prop 1993/94:94, stycke 4.9.1

¹⁴⁴ 1993/94 Sfu11.

kandet av ” i princip” tolkar jag det som att asylsökande barn har jämlik rätt till vård i förhållande till barn boende i Sverige, då undantaget fokuserar på att ingrepp inte skall påbörjas som inte kan avslutas.

När väl regeringen beslutar sig för att utöka asylsökande barns rättigheter använder sig man av argument med hänvisning till barnkonventionen och därmed har konventionen använts som instrument för att motivera utökade rättigheter. Samtidigt är det tydligt att det finns ett tolkningsutrymme kring hur argumentationen kan användas, bara ett år tidigare ansåg regeringen att den svenska regleringen låg i linje med de svenska skyldigheterna enligt konventionen och regleringen betraktades som tillräcklig. Emellertid är det uppenbart att det är viktigt för regeringen att motivera regleringen med hänvisning till barnkonventionen.

Gömnda barn uppmärksammas

När väl de asylsökande barnens hälso- och sjukvårdsrättigheter har jämförts med barn som bor i Sverige, seglar frågan om de gömda barnens rättigheter upp.¹⁴⁵ I Socialförsäkringsutskottets betänkande 1997/98:SfU2 yrkar Johan Lönnroth m.fl. (v) i motion Sf13 om att en särskild del av den statliga ersättning till landstingen för asylsökande, bör avsättas till att bekosta vårdkostnader för gömda som tvingas söka sjukvård anonymt. Lönnroth använder sig av barnkonventionen i sitt argument, *”Det står också i strid med barnkonventionen att gömda barn inte har tillgång till sjukvård, i praktiken inte ens akut sjukvård enligt § 4 hälso- och sjukvårdslagen”*.¹⁴⁶ Utskottet anser däremot att staten av principiella skäl inte bör betala för sjukvård för dem som håller sig undan verkställighet. Utskottet tar upp att Barnkommittén i sitt huvudbetänkande *”Barnets bästa i främsta rummet”* (SOU 1997:116) föreslår att just gömda barn också bör få rätt till hälso- och sjukvård på samma villkor som barn boende i Sverige. Samtidigt påpekar Kommittén att familjernas rädsla för att deras närvaro i landet skall röjas för Statens Invandrarverk troligen kommer att hindra dem att kontakta sjukvården. Utskottet avstryker Lönnroths yrkande, då man vill avvakta beredningen av kommitténs förslag. Ulla Hoffmann (v) och Ragnhild Pohanka (mp) reserverar sig mot beslutet, men argumenterar inte utifrån barnkonventionen, utan menar enbart att utskottet borde ha gett bifall åt motionen.¹⁴⁷ Här kan en intressant skillnad noteras mellan den argumentation som använts för att motivera krav på utökade rättigheter mellan de två grupperna av barn. I den första motionen i riksdagen där krav reses på utökade rättigheter för gömda barn, används barnkonventionen som ett instrument för att motivera dessa krav. För asylsökande barn drevs frågan inledningsvis med betoning på asylsökande, barnen uppmärksammades inte som en specifik grupp. Den första motionen som uppmärksammade barn särskilt, 1988/89 Sf 502, sökte motivera dessa krav genom att påpeka att det var *”särskilt viktigt”* att asylsökande barn får tillgång till barnhälsovård. I samband med propositionen om svenskt godkännande av barnkonventionen, riksdagsår 1989/90 användes för första gången barnkonventionsargument, som syftade på de krav som konventionen reser i artikel 24. Däremot återföljdes den av en motion riksdagsår 90/91 med samma krav, dock utan referenser till barnkonventionen. Istället återkom argument som använts före konventionens tillblivelse, *”det är särskilt viktigt att (...)”*.

Den 28 januari 1999 yttrar sig åter Socialförsäkringsutskottet å Socialutskottets vägnar, kring motion So52 av Kenneth Johansson (c) m.fl. som föranletts av proposition *”Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige”*. Motionärerna vill se att det görs en utredning om förhållanden för de gömda barnen och på vilket sätt de medicinska insatserna skall tillförsäkras dem, trots hot om avvisning. Motionärerna menar att enligt barnkonventionen måste dessa barn få basala behov, som rätt till sjukvård, tillgodosedda. I betänkandet återges regeringens ståndpunkt från propositionen. Regeringen menar att staten inte är skyldig att tillförsäkra de gömda barnen samtliga av barnkonventionens rättigheter. Regeringen använder sig av ett tydligt statsuveränitetsargument, där statens kontroll över invandringen och på så sätt territoriet, står i fokus. Enligt regeringen skulle det *”(...) uppstå orimliga situationer om en myndighet åläggs att verkställa ett beslut om en avvisning eller utvisning av ett barn, samtidigt som en annan myndighet är skyldig att tillförsäkra detta barn samma rättigheter som barn som vistas lagligt i Sverige.”*¹⁴⁸ Regeringen menar att man istället måste arbeta för att förhindra att barn överhuvudtaget göms. Utskottet motiverar också den gällande regleringen utifrån statsuveränitetsargument och avslår motionärernas yrkande enligt följande:

¹⁴⁵ Att gömda barns rättigheter uppmärksammas av riksdagen först i slutet av 1990-talet innebär inte att gruppen inte existerade tidigare, det fanns gömda barn i Sverige även under 1980-talet. Källa: Michael Williams, *Flyktinggruppernas och Asylkommittéernas Riksråd (FARR)*, e-post 22 maj 2006.

¹⁴⁶ Motion 1997/98 Sf 13.

¹⁴⁷ 1997/98: Sf U2, mom 4.

¹⁴⁸ 1998/99:SfU2y.

”Å ena sidan finns behovet av att ge även gömda barn rätt till hälso- och sjukvård. Å andra sidan kräver en reglerad invandring att det upprätthålls en skiljelinje mellan de som har och de som inte har rätt att stanna i landet. Dessa två angelägna frågor bryts här mot varandra. Med beaktande av det viktiga undantaget att även dessa barn har rätt till akut sjukvård har den sistnämnda principen fått företräde. Det handlar om Sveriges möjligheter att i ett längre perspektiv kunna upprätthålla en reglerad invandring. En sådan reglerad invandring syftar bl.a. till att trygga rätten för såväl barn som vuxna att kunna söka asyl i Sverige.”¹⁴⁹

Det skall tydliggöras att de gömda barnens rätt till akut sjukvård, inte är på lika villkor som barn boende i Sverige eller som asylsökande barn, där vården erbjuds kostnadsfritt. Utskottet anser också att riksdagen bör avvakta en kommande kartläggning från Socialstyrelsen och Invandrarverket om gömda barn innan riksdagen gör några uttalanden i frågor som motionen tar upp. SF-utskottet menar att Socialutskottet bör avstyrka motionen. Avvikande meningar till utskottets bedömning framförs av Kerstin-Maria Stalin (mp) och Birgitta Carlsson (c), de anser att Socialutskottet bör styrka yrkandet i motion So8. Däremot använder de sig inte av något särskilt argument för att stödja sin åsikt.¹⁵⁰ Även Socialutskottet menar att *”(...) samhällets åtgärder måste inriktas på att i första hand motverka att barn över huvud taget hålls gömda. Ett led i denna strävan kan vara att så långt som möjligt förkorta Invandrarverkets och Utlänningsnämndens handläggningstider.”*¹⁵¹ Socialutskottet avstyrker yrkandet i motion So8, med detsamma suveränitetsargument som regeringen använt i propositionen. Utskottet delar regeringens uppfattning om orimligheten i tillgodose barn som vistas olagligen i landet samma rätt till hälso- och sjukvård som de som vistas lagligt.¹⁵² Det är en spännande iakttagelse hur regeringen omdefinierar problemet, från gömdas faktiska situation, till att det inte borde förekomma gömda barn.

Utökade rättigheter för gömda barn

I budgetpropositionen hösten 1999 flaggar regeringen för att man har ambitionen att se till att gömda barn får tillgång till hälso- och sjukvård samt tandvård på samma villkor som barn boende i Sverige. Lösningen skall utformas i samarbete med Landstingsförbundet och frivilligorganisationer. Som underlag för denna kursändring ligger Socialstyrelsens och Statens invandrarverks kartläggning av barn som hålls gömda, där det poängteras att det är problematiskt att de gömda barnen under rådande regelverk inte har rätt till fullständig hälso- och sjukvård. I budgetpropositionen använder sig regeringen inte av några barnkonventionsargument, men inte heller av några andra argument för att motivera det förändrade regelverket. Däremot nämner man betydelsen av att barnkonventionens artikel om barnets bästa skrivits in i Utlänningslagstiftningen och hänvisar till rapporten.¹⁵³ I rapporten från Socialstyrelsen och Statens invandrarverk motiveras å andra sidan de föreslagna förändringarna klart och tydligt med barnkonventionen. *”Utifrån barnets bästa har utredningen ändå valt att förslå att landstingen får ett totalt vårdansvar också för gömda barn. Barnen får därmed rätt till all den hälso- och sjukvård de kan behöva, inte bara akut sådan.”*¹⁵⁴ I rapporten tar man också upp den konflikt mellan principen om reglerad invandring och hänsyn till barnkonventionen som regeringen tidigare använt för att motivera den gällande regleringen. Socialstyrelsen menar, *”Gömda barn lever utan egen förskyllan under utsatta omständigheter. De har drabbats av en konflikt mellan föräldrarna och staten. De är helt beroende av sina föräldrar och andra vuxna. Samtidigt vistas de illegalt i landet. Principen om reglerad invandring står delvis i motsättning till principen om barnets bästa.”*¹⁵⁵ Även om regeringen själv inte explicit använder sig av barnkonventionen som ett instrument i propositionen menar jag att de indirekta hänvisningarna visar på dess betydelse.

Även efter regeringens överenskommelse med Landstingsförbundet driver miljöpartiet frågan med ytterligare en motion. I Socialförsäkringsutskottets betänkande behandlas språkrör Matz Hammarströms (mp) partimotion från september, där han dels yrkar på att riksdagen bör ge regeringen ett tillkännagivande om att gömda barn ges rätt till fullständig hälso- och sjukvård samt tandvård, dels att asylsökande barn får tillgång till terapeutisk vård. I motionen hänför Hammarström sina arguments legitimitet till barnkonventionen. *”Enligt artikel 24 erkänner konventionsstaterna barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.”*¹⁵⁶ Utskottet avstyrker yttrandena eftersom man påminner om att statens överenskommelse med Landstingsförbundet från mars 2000 innebär att barn

¹⁴⁹ 1998/99: SfU2y

¹⁵⁰ 1998/99: SfU2y

¹⁵¹ 1998/99: SoU6.

¹⁵² 1998/99: SoU6.

¹⁵³ Budgetproposition 1999/2000:1, Bilaga 9, s.87ff.

¹⁵⁴ Socialstyrelsen, När barn lever gömda (1999:5), <http://www.sos.se/sos/publ/referat/sr9905.htm>

¹⁵⁵ Socialstyrelsen, När barn lever gömda (1999:5).

¹⁵⁶ Motion 2000/01: Sf274.

som hålls gömda har rätt till hälso- och sjukvård på samma grunder som asylsökande barn.¹⁵⁷ Miljöpartiets ledamot Kerstin-Maria Stalin reserverar sig mot utskottets bedömning, hon menar att barn som inte är folkbokförda i Sverige får sämre rätt till sociala förmåner i landet och hänvisar till konventionens artikel om icke-diskriminering av barn.¹⁵⁸ Att kraven på hälso- och sjukvårdsrättigheter inte upphör i och med att gömda barn får rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor, är förvisso märkligt. Jag menar att kan det förstås utifrån att aktörerna tolkat regelverket olika, utifrån en mycket detaljerad nivå.

Sammanfattning

Ser man så till argumentationen kring regelverket är det intressant att notera att även efter konventionen ratificeras förekommer argument som inte använder konventionen som ett instrument för att stödja kraven på asylsökande barns rätt till allmän barnhälsovård. Men argumentation där konventionen används är mer stabil över tid. Regeringens proposition 1993:94:94 använder specifikt barnkonventionsargument, för att motivera förändring av regleringen. Krav på utökade rättigheter för gömda barn ställs först efter att de asylsökande barnen tillförsäkrats lika hälso- och sjukvårdsrättigheter. Förekomsten av argumentationen utifrån barnkonventionen är mycket stabil över tid. Den restriktiva regleringen motiveras också den konsekvent, dock utifrån statssuveränitetsargument. Genom argumentationen framkommer att hälso- och sjukvårdsrättigheter framställs som ett indirekt migrationspolitiskt instrument, med vilket man gör skillnad mellan grupper som har rätt att vistas i landet och grupper som inte har denna rätt. Statsuveränitetsargumentationen väger tyngre än människorättsargumentationen, men liksom för asylsökande barn slår människorättsargumentationen slutligen igenom. Den globala människorättsdiskursen har använts för att motivera den svenska offentliga regleringen kring barn som är asylsökande och barn som är gömda, beträffande deras rätt till hälso- och sjukvård.

Offentlig reglering i Storbritannien 1991-2005

I redovisningen av resultaten redogör jag specifikt för regleringen i Wales och Skottland när den avviker från den engelska.

Hälsokontroll vid ankomst

Genom den nya lagen från 2002, "Nationality, Immigration and Asylum Act 2002" skapas mottagningscentrum för asylsökande runt om i landet, där de kan vistas ett par dagar innan de tilldelas en plats på en förläggning för asylsökande, i väntan på att deras ansökan skall avgöras. På dessa introduktionscentrum skall en hälsokontroll erbjudas och därmed skapas ett enhetligt regelverk för asylsökandes rätt till hälsokontroll.¹⁵⁹ Hälsodepartementet räknar med att kunna implementera regelverket fullt ut från och med år 2004. I departementets tämligen utförliga redogörelse för hälsokontrollerna, tas inte barns situation upp.¹⁶⁰

Akutsjukvård, Primärvård och Specialist/Sjukhusvård

Efter att barnkonventionen har ratificerats kringsskärns vissa hälso- och sjukvårdsrättigheter för gömda, dock inte för asylsökande. Inledningsvis minskar omfattningen av akut sjukvård, då akut tandvård och akut vård vid ögonklinik från och med 1994 inte erbjuds gratis till utländska besökare.¹⁶¹ Denna nedskärning påverkar gömda barn som varit i landet färre än 12 månader, men inte de som vistats där längre.

År 1999 förtydligas regelverket i England kring utländska besökares rätt till gratis primärvård. Dels tydliggörs att en särskild grupp av gömda, de asylsökande som fått avslag på sin ansökan, förvisso har rätt till gratis akutsjukvård och smittskyddsåtgärder, men om det visar sig att de kan betala, bör de debiteras, i den mån vårdaktören anser rimligt. Dessutom pekar Hälsodepartementet på att det finns oklarheter beträffande denna grupps rätt till gratis primärvård, husläkare har rätt att acceptera dessa som tillfälliga eller permanenta patienter samtidigt uppmanar riktlinjerna läkarna att man inte bör registrera dem alls, då de vistas olagligt i landet.¹⁶² Oklarheterna kvarstår under 2005, men det pågår en process kring att klargöra och harmonisera regelverket, vilket jag kommer att återkomma till under resultatredovisningen av argumentationen.

År 2004 görs en omfattande förändring av reglerna kring rätten att debitera utländska besökare för sjukhusvård i England, vilket innebär att 1989-års regler skärps för gömda. De gömda som tidigare har kunnat få

¹⁵⁷ 2000/01 Sfu:2.

¹⁵⁸ 2000/01 Sfu:2, mom 10.

¹⁵⁹ Home Office, *Secure Borders, Safe Haven: Integration with Diversity in Modern Britain* (CM 5387) 2002, s. 54f.

¹⁶⁰ Department of Health, *Caring for dispersed asylum seekers: a resource pack*, 2003, s. 19f.

¹⁶¹ The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) Regulations 1994:1535, section 3c.

¹⁶² Department of Health, *Health Service Circular 1999/018*.

tillgång till gratis vård om de vistats i landet i mer än 12 månader, måste numera betala för sjukhusvården. Detta tydliggörs med formuleringen att personen för att kunna få del av denna undantagsregel måste ha vistats *lagligen* i landet under de 12 månaderna.¹⁶³ Dessutom tydliggörs det genom en formulering kring undantaget för asylsökande, som understryker att asylansökan inte får vara avgjord för att personen inte skall debiteras för vården.

“(...) Overseas visitors exempt from charges

4. No charge shall be made in respect of any services forming part of the health service provided for an overseas visitor, being a person, or the spouse or child of a person- (...)

*(c) who has been accepted as a refugee in the United Kingdom, or who has made a formal application for leave to stay as a refugee in the United Kingdom which has not yet been determined; (...)*¹⁶⁴;

Däremot, om en behandling påbörjas under tiden ansökan behandlas har personen rätt att bli färdigbehandlad utan kostnad, även i det fall ansökan avslås.¹⁶⁵ Förändringen rör inte primärvård eller principen om gratis akutsjukvård. Gömda barn har således fortfarande rätt till gratis akutsjukvård, och primärvård om de vistats i landet längre än 12 månader. Barn som är asylsökande berörs inte av förändringarna.

I maj 2004 presenterade Hälsodepartementet ett förslag på att även skärpa reglerna kring utländska besökares rätt till gratis primärvård i England. Syftet med förslaget är att harmonisera regler kring primärvården med de nya reglerna kring sjukhusvården. De två huvudalternativen är att utländska besökare som inte har rätt till gratis vård, antingen får betala till det offentliga systemet NHS liksom reglerna kring sjukhusvården föreskriver, eller att personen registrerar sig hos läkaren som en privat patient. Det nya förslaget innebär att GP's inte får registrera patienter som inte har rätt till gratis vård via NHS, vilket de således kan göra idag. Utländska besökare skall fortfarande ha rätt att få gratis akutsjukvård hos en GP. Asylsökande som fått avslag på sin ansökan skall inte längre få rätt till gratis primärvård. Liksom SI 2004:614 är det gömda barn som vistats i landet i mer än 12 månader som påverkas av förslaget, då de under tidigare regelverk kunde få gratis primärvård.¹⁶⁶

Utvecklingen i Wales har följt den i England, Statutory Instrument 1994:1535 gäller även för Wales. 2004 års förändring gällande rätten till gratis sjukhusvård omfattade enbart England, men där valde Wales att utforma ett identiskt Statutory Instrument, som trädde ikraft en månad senare än det i England.¹⁶⁷

Den grundläggande regleringen för utländska besökares rätt till hälso- och sjukvård i Skottland är gemensam med England och Wales, dvs. regleringen från 1989. Därefter är det specifika Statutory Instruments som gäller för Skottland. Förändringarna av dessa har följt utvecklingen i England och Wales, ibland med några månaders eller något års fördröjning. Den skotska regleringen gör inte heller skillnad på barn och vuxna. Beträffande den senaste förändringen år 2004 finns dock en skillnad, den mer strikta regleringen för gömda barn gäller både primärvård och specialist/sjukhusvård i Skottland. Medan gömda barn fortfarande har rätt till primärvård om de har vistats i landet längre än 12 månader i England och Wales, har Skottland ändrat regleringen så att denna grupp endast har rätt till akutsjukvård och smittskyddsåtgärder.¹⁶⁸

Sammanfattning

I tabellen nedan återfinns resultaten, kring hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn efter det att barnkonventionen ratificeras.

¹⁶³ *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) Regulations 2004:614, section 4b.*

¹⁶⁴ *SI 2004:614 The National Health Service (Charges to Overseas Visitors)(Amendments) Regulations section 4 (e).*

¹⁶⁵ *Department of Health, Implementing the Overseas Visitors Hospital Charging Regulations. Guidance för BHS Trust Hospitals in England, april 2004, punkt 6.23.*

¹⁶⁶ *Department for Health, Proposals to Exclude Overseas Visitors from Eligibility to Free NHS Primary Medical Services, 2004.*

¹⁶⁷ *National Assembly for Wales, Votes and Proceedings for Tuesday, 25th May 2004, Second Assembly Plenary Meeting (71).*

¹⁶⁸ *Scottish Statutory Instrument 2004 No. 369 The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Scotland) Amendment Regulations 2004.*

Tabell 6 Hälso- och sjukvårdsrättigheter i Storbritannien 1991-2005.

	UK efter barnkonventionen ratificeras.	
	Asylsökande barn	Gömda barn – per 1999, bör betala för vården om de kan/efter förmåga (England)
Akutsjukvård	Ja	Ja, exklusive akut tandvård och akut vård vid ögonklinik per 1994.
Hälsoundersökning, vid ankomst	Införs 2002	ej relevant
Primärvård	Ja	Ja, om vistats i landet längre än 12 mån. (nej, i Skottland per 2004)
Specialist/sjukhusvård	Ja	Nej, genom SI 2004:614
Smittskyddsåtgärder	Ja, via hälsokontroll samt tester och behandling, förutom HIV-behandling enligt SI 2004:614	Ja, tester och behandling, förutom HIV-behandling enligt SI 2004:614

Kommentar: I tabellen redovisas i vilken utsträckning staten erbjuder asylsökande barn och gömda barn vård inom de olika kategorierna, efter att barnkonventionen har ratificerats. Referenserna görs till det engelska regelverket, där de andra regionerna avviker i regleringens innehåll, anges detta.

För asylsökande barn sker mycket små förändringar efter 1991, rätten till en hälsoundersökning vid ankomst införs 2002, i och med att regeringen etablerar introduktionscentrum för asylsökande. Regelverket blir mer enhetligt än tidigare. För gömda barn skärps däremot regelverket. År 1994 minskar omfattningen av akutvården, och år 1999 tydliggörs att gömda personer, skall betala för vården efter förmåga. Den sista omfattande förändringen rör gömdas rätt till specialist/sjukhusvård, den möjligheten tas bort från år 2004. Att gömdas möjligheter till vård kringskärs är en trend, regeringen har även på förslag att skärpa reglerna kring dessa gruppers möjligheter att få ta del av primärvården. Intressant nog har inte akutsjukvården inkluderats i detta förslag, men det är inte en otänkbar utveckling, om förslaget om förändringar beträffande rätten till primärvård antas.

Offentlig motivering i Storbritannien 1991-2005

Jag har valt att redovisa motiveringen av regleringen för respektive region, separat. Det offentliga trycket kring förändringarna har varit tämligen begränsat i Wales och Skottland och något mer omfattande i England.

England

Förändringarna av regleringen år 2004, beträffande gömdas rätt till specialist/sjukhusvård behandlade parlamentet med negativ procedur, kring beslutet som sådant finns ingen argumentation. Däremot föregicks de nya reglerna av en offentlig remissrunda och från detta dokument har regeringens argumentation kunnat analyseras. I remissen som presenterar de nya reglerna, avstyrker hälsodepartementet den offentliga uppmärksamheten kring hälsoturister, vilken man menar varit överdriven. Media har ofta felaktigt utmålat asylsökare som hälsoturister, trots att de har laglig rätt till nödvändig sjukhusvård. Syftet, med att skärpa regleringen är enligt hälsodepartementet att förhindra att utländska besökare reser till landet enbart för att ta del av det nationella sjukvårdssystemet, gratis. Enligt det tidigare regelverket var detta möjligt. Departementet understryker att NHS är till för dem som bor i landet, inte för utländska besökare och att det finns ett behov av att tydliggöra regleringen, så att sjukvårdspersonal kan tillämpa den enhetligt.¹⁶⁹ Regleringen, som får effekt på gömda barns rätt till sjukhusvård, motiveras med argumentet att det skall förhindra ett felaktigt utnyttjande av systemet. Barns situation uppmärksammas inte i remissen. Huruvida den nya regleringen stämmer överens med landets åtaganden enligt barnkonventionen övervägs inte.

Den nya regleringen behandlades även i en debatt i House of Lords i samband med att den trädde ikraft. Lord Warner, vice hälso- minister upprepade att förändringarna av den offentliga regleringen, genomförts i syfte att förhindra, det man kallar ”utnyttjande” av NHS. Samtidigt menade Lord Warner att det finns en gräns för vilka förändringar av den offentliga regleringen som kan genomföras, det måste finnas utrymme för att ta hänsyn till patienters behov oavsett migrationsstatus.

¹⁶⁹ Department of Health, (2003) Proposed amendments to the National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989 a consultation, s.9ff.

*"There will always be hard cases where the NHS has to put the needs of a seriously ill patient before whether or not they can pay. It is always important to bear in mind our healthcare obligations to asylum seekers under international law, our obligations to our fellow members of the EU, including the 10 new accession countries, and with the 30 or so countries with whom we have reciprocal healthcare agreements, and which benefit UK visitors to those countries if they fall ill."*¹⁷⁰

Citatet visar att en hänvisning till "internationell rätt" används för att motivera landets reglering för asylsökande. Intressant nog är det en referens till internationell rätt i största allmänhet, inte till en specifik konvention, såsom barnkonvention. Regleringen för asylsökande motiveras inte med barnkonventionsargument. Ett tydligt resultat är att argumentation om barn som är asylsökande och barn som är gömda och deras hälso- och sjukvårdsrättigheter är helt frånvarande både i det brittiska över- och underhuset, inom tidsramen för min studie.

I maj 2004 presenterade Hälsodepartementet ett förslag på att även skärpa reglerna kring utländska besökare rätt till gratis primärvård i England. Syftet med förslaget är att harmonisera regler kring primärvården med de nya reglerna kring sjukhusvården.¹⁷¹ Hälsominister John Hutton menar att de nya förslagen är nödvändiga. Hutton betonar att NHS är en nationell, inte en internationell institution. Ansvar för utländska besökare är därför begränsat till att erbjuda akut sjukvård, vilket han tydliggör enligt följande "We wish to see closer links established between free use of the NHS and UK citizenship or residency".¹⁷² Hutton påpekar samtidigt att landet även i framtiden kommer att leva upp till sina internationella skyldigheter och erbjuda vad han kallar äkta asylsökande, grundläggande primärvård.¹⁷³ I argumentationen kring förslaget förekommer inga argument som knyter an till barnkonventionen, däremot refereras till "internationella skyldigheter" för att motivera omfattningen av vård för asylsökande. I övrigt motiveras hälso- och sjukvårdsrättigheter utifrån den nationalstatliga tillhörigheten. Motiveringen skiljer sig därmed inte åt från den redan genomförda förändringen beträffande specialist/sjukhusvården.

Förslaget gick på remiss fram till augusti 2004, men departementet har ännu inte presenterat remissvaren eller det slutgiltiga förslaget. Hälsominister John Hutton fick så sent som åttonde mars 2005 frågan om när konsultationen kommer att presenteras varpå han svarade,

*"We plan to publish the results of the consultation at the same time as we announce our preferred way forward. However, these proposals have highlighted some complex issues which we are now considering and we will make the planned announcement when we have resolved these."*¹⁷⁴

Regleringen av smittskyddsåtgärder i relation till utländska besökare rätt till gratis vård, (SI 2004:614) debatterades en månad före ikraftträdandet av regleringen om sjukhusvård för denna grupp 2004. Frågan om hiv-behandling stod i fokus, i överhusets debatt. Lord Warner, vice hälsominister, motiverade den restriktiva regleringen gällande hiv-behandling, med ett smittskyddsargument. Han menade att hiv inte kan jämföras med andra smittsamma sjukdomar som utländska besökare har rätt att få behandlade. Istället är det tillräckligt att erbjuda gratis hiv-tester, eftersom smittorisken uppstår när hiv-positiva omedvetet smittar andra. För luftburna smittsamma sjukdomar som tuberkulos måste däremot behandling ges gratis till alla grupper av utländska besökare. Eftersom det inte går att bota hiv går det inte att rättfärdiga att en livslång behandling skall vara gratis enligt lorden.¹⁷⁵ Enligt Lord Warner värnar staten folkhälsan från smittspridning tillräckligt väl genom gratis hiv-test för alla som vistas i landet.

Frågan om hiv-behandling för utländska besökare behandlades mer ingående av underhusets hälsoutskott, "Select Committee on Health". Kommittén har i uppdrag att granska Hälsodepartementets kostnader, administration och policier. Detta görs genom olika rapporter där utskottet samlar in ett brett underlag för sin utvärdering från olika remissinstanser, bjuder in experter och håller utfrågningar med politiker och tjänstemän från Hälsodepartementet. Den 21 mars 2005 publicerade Kommittén en rapport, *New Developments in Sexual Health and HIV/AIDS Policy*, där en central fråga var utländska besökare tillgång till hiv/AIDS-behandling. Som tidigare redogjorts för har gömda barn inte rätt till gratis hiv/AIDS-behandling, utan enbart rätt till att testa sig gratis. Kommittén är mycket kritisk till de förändringar som SI 2004:614 inneburit på detta område. I rapporten lyfts dock inte barns situation fram, barn nämns enbart i samband med frågan om smittorisk mellan mor – barn under graviditet. Kommittén använder inte barnkonventionen som ett instrument för att motivera sina krav på att hiv/AIDS behandling borde vara gratis för alla som vistas i Storbritannien, även gömda. Kommittén väljer istället att motivera sin hållning med argument som enligt analyschemat klassas som "övrigt". Jag har valt att tydliggöra

¹⁷⁰ Lord Warner, *House of Lords, Hansard 5 mars 2004*, vol 658 c 966-967.

¹⁷¹ *Department for Health, Proposals to Exclude Overseas Visitors from Eligibility to Free NHS Primary Medical Services, 2004.*

¹⁷² *Department for Health, 2004*, s.5.

¹⁷³ *Department for Health, 2004*, s.5.

¹⁷⁴ *House of Commons, Hansard 8 mars 2005*, 431 c1739W;431 c1735W.

¹⁷⁵ *House of Lords, Hansard 5 mars 2004*, vol 658 c 965.

skillnaden mellan olika sorteras ”övrigt- argument” genom att dela in dem i induktivt härledda kategorier, etiska argument, ekonomiska argument, smittskyddsargument.

Kommittén är kritisk till regeringens påstående om förekomsten av hälsoturism, man menar att det inte finns bevis för att specifik hiv-turism förekommer, och att de nya restriktionerna kring vem som kan få gratis behandling för hiv/AIDS därför inte kommer att minska antalet personer som söker sig till/stannar kvar i landet illegalt. Det är intressant att notera att kommittén överhuvudtaget inte använder sig av en global människorättsdiskurs, som ett instrument i debatten. Istället motiveras kraven på att hiv-behandling borde omfatta alla som vistas i landet med andra argument. Etiska argument förekommer, som att läkare oroar sig för att patienters bästa inte tillgodoses när de måste vägra att ge vård till patienter som inte kan betala, och att det innebär en enorm stress för den smittade individen som inte har råd att betala för vården.¹⁷⁶ Under ekonomiska argument tar Kommittén upp att det inte handlar om särskilt stora kostnader att erbjuda alla utländska besökare gratis behandling av hiv, snarare innebär det höga kostnader att inte behandla. Risker är att personer som vet att de inte har råd att betala för behandling väljer att inte testa sig, vilket ökar risken för smittspridning.¹⁷⁷ Detta argument hör ihop med smittskyddsargumenten, ”*HIV positive patients in the UK irrespective of immigration status are of public health concern.*”¹⁷⁸ Det framställs som kontraproduktivt att inte behandla alla hiv-smittade. Ur folkhälsosynpunkt är det värt att reducera risken för smittspridning, genom gratis behandling, även om man inte botar sjukdomen genom behandling. Det vill säga, risken för smittspridning elimineras inte men den minskar. Kommittén menar också att regeringen borde inta en konsekvent hållning gentemot alla smittsamma sjukdomar, eftersom behandling av tuberkulos är gratis borde även hiv-behandling vara så.¹⁷⁹

Regeringen svarar på Kommitténs rapport, men håller argumentationen på en generell nivå, och tar egentligen inte ställning till frågan om hiv/AIDS-behandling specifikt. Regeringen motiverar restriktionerna kring gömda, både barn och vuxna, genom vad jag har valt att kalla statsöveränitets argument. Detta, eftersom regeringen menar att statens rätt att kontrollera invandring är den överordnande prioriteringen. Regeringen är av uppfattningen att ”(...) no one here illegally should be able to take advantage of the NHS just because they have managed to stay here for a long time.”¹⁸⁰ Därmed anser sig regeringen ha uppnått en balans mellan ansvaret för den offentliga hälsan, för de enskilda patienterna och det övergripande ansvaret för migrations- och asylopolitiken. Regeringen avfärdar kritiken från de ekonomiska argument som angetts, och hävdar att det inte går att hitta rätt avvägning mellan ovan nämnda ansvarsområden genom en cost-benefit analys.

Regeringen beskriver sin politik i termer av att det handlar om att skydda systemet, som är till för dem som bor i landet, från medvetet utnyttjade av grupper som vistas olagligt i landet. Att ge dessa grupper tillgång till gratis vård vore att uppmuntra dem att stanna kvar.¹⁸¹ Det framgår tydligt att rätt till vård ses som ett migrationspolitiskt instrument. Det är ett intressant resultat i ljuset av Minderhounds forskning, där han menar att kringskurna rättigheter kan förstås som migrationspolitiska argument, vilket motiveras med kostnadsargument och miss-tänkliggörande.¹⁸² Den brittiska regeringen motiverar istället uttryckligen regelverket utifrån att det är ett sätt att kontrollera invandring. Även regeringen använder sig av smittskyddsargument, men gör en annan tolkning än kommittén. Att det gällande regelverket, förebyggande genom att den smittade får möjlighet att testa sig, är *tillräckligt* känns igen från den svenska debatten.¹⁸³

Wales

Inte heller i Wales föranleder ändringar av sekundär lagstiftning någon debatt i kammaren, men beslutet kan motiveras i en promemoria (regulatory appraisal). Kring den nya, mer restriktiva regleringen beträffande sjukhusvård för utländska besökare förekommer argumentation i en sådan promemoria. I promemorian anges att det funnits en allmän oro för, samt mediebevaktning av, potentiellt missbruk från s.k. ”hälsoturister” av de tjänster som NHS erbjuder. I och med att England valt att skärpa sin reglering menar Wales National Assembly att man också bör införa de nya reglerna. I beslutsunderlaget pekar dock Wales National Assembly på att problemet med hälsoturism inte är lika omfattande i Wales som i England, men att det finns risker med att inte likrikta regleringen. Om Wales valt att bibehålla det äldre regelverket finns risken att de grupper av utländska besökare som exkluderas i England istället söker vård i Wales. ”*However, to choose to take a different approach to England on this matter, or to do nothing, may result in an increase in overseas patients seeking treat-*

¹⁷⁶ Health Committee, *New Developments in Sexual Health and HIV/AIDS Policy, third report 2004/2005 punkt14.*

¹⁷⁷ Health Committee, 2004/2005 punkt 130, 134, 139.

¹⁷⁸ Health Committee, 2004/2005 punkt 164.

¹⁷⁹ Health Committee 2004/2005 punkt 159, 160.

¹⁸⁰ *Government's response New Developments in Sexual health and Hiv/AIDS policy, s. 15.*

¹⁸¹ *Government's response New Developments in Sexual health and Hiv/AIDS policy, s. 26f.*

¹⁸² *Minderhound 1999.*

¹⁸³ *Government's response New Developments in Sexual health and Hiv/AIDS policy, s. 29.*

ment in Wales, thus placing pressure on already over stretched services.”¹⁸⁴ Det enda argumentet för att ändra regleringen är det ekonomiska argumentet, gömda eller illegala immigranter nämns inte ens specifikt. Man upplyser dock om att förändringen får konsekvensen att möjligheten till gratis sjukvård för de utan laglig rätt att vistas i landet kringskärs.¹⁸⁵ Det ekonomiska argumentet känns igen från Minderhounds forskning, som jag nämnt ovan.

Skottland

Även i Skottland behandlas sekundär lagstiftning ofta genom en negativ procedur, beträffande förändringarna kring specialist/sjukhusvård och primärvård var det ingen ledamot som föreslog några ändringar och regleringen röstades igenom.¹⁸⁶ Som bakgrund till ändringarna tar även skotska parlamentet upp NHS historia, det skulle vara ett hälsosystem som garanterade de som bor i landet rätt till gratis sjukvård utan diskriminering. Endast vissa tillfälliga besökare bör därför få rätt till gratis vård. Beträffande den nya regleringen förtydligar man att utländska besökare måste vistas lagligt i landet för att i vissa fall få rätt till gratis vård, dvs. personer som vistas illegalt i landet exkluderas. Parlamentet betonar att detta inte på något sätt är till nackdel för asylsökande eller andra som ansöker om medborgarskap. En asylsökande som avvisas har fortfarande rätt att avsluta påbörjad behandling innan personen lämnar landet.¹⁸⁷ I Skottland tar man inte som i Wales upp, risker för spillover-effekter som är kostsamma om, den skotska lagstiftningen inte anpassas till den i England och Wales. Ändringarna motiveras med att undantagsreglerna för utländska besökare felaktigt inneburit att personen som vistas illegalt i landet i vissa fall också kunde få rätt till gratis vård. Parlamentet tar upp att asylsökande inte drabbas av de förändrade reglerna, men använder sig inte av några som helst argument som motiverar varför det är viktigt att asylsökande garanteras denna rätt. Att grupper som gömda barn omfattas av barnkonventionen är således inget förekommande argument, det framkommer inte heller att det skett något övervägande kring ett sådant argument. En mänsklig rättighetsdiskurs ter sig frånvarande. I den skotska kammaren har frågan om rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda inte debatterats inom tidsperioden för min undersökning.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis, regeringen, som står för de nya restriktiva åtgärderna beträffande specialist/sjukhusvård motiverar förändringarna med statsuveränitetsargument, de människor som vistas illegalt i landet har inte rätt till det nationella hälso- och sjukvårdssystemet. Rätten till hälso- och sjukvård motiveras med hänvisning till medborgarskap och lagligt boende. Regeringen vill med de nya förändringarna, förhindra att NHS utnyttjas av dem som inte är boende i landet. Regeringen motiverar även regleringen med hänvisning till att det är sätt att reglera invandring, eftersom rätten till hälso- och sjukvård ses som en uppmuntring till fortsatt vistelse från statens sida. Att hiv-behandling inte omfattas av regleringen under smittskyddsåtgärder motiverar regeringen med argumentet att nivån på skyddet för folkhälsan från ett smittskyddsperspektiv, är *tillräckligt*. I Wales och Skottland är argumentationen inte lika utförlig. I det walesiska parlamentet förekommer enbart ekonomiska argument, det kan innebära ökade kostnader att inte anpassa sig till den engelska regleringen. Det skotska parlamentet hävdar ytterligare ett statsuveränitets argument, att NHS är till för dem som bor i landet, inte för personer som vistas där illegalt.

För asylsökande motiveras det gällande regelverket med en generell hänvisning till internationell rätt. Medan barnkonventionen inte används som ett instrument är det uppenbarligen viktigt att hänvisa till internationella förpliktelser. Underhusets hälsokommitté som driver krav på mer omfattande smittskyddsåtgärder för människor som vistas i landet, oavsett migrationsstatus, använder inte heller barnkonventionen som ett instrument för att motivera sina krav. Istället använder man sig av etiska argument, ekonomiska argument och smittskyddsargument.

Jämförelse av regelverk och motivering i Storbritannien och Sverige

I detta avsnitt kommer jag att sammanfatta resultaten och slutsatserna för rapportens två frågeställningar.

¹⁸⁴ *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) (Wales) Regulations 2004 - Memorandum of Corrections-LD2936.*

¹⁸⁵ *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) (Wales) Regulations 2004 - Memorandum of Corrections-LD2936.*

¹⁸⁶ *The Scottish Parliament, Health Committee Official Report 28 September 2004, Col 1223.*

¹⁸⁷ *The Scottish Parliament, Executive Note, National Health Service Scotland (Charges to Overseas Visitors) (Scotland) Amendment Regulations 2004.*

Regleringen av hälso- och sjukvårdsrättigheterna, före barnkonventionen ratificerades.

I tabellen nedan sammanfattas de hälso- och sjukvårdsrättigheter som asylsökande barn och gömda barn hade i respektive land före barnkonventionen ratificerades.

Tabell 7 Hälso- och sjukvårdsrättigheter i SV och UK före barnkonventionen

	Sverige		Storbritannien	
	Asylsökande barn	Gömnda barn	Asylsökande barn	Gömnda barn
Akutsjukvård	Införs 1984.	nej	Ja, 1989.	Ja, 1989.
Hälsounder-sökning, vid ankomst	Införs 1985	ej relevant	Delvis	ej relevant
Primärvård	Delvis 1985: förebyggande hälsokontroller, vid speciella skäl.	nej	Ja, 1989	Ja, om vistats i landet längre än 12 mån. 1991 införs enbart familjeplanering
Specialist/ sjukhusvård	nej	nej	Ja 1989	Ja, om vistats i landet längre än 12 mån., 1989.
Smittskyddsåtgärder	Införs genom hälsokontroll 1985/88	nej	Ja 1989	Ja 1989

Kommentar: Tabellen är en något förenklad version av tabellerna 3 och 4. I tabellen redovisas i vilken utsträckning staten erbjuder asylsökande barn och gömda barn vård inom de olika kategorierna, före barnkonventionen har ratificerats. I fallet Uk görs referenserna till det engelska regelverket, där de andra regionerna avviker i regleringens innehåll, anges detta.

Vid en jämförelse av hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i de båda länderna, före barnkonventionen ratificerades, framkommer att Storbritannien, totalt sett, har mer omfattande rättigheter än Sverige. Asylsökande barn har rätt till akutsjukvård i båda länderna, rätten till hälsundersökning vid ankomst är tydligt definierad i Sverige från mitten av 1980-talet och delvis definierad i Storbritannien. I Storbritannien har de asylsökande barnen också rätt till primärvård samt specialist/sjukhusvård, medan Sverige enbart garanterar primärvård vid speciella omständigheter. I båda länderna har de asylsökande barnen rätt till smittskyddsåtgärder, men först i och med införandet av hälsundersökningen 1985/88 i Sverige. Gömda barn har inte rätt till någon kategori av vård i Sverige, medan alla gömda har rätt till akutsjukvård och smittskyddsåtgärder, samt familjeplanering som en del av primärvården i Storbritannien. Därutöver finns det undantag i regleringen som innebär att gömda som vistats i landet i mer än 12 månader har rätt till både primärvård och specialist/sjukhusvård.

Vad för ljus kastar dessa resultat över Soysals tes om betydelsen av en global mänsklig rättighetsdiskurs, för rättighetsutveckling för migranter? En slutsats som framkommer av resultaten på fråga 1a är att barnkonventionen inte är ett nödvändigt villkor för att asylsökande barn och gömda barn skall få hälso- och sjukvårdsrättigheter på lika villkor som barn boende i den mottagande staten. För gömda barn existerar förvisso enbart somliga rättigheter före konventionen ratificerats i Storbritannien, akutsjukvård är den enda kategori av vård där gömda, utan undantag, har rätt till offentlig vård, liksom barn boende i landet. Men, åter, dessa rättigheter har inte skapats med påverkan från barnkonventionen.

Eftersom Sverige och Storbritannien visade sig ha skilda regelverk före konventionen ratificeras beträffande både asylsökande barn och gömda barn, måste det teoretiskt härledda resonemanget om att Sverige och Storbritannien är lika i, för rapporten, väsentliga avseenden, revideras. Resultaten, att rättigheter både existerar och utvecklas före barnkonventionen ratificeras, tyder på att det finns någon annan variabel, än de som jag har tagit hänsyn till, som förklarar hälso- och sjukvårdsrättigheter för migranter. Jag utvecklar mina tankar kring denna slutsats i den avslutande diskussionen. Noterbart är också att det brittiska regelverket inte uppmärksammar barn som en särskild grupp, förutom just ensamkommande barn. Medan det svenska regelverket tvärtom uppmärksammar barn som en grupp med särskilda behov, exempelvis vid införandet av hälsokontroller.

Regleringen av hälso- och sjukvårdsrättigheterna efter att barnkonventionen ratificerades.

I tabellen nedan sammanfattas resultatet kring hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande barn och gömda barn i respektive land, efter att barnkonventionen ratificerades.

Tabell 8 Hälso- och sjukvårdsrättigheter i SV och UK efter barnkonventionen

	Sverige		Storbritannien	
	Asylsökande barn	Gömnda	Asylsökande barn	Gömnda barn – per 1999, bör betala för vården om de kan/efter förmåga (England)
Akutsjukvård	Ja	Ja, införs 2000	Ja	Delvis, minskar 1994
Hälsounder-sökning, vid ankomst	Ja	ej relevant	Ja, per 2002	ej relevant
Primärvård	Ja, införs 1994.	Ja, införs 2000.	Ja	Ja, om vistats längre än 12 mån. (nej, i Skottland per 2004)
Specialist/ sjukhusvård	Ja, införs 1994.	Ja, införs 2000.	Ja	Nej, skärs ned 2004
Åtgärder enligt smittskyddslagstiftning	Ja	Ja, införs 2000	Ja	Ja

Kommentar: Tabellen är en något förenklad version av tabellerna 5 och 6. Endast de förändringar som skett efter 1990 uppmärksammas med årtal. I tabellen redovisas i vilken utsträckning staten erbjuder asylsökande barn och gömda barn vård inom de olika kategorierna, efter att barnkonventionen har ratificerats. I fallet UK görs referenserna görs till det engelska regelverket, där de andra regionerna avviker i regleringens innehåll, anges detta.

Vid en jämförelse av hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i de båda länderna, efter att barnkonventionen har ratificerats, framkommer att rättigheterna för asylsökande barn är lika omfattade i båda länderna, till följd av förändringarna av den svenska regleringen. För gömda barn är rättigheterna däremot mer omfattande i Sverige. Förändringarna av båda ländernas regelverk har inneburit att gömda barn tillförsäkras samtliga hälso- och sjukvårdsrättigheter i Sverige, där det skett en ökning. I Storbritannien har gömda barn endast rätt till akutsjukvård samt smittskyddsåtgärder, där det skett en nedskärning. I England och Wales är det fortfarande möjligt för gömda som vistats i landet i minst 12 månader att få primärvård, med det existerar ett förslag om att skära ned även på denna rättighet, liksom man gjort i Skottland år 2004.

De sammanfattade resultaten på fråga 1b bidrar till ytterligare slutsatser. Utifrån det teoretiska antagandet om att länderna är lika i alla avseenden, förutom det relevanta – den oberoende variabeln, reservation/icke reservation mot barnkonventionens artikel 22, framstår resultaten för gömda barn som särskilt intressant. Eftersom Sverige utökar rättigheterna för denna grupp efter konventionen ratificerats, medan Storbritannien tvärtom skär ned på dem, ter sig barnkonventionen utan reservation, vara ett nödvändigt villkor för att gömda barn skall få hälso- och sjukvårdsrättigheter på lika villkor som barn boende i landet. Resultaten talar på så sätt för att den globala diskursen om mänskliga rättigheter påverkar den offentliga regleringen. Det problematiska med denna tolkning är slutsatsen från fråga 1a – att det teoretiska antagandet inte håller. Den faktor som förklarar förekomsten av hälso- och sjukvårdsrättigheter vid tiden före barnkonventionen inverkar rimligen på desamma även efter denna tidpunkt. Sambandet som ter sig intressant kan således vara spuriöst. Men samtidigt går det i detta skede inte att utesluta att barnkonventionen och den brittiska reservationen kan vara en bidragande faktor till sambandet. Att utröna detta vidare är en möjlig ingång för fortsatt forskning, vilket jag återkommer till i nästa kapitel.

En slutsats som är mindre svårtolkad är att Sverige är ett speciellt fall inom EU, eftersom regleringen ändras i en mer generös riktning, den europeiska trenden är som tidigare forskning samt fallet gömda barn i Storbritannien visat, den motsatta. Till tidigare forskning om sociala rättigheter för asylsökande bidrar rapporten med konstaterandet att hälso- och sjukvårdsrättigheter inte skärs ned för asylsökande. Denna slutsats väcker än mer intresse för vad som förklarar hälso- och sjukvårdsrättigheter. Visst ter det sig å enda sidan naturligt att det inte är lika drastiskt att minska rätten till bostadsbidrag för asylsökande som det vore att dra in rätten till sjukhusvård. Det intressanta är dock att komma åt utifrån vilka principer de olika rättigheterna härrörs. Beträffande gömdas rätt till hälso- och sjukvård avviker inte Storbritannien från trenden gällande sociala rättigheter.

Motivering av den svenska respektive den brittiska offentliga regleringen

En iakttagelse från undersökningen är att hälso- och sjukvård för såväl asylsökande barn som gömda barn är en mer uppmärksammat politisk fråga i Sverige än i Storbritannien, vilket har fått konsekvenser för omfattningen av argumentationen i offentligt tryck kring regleringen.

I Sverige sker en förändring av argumentationen över tid. Före barnkonventionen ratificeras, så motiveras kraven på hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande barn inte alls, eller med hänvisning till att ”*det är särskilt viktigt*”. Den restriktiva regleringen motiveras med argumentet att den är ”*tillräcklig*”. Från konventionens tillblivelse används konventionen däremot som ett instrument både för att motivera krav på utökade rättigheter och för att motivera restriktiva rättigheter för asylsökande barn. Barnkonventionen visar sig vara ett viktigt instrument för att motivera hälso- och sjukvårdsrättigheter för denna grupp, oavsett rättigheternas faktiska omfattning, används konventionen som ett instrument. Således kan man fråga sig om aktörerna utifrån konventionen hade kunnat hävda att en betydligt lägre omfattning av hälso- och sjukvårdsrättigheter varit tillräcklig? Kan konventionen motivera vilken reglering som helst? Jag menar att så inte är fallet. När regeringen väl fattar beslutet om att asylsökande barn bör få rätt till allmän barnhälsovård, liksom barn boende i Sverige, så lyfter man fram att det är en nivå, som *stämmer bättre överens* med barnkonventionen, och pekar på artikel två, om icke-diskriminering av barn. Indirekt är detta en kritik av tidigare nivå, som varit för låg. Ser man till argumentets stabilitet över tid gäller det således en jämlik reglering. Det går också att konstatera att trots att det finns andra internationella konventioner om mänskliga rättigheter på plats före 1991, så används inte dessa som instrument för att motivera utökade rättigheter, vilket hade varit möjligt. På så sätt innebär barnkonventionen något speciellt i den politiska argumentationen.

Intressant är att jämföra argumentationen kring asylsökande barn med den kring gömda barns rättigheter. För den senare gruppen motiveras den restriktiva regleringen konsekvent utifrån ett statsuveränitetsperspektiv. Regeringen menar inte att regleringen beträffande gömda svarar mot barnkonventionen, vilket skulle ha antytt att det är ett ”gummiinstrument” som används i syfte att motivera alla tänkbara nivåer av reglering. Istället hävdas att barnkonventionens krav inte är tillämpliga i detta fall, eftersom upprätthållandet av den reglerande invandringen kräver att det görs skillnad mellan de som har rätt och de som inte har rätt stanna i landet. De aktörer som driver kraven på gömda barns rättigheter använder sig å andra sidan konsekvent av barnkonventionen som ett instrument. Av regeringens argumentation kring beslutet att öka rättigheterna för gömda barn är det tydligt att den ovan nämnda hållningen ändrats, och att barnkonventionen har betydelse för dessa barn. Slutsatsen är att en global mänsklig rättighetsdiskurs har använts för att motivera utvecklingen av de svenska hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och barn som är gömda.

Till motiveringarna i Storbritannien. Det finns en likhet mellan ländernas argumentation kring den restriktiva regleringen för gömda barn, även i Storbritannien motiveras denna utifrån statsuveränitetsargument. Det skulle vara en uppmuntring från statens sida om gömda fick rätt till hälso- och sjukvård i samma utsträckning som de som är boende i landet, hävdar den brittiska regeringen. Det förekommer också ekonomiska argument och argument som att regleringen är *tillräcklig*. Det förekommer inga hänvisningar till en global människorättsdiskurs. Till skillnad från Sverige uppmärksammar varken regeringen eller parlamentet gruppen gömda barn, i den något magra argumentationen kring förändringarna. Det har inte heller förekommit någon argumentation som ställt krav på att stärka/bevara dessa barns rättigheter. För asylsökande barn har det inte skett några förändringar eller föreslagits några förändringar kring deras hälso- och sjukvårdsrättigheter. (Förutom det tydligare regelverket med introduktionscentra där en hälsoundersökning skall erbjudas.) Detta har inneburit att det inte heller förekommit någon specifik motivering av regleringen för denna grupp. Däremot motiveras det gällande regelverket för asylsökande med en generell hänvisning till internationell rätt. Inte heller underhusets hälsoutskott som driver frågan om hiv-behandling för alla som vistas i Storbritannien, använder barnkonventionen som ett instrument för att motivera sina krav. Istället använder man sig av övriga argument: etiska argument, ekonomiska argument och smittskyddsargument. Effekten av reservationen mot artikel 22 tycks vara att barnkonventionen vare sig används som ett instrument för att motivera krav på ny reglering eller som ett försvar av gällande reglering för gömda barn.

Resultaten stödjer Soysals tes om betydelsen av en global människorättsdiskurs. Just genom att göra den detaljerade undersökning som Joppke efterlyser har detta resultat kring dess användning på nationell nivå kunnat konstateras. I Sverige, som inte har gjort någon reservation mot konventionen används konventionen som instrument för att driva fram utökade rättigheter för asylsökande och gömda barn. Den mer restriktiva regleringen motiveras istället främst med statsuveränitetsargument. Därmed borde inte Joppke avfärda Soysals tes med sådan kraft. Sverige är en liberal stat, utan stark författningsdomstol, där den globala människorättsdiskursen fungerat som ett instrument för att hävda migranternas rättigheter. I Storbritannien, som har re-

serverat sig mot artikel 22, om skydd och bistånd till asylsökande barn, används inte konventionen som ett instrument. Kringskurna rättigheter för gömda barn motiveras med statsuveränitetsargument. Rättigheter för asylsökande motiveras med hänvisning till internationell rätt. Krav på utökade rättigheter för alla migranter motiveras med övriga argument. Att barnkonventionen inte används i Storbritannien är förvisso inte ett överraskande resultat, men likaväl är det intressant att de politiska aktörerna inte heller refererar till någon annan internationell människorättskonvention, eller ens den nationella Human Rights Law.

Avslutande diskussion

I den här rapporten har jag undersökt vilka hälso- och sjukvårdsrättigheterna var för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien, före respektive efter barnkonventionen ratificerades. Jag har också undersökt hur den offentliga regleringen av dessa rättigheter/icke rättigheter har motiverats av regering och riksdag i de båda länderna. Storbritannien har till skillnad från Sverige reserverat sig mot konventionens artikel 22, som tar upp asylsökande barns rätt till skydd och bistånd. Hur denna skillnad har påverkat reglering och motivering har varit en empirisk fråga. Rapportens syfte var att undersöka om en global människorättsdiskurs påverkat den offentliga regleringen och motiveringen av rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda. Rapporten knyter också an till tidigare forskning om politiska instrument som reglerar invandring.

Regelverk och motivering i Sverige och Storbritannien

I rapporten konstateras att det förekommer omfattande hälso- och sjukvårdsrättigheter för såväl asylsökande som gömda barn redan före barnkonventionen ratificeras i Storbritannien. I Sverige är rätten till hälso- och sjukvård däremot relativt begränsad för asylsökande barn och obefintlig för gömda barn. Ländernas reglering är lika i avseendet att asylsökande barn har rätt till akutsjukvård och smittskyddsåtgärder. I Sverige sker däremot en utveckling av rättigheter under 1980-talet. Asylsökande barn får från och med 1985 rätt till en allmän hälsoundersökning vid ankomst och denna blir mer omfattande 1988. Efter att barnkonventionen ratificerats fortsätter rättigheterna i Sverige att utvecklas för både asylsökande barn och gömda barn.

I Storbritannien sker en utveckling i och med att det introduceras ett mer enhetligt regelverk kring rätten till en hälsoundersökning vid ankomst, för asylsökande barn. I övrigt sker inga förändringar beträffande dessa barns rättigheter. För gömda barn kringskärs däremot rättigheterna. Omfattningen av akut sjukvård minskar, då akut tandvård och vård vid ögonklinik exkluderas från den akutsjukvård som staten bekostar, per år 1994. Från 1999 tydliggörs att gömda måste betala för all vård efter förmåga. År 2004 tas även rätten till offentlig specialist/sjukhusvård bort, vilket gömda som vistats i landet i minst 12 månader tidigare haft rätt till. Samtidigt föreslås samma förändringar verkställas även för primärvården.

I rapporten konstateras vidare att en global mänsklig rättighetsdiskurs har använts för att motivera utvecklingen av den svenska regleringen av hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande barn och barn som är gömda. Kraven på asylsökande barns rätt till allmän barnhälsovård, har från och med barnkonventionens tillblivelse drivits tämligen konsekvent med en argumentation som motiverar dessa krav utifrån barnkonventionen. Likaså är fallet för gömda barn. Besluten, år 1994 och år 2000, att förändra regelverken så att båda grupperna av icke-medborgare får rätt till allmän barnhälsovård, motiveras även de med hänvisning till barnkonventionen. I fallet Storbritannien, har inte konventionen använts som ett instrument för att motivera vare sig den gällande regleringen eller krav på förändring av denna. Istället har nedskärningarna av rättigheter för gömda motiverats utifrån statsuveränitetsargument, där rättigheter för migranter ställs mot statens intresse att kontrollera sina gränser. Regeringen har på så vis poängterat att bibehållna hälso- och sjukvårdsrättigheter för gömda ses som en uppmuntring till att stanna kvar från statens sida. Genom att skära ned på dessa rättigheter kan regeringen sända motsatt budskap – ”stanna inte kvar”.

Den vetenskapliga kontroversen i nytt ljus

Rapportens vetenskapliga problem består i kontroversen mellan främst två forskare, Soysal och Joppke. Soysal driver tesen att det är den globala diskursen kring mänskliga rättigheter som drivit fram utökade rättigheter för utländska medborgare i de europeiska nationalstaterna. De rättigheter som tidigare var förbehållna medborgare i nationalstaterna har, i det Soysal kallar den postnationella medborgarskapsmodellen, kommit att även omfatta icke-medborgare. I denna modell som ersätter den nationalstatliga medborgarskapsmodellen

skapas och motiveras rättigheter genom den globala människorättsdiskursen, snarare än genom en nationalstatlig diskurs.¹⁸⁸ Joppke vänder sig starkt mot denna tes och han menar att Soysal inte på ett detaljerat sätt visat att förekomsten av en global människorättsdiskurs – ratificerade konventioner – skapat utökade rättigheter för icke-medborgare. Joppke är till och med tveksam till om man på vetenskaplig väg skulle kunna verifiera ett sådant samband.¹⁸⁹ Hur kan rapportens resultat bidra till denna kontrovers?

Till att börja med, Soysals tes motsägs av det faktum att en global diskurs inte tycks vara ett nödvändigt villkor för att skapa hälso- och sjukvårdsrättigheter för asylsökande barn och gömda barn. Redan före konventionens tillblivelse och ratificerande har asylsökande barn i Storbritannien lika omfattande rätt till hälso- och sjukvård som barn boende i landet. I Sverige har asylsökande barn rätt till akutsjukvård och under 1980-talet utvecklas även rätten till en omfattande hälsoundersökning. Även gömda barns rättigheter i Storbritannien, före 1991, talar emot att barnkonventionen är ett nödvändigt villkor för att skapa rättigheter för migranter. Förvisso är de inte lika omfattande som för asylsökande barn, de är begränsade till akutsjukvård och smittskyddsåtgärder. Samtidigt kan gömda barn som vistats i landet längre än 12 månader få rätt till både primärvård och specialist/sjukhusvård, liksom asylsökande barn. Då det visar sig att barnkonventionen inte varit ett nödvändigt villkor för att etablera dessa rättigheter, väcks frågan om vad som bättre förklarar utfallet? Denna förklaringsfaktor bör även beakta att Sverige vid utformning av ny reglering kring hälsoundersökningar uppmärksammar asylsökande barn som en särskild grupp medan den brittiska regleringen inte uppmärksammar gruppen asylsökande barn, förutom i fallet ensamkommande barn. En möjlighet är att det är någon annan internationell konvention, som har påverkat. För att detta skall vara sannolikt gäller att Sverige och Storbritannien skiljer sig åt beträffande en sådan konvention, eller att konventionen enbart etablerar miniminormer där länderna själva kan välja att tillämpa en mer generös reglering. Ett sådant resultat skulle delvis stödja Soysals tes, om man väljer att utvidga operationaliseringen av en global diskurs, till att omfatta mer än barnkonventionen. Från min undersökning är det dock klarlagt att de rättigheter som förekom före barnkonventionen inte motiveras utifrån någon annan konvention. Fortfarande måste man dock kontrollera varför den brittiska regleringen ges en mer generös utformning än den svenska? Exempelvis kan institutionella faktorer spela in för att förklara en mer generös reglering som även omfattar gömda, om än indirekt (att de inte uttrycks i termer av att den som vistats i landet illegalt har följande rättigheter...). Storbritanniens institutionella arv från dess tid som ett imperium, kan ha betydelse för vilka rättigheter som migranter ges. Den institutionella faktor som Joppke lyfter fram, betydelsen av nationella domstolar får däremot inte heller stöd i min undersökning. Vare sig i Storbritannien eller i Sverige kan de rättigheter som förekommer förklaras utifrån starka konstitutionsdomstolar, helt enkelt för att några sådana inte existerar. Genom undersökningen av motiveringen av rättigheterna kan konstateras att det inte heller förekommer hänvisning till grundlagsfästa rättigheter.

Det som talar för Soysals tes är svaret på rapportens andra frågeställning, om motiveringen av regleringen. Sett till argumentens stabilitet över tid visar det sig att den globala människorättsdiskursen är betydelsefull i avseendet att det är ett viktigt instrument för att motivera att asylsökande barn och gömda barn skall ha lika omfattande rättigheter som barn boende i landet. Därmed måste Joppke nyansera sin kritik av Soysals tes, eftersom det genom en detaljerad undersökning visat sig att barnkonventionen utgjort ett instrument på nationell nivå.

Med utgångspunkt i det teoretiska antagandet om att Sverige och Storbritannien är mest lika fall, så talar resultatet beträffande utvecklingen för gömda barn efter barnkonventionen ha ratificerats, där den svenska regleringen blivit mer generös och den brittiska mer strikt, efter ratifikationer och reservationer, för Soysals tes. Barnkonventionen, utan reservation påverkar regleringen av rättigheter för gömda barn. De utgör som tidigare påpekats ett ogynnsamt fall för tesen, eftersom de inte fullgör några skyldigheter gentemot staten. Likafullt kan inte kontroversen mellan Joppke och Soysal avgöras utifrån jämförelsen mellan Sverige och Storbritannien då det visat sig att någon ytterligare faktor som påverkar reglering av rättigheter, bör beaktas. Emellertid har undersökningen på så sätt bidragit till tidigare forskning, kontroversen är än mer komplex än Joppke gör gällande.

Det intressanta utfallet kring utvecklingen för gömda barn innebär emellertid att Sverige är ett avvikande fall inom Europa. Den trend Minderhound identifierat beträffande ökande användning av sociala rättigheter som migrationspolitiska instrument stämmer inte i Sverige. Fallet Sverige visar tydligt på att en liberal stats

¹⁸⁸ Soysal 1996.

¹⁸⁹ Joppke, 1998.

önskan att kontrollera invandring, även krockar med mänskliga rättighetsåtaganden på det sociala området. Trots att staten uppenbarligen menar att det är en eftergift att ge hälso- och sjukvårdsrättigheter åt människor som vistats i landet illegalt, så förändrar man regleringen. Legitimiteten härleds ifrån barnkonventionen – den globala diskursen.

Framtida forskning

Under arbetet med rapporten har tankar kring framtida forskning vuxit fram. Det vore intressant att utveckla denna studie genom att spåra regelverket längre tillbaka i tiden för båda länderna för att på så sätt komma åt när regelverket kring hälso- och sjukvårdsrättigheterna först kommer på plats. I en sådan studie vore det tänkbart att inkludera fler europeiska länder som kännetecknas av svaga konstitutionella domstolar. Därigenom kan teorin om institutionella faktorerets betydelse utvecklas. En syntes mellan teorin om den globala diskursen betydelse och institutionella faktorerets betydelse är ett tänkbart utfall av denna vidareutveckling.

En iakttagelse som gjorts under arbetet med fallet Sverige är det ”glapp” i tid som existerar mellan att barnkonventionen ratificeras och att rättigheterna utökats. För asylsökande barn handlar det om tre år, samt att kraven från ett flertal partier funnits redan före konventionens tillblivelse. Glappet är därmed inte så förunderligt. Än mer spännande är att kraven å gömda barns vägnar inte förekommer i riksdagstrycket före 1997, trots att det förekommit gömda familjer i Sverige även tidigare. Vad sker i det svenska samhället under slutet på 1990-talet, vilket aktualiserar gömda barns avsaknad av hälso- och sjukvård? Varför driver partierna frågan? Troligtvis inte enbart för att de har barnkonventionen som ett instrument till sitt förfogande. I den tidigare forskning som denna rapport behandlat kan två intressanta ingångar hämtas, handlar det om ett ”klientism-intresse” eller kanske om populism? För dessa två faktorer skall kunna få effekt måste det dock förekomma en problematisk situation, menar jag. Utan ett problem med gömdas tillgång till vård, kan inte de politiska kraven utgöra en lösning som partierna levererar, för att eventuellt vinna väljarstöd på. För att bättre förstå om det förekommit något ”problem”, bör även praxis kring gömda barn, men även asylsökande barns, faktiska tillgång till hälso- och sjukvård studeras. Det vore nödvändigt att inkludera fler aktörer i en sådan studie – de frivilliga organisationer som arbetar för gömdas rättigheter en given grupp. Resultatet från en sådan studie kan också bidra till ökad insikt om faktorer som påverkar rättigheter, i stater utan starka domstolar, vilket är ett bidrag till den vetenskapliga kontroversen mellan Joppke och Soysal.

Det görs skillnad mellan de som har och de som inte har rätt att stanna i ett land. Att vara medborgare eller boende i Sverige eller Storbritannien medför rätt till offentligt finansierad hälso- och sjukvård. I Storbritannien omfattas även asylsökande barn av denna rättighet, i Sverige både asylsökande barn och gömda barn. I fallet Sverige har barnkonventionen utgjort ett betydelsefullt instrument för att motivera rätten till hälso- och sjukvård. Den globala människorättsdiskursen kan utgöra ett användbart instrument, där det finns aktörer redo att bruka det.

Sammanfattning

I dagens EU har det politiska klimatet gentemot migranter hårdnat, i syfte att kontrollera invandringen, främst med fokus på de ”illegala migranterna” har bland annat rättigheter för asylsökande skurits ned. Juristen Minderhound menar att ”rätten till inträde” för alla migranter har försvårats genom den förändrade politiken. Samtidigt har EU:s medlemsländer genom olika människorättskonventioner, exempelvis Genèvekonventionen, förpliktat sig att ta emot asylsökande för att bedöma deras skäl till asyl. Ett land kan således inte vägra släppa in asylsökande. En trend inom den restriktiva invandringspolitikens tycks vara att europeiska regeringar skapar policier för att utestänga migranter från de offentliga välfärdssystemen, för att det egna landet inte skall framstå som en attraktiv destination. På sätt kringlämnas migranternas sociala rättigheter och skillnaden mellan de rättigheter migranterna ges och de rättigheter medborgarna i landet har, ökar. Minderhound menar att detta är ett indirekt instrument för att reglera invandring.

Den migrationspolitiska trend som nämns ovan är särskilt intressant i ljuset av en vetenskaplig kontrovers mellan två sociologer, Christian Joppke och Yasemin Soysal. I sin forskning har de studerat rättighetsutveckling för migranter inom EU:s medlemsstater, men de förklarar dessa ökade rättigheter på olika sätt. Soysal menar att rättigheter för migranter har skapats och motiverats genom den globala människorättsdiskursen. Före denna diskurs framväxt skapades och motiverades rättigheter inom en stat utifrån tanken om medborgarskap. Rättigheter var förbundna med ett territoriellt förankrat medborgarskap. Denna modell ter sig överspelad enligt Soysal, rättigheter har individualiserats och det är inte

längre det nationella medborgarskapet som avgör individens rättigheter. Istället skapas rättigheter i en internationell kontext. Joppke vänder sig starkt mot Soysals tes. Han menar att rättigheter för migranter i Europa, drivits fram genom att nationella domstolar utifrån nationella grundlagar, agerat för att migranter skall inkluderas av de rättigheter som tidigare var förbehållet medborgare. Joppke menar att Soysal inte lyckats med att identifiera ett kausalt samband mellan förekomsten av utökade rättigheter och en global människorättsdiskurs på nationell nivå. Här tar rapportens bidrag till tidigare forskning vid. Rapportens syfte är att undersöka om en global människorättsdiskurs påverkat den offentliga regleringen och motiveringen av rätten till hälso- och sjukvård för barn som är asylsökande och barn som är gömda. Rapporten knyter också an till tidigare forskning om politiska instrument som reglerar invandring. Frågeställningarna är:

1. a) Vilka var hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien före barnkonventionen ratificerades?

b) Vilka är hälso- och sjukvårdsrättigheterna för asylsökande barn och gömda barn i Sverige och Storbritannien efter att barnkonventionen ratificerats?

2. Har en global mänsklig rättighetsdiskurs använts av regering och riksdag för att motivera den svenska, respektive den brittiska offentliga regleringen kring barn som är asylsökande och barn som är gömda, beträffande deras rätt till hälso- och sjukvård?

I den empiriska undersökningen ingår två fall, Sverige och Storbritannien. Fokus är på vilka eventuella förändringar som skett av ländernas reglering beträffande barn som är asylsökande/gömda och deras rätt till hälso- och sjukvård efter att barnkonventionen ratificerats. Undersökningen sträcker sig från tidsperioden 1980-talet, till år 2005. För att besvara frågeställningarna har den offentliga regleringen och motiveringen av densamma i det offentliga trycket analyserats, utifrån ett analyschema.

Rapportens slutsatser är att det förekommer omfattande hälso- och sjukvårdsrättigheter för både asylsökande och gömda i Storbritannien, före barnkonventionen ratificeras. I Sverige utvecklas rättigheterna för asylsökande barn under 1980-talet. Gömda barn under denna tidsperiod omfattas inte av några hälso- och sjukvårdsrättigheter. Därmed är inte barnkonventionen ett nödvändigt villkor för skapandet av rättigheter för migranter. Av detta följer att varken Joppke eller Soysal får stöd för sina teser fullt ut. Soysals tes stöds i avseendet att barnkonventionen har varit ett betydelsefullt instrument för motiveringen av barnens rättigheter i Sverige. Sverige framstår därigenom som ett avvikande fall, sett från den europeiska trenden av kringskurna rättigheter för migranter. I Storbritannien bekräftas denna trend ytterligare i och med att kringskurna rättigheter för gömda barn motiveras med hänvisning till statens rätt att kontrollera invandring. Det är skillnad mellan de som har rätt och de som inte har rätt att stanna i ett land.

Referenser

- Andersson, Hans (2003) *Flyktingpolitiken i framtidens EU*, Stockholm. Sieps-rapport.
- Asylum statistics United Kingdom 2004. Heath, Tina & Jeffries, Richard. National Statistics. 2005. [<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb1305.pdf>]
- Appelqvist, Maria (1999) Responsibility in transition. A Study of Refugee Law and Policy in Sweden. Umeå. Department of Sociology, Umeå University.
- Benhabib, Seyla (2002) *Jämlikhet och mångfald. Demokrati och medborgarskap i en global tidsålder*. Göteborg: Daidalos.
- Bexell (2001) Globalisering, internationell politik och humanitära normer. i Jönsson, Jerneck och Sternlo (red) *Politik i Globaliseringens tid*. Lund: Studentlitteratur.
- Brettell, Caroline and Hollifield, James (eds) (2001) *Migration Theory. Talkning across disciplines*. New York. Routledge.
- Bushs immigranlag splittrar republikaner*, Dagens Nyheter, 17 maj 2006.
- Castles, Stephen and Miller, Mark (eds) (2003) *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World. Third Edition*. London: Palgrave MacMillan Ltd.
- Control of Immigration: Statistics United Kingdom 2004. Home Office. [<http://www.official-documents.co.uk/document/cm66/6690/6690.pdf>] (2006-03-15)
- DN Debatt: Eriksson, Anneli, Larsson, Thorbjörn och Westerberg, Bengt [<http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=572&a=492847&previousRenderType=1>] (2005-11-25).
- Department of Health, Entitlements. [<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/International/AsylumSeekersAndRefugees/fs/en>] (2006-04-11)
- Department of Health (2003) *Proposed amendments to the National Health Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 1989 a consultation*. [<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/80/85/04108085.pdf>]
- Department of Health (2003) *Caring for dispersed asylum seekers: a resource pack*. [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4010379&chk=fsxJo5] (2006-04-16)
- Department of Health (2004) *Proposals to Exclude Overseas Visitors from Eligibility to Free NHS Primary Medical Services*. [http://www.dh.gov.uk/Consultations/ClosedConsultations/ClosedConsultationsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4087618&chk=YG1MPH] (2006-04-04)]
- Department of Health/FID-RP (april 2004) *Implementing the Overseas Visitors Hospital Charging Regulations. Guidance för NHS Trust Hospitals in England*.
- Department of Health, Policy and Guidance, International, Overseas visitors (2006-03-13). [http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/International/OverseasVisitors/OverseasVisitorsBrowsableDocument/fs/en?CONTENT_ID=4099060&MULTIPAGE_ID=4955480&chk=gj/4gG]
- Ekot, P1 (2005-11-30).
- Ekström, Jens (2004) Restriktiv flyktingpolitik? En analys av flyktingpolitiken i Sverige mellan 1990 -2003. Statsvetenskapliga institutionen. Göteborgs Universitet.
- Eriksson, Johanna och Henriksson, Helena, (1997) Asylsökande och barn som är gömda familjer i samhället och vården. Stockholm. Centrum för barn & ungdomshälsa.
- Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wägerud (2003) *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Andra upplagan. Stockholm. Nordstedts Juridik.
- FN:s konvention om barnets rättigheter. [<http://www.bo.se/adfinity.aspx?pageid=44#3>] (2006-02-28).
- From immigration controls to welfare controls* (2002), edited by Cohen, Steve, Humphries, Beth and Mynott, Ed, London. Routledge.
- Geddes Andrew (2003), *The politics of migration and immigration in Europe*. London, Sage Publications.
- George Alexander, L. and McKeown, Timothy J. (1985), Case Studies and Theories of Organizational Decision Making, in Robert F. Coulam and Richard A. Smith (eds.) *Advances in Information Processing in Organizations*. London: JAI Press Inc.
- Global Commission on International Migration (GCIM): [<http://test.gcim.org/attachements/GCIM%20RELEASE.pdf>] (2005-11-30). [<http://www.gcim.org/attachements/Migration%20at%20a%20glance.pdf>] (2005-11-30).
- Guiraudon, Virgine and Lahav, Gallya (2000) A reappraisal of the state sovereignty debate. The case of migration control. i *Comparative Political Studies* Vol 33. No 2 (163-195).
- Health Care for Undocumented Migrants. Germany, Belgium, The Netherlands, United Kingdom (2001)*. Report by PICUM, editor: Nele Verbruggen. Antwerp. De Wrikker.
- Home Office (2005) *Processing Applications From Children*, 3rd edition. [http://www.ind.homeoffice.gov.uk/ind/en/home/laws___policy/operational_processes/chapter_5_-_special/processing_applications.html] (2006-04-16)
- Home Office, (2002) *Secure Borders, Safe Haven: Integration with Diversity in Modern Britain* (CM 5387) [<http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/cm53/5387/cm5387.pdf>].

- Home Office, *Immigration Rules, Part 1: General provisions regarding leave to enter or remain in the United Kingdom*. [http://www.ind.homeoffice.gov.uk/ind/en/home/laws_policy/immigration_rules/part_1.html] (2006-05-04).
- Ingen människa är illegal [<http://www.ingenillegal.org/organisation.html>] (2005-11-30)
- Jacobsen, David (1996) *Rights Across Borders*. The John Hopkins University Press. London.
- Joly, Danièle (2002) (red) *Global Changes in Asylum Regimes*. London: Palgrave MacMillan Ltd.
- Joppke, Christian (2001) The Legal Domestic Sources of immigrant rights. The United States, Germany and the European Union. i *Comparative Political Studies* vol 34;no 4 (339 -363).
- Joppke, Christian (1999) How immigration is changing citizenship: a comparative view. i *Ethnic and Racial Studies*. Vol 22 July (629-652)
- Joppke, Christian (1998) Why liberal states accept unwanted immigration i *World Politics* 50.2 (266-293).
- Karlsson, Lars (2003) *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*. Göteborg. CEFOS.
- Kjærum, Morten (2002) Refugee Protection Between State Interest and Human Rights: Where is Europe Heading? i *Human Rights Quarterly* 24(2002) 513-536.
- Landstingsförbundet (2004) *Vård av personer från andra länder. Sammanställning av bestämmelser om finansiering vid Försäkringskassan, Migrationsverket, patienten och landstingen*. Tredje upplagan. Stockholm. Landstingsförbundet.
- Läkare utan gränser: studie Gömda i Sverige [<http://www.lakareutangranser.se/files/StudieGomdaSverige.pdf>] (2005-11-30)
- Migrationsverket, faktablad "Viktiga ändringar i utlänningslagen från 31 mars, 2006". [http://www.migrationsverket.se/infomaterial/om_verket/viktiga_andringar_sv.pdf] (2006-03-30).
- Motion 1986/87: Sf 505 *Flyktingpolitiken* (vpk)
- Motion 1988/89: Sf 502, *Generösare invandrar- och flyktingpolitik* (fp)
- Motion 1988/89: Sf 511 *Flyktingpolitiken* (vpk)
- Motion 1989/90: So52, *med anledning av prop 1989/90:107 Godkännande av FN-konventionen om barnets rättigheter* (fp)
- Motion 1990/91: Sf 646 *Invandrar och flyktingpolitik* (fp)
- Motion 1992/93: Sf 22, *med anledning av skriv. 1992/93:157 Invandrar- och flyktingpolitiken* (nyd)
- Motion 1997/98: Sf13, *med anledning av skr. 1997/98:23 Invandrings- och flyktingpolitiken* (v)
- Motion 2000/01 Sf274, *Ett samhälle för barnen*. (mp)
- National Assembly for Wales, Votes and Proceedings for Tuesday, 25th May 2004, Second Assembly Plenary Meeting (71). [http://www.wales.gov.uk/servlet/VotesAndProceedings?area_code=37D68FE400052C5200000F750000000&document_code=N000000000000000000000000000000021029&month_year=512004&p_arch=post&module=dynamicpages]
- National Assembly for Wales, The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Amendment) (Wales) Regulations 2004 - Memorandum of Corrections- LD2936 . Laid before Assembly 25th of May, into force 31st of May 2004. [<http://www.wales.gov.uk/assemblydata/N000000000000000000000000000000020851.rtf>]
- Norredam, Marie, Mygind, Anna och Krasnik, Allan (2005) "Access to health care for asylums seekers in the European Union – a comparative study of country policies." i *The European Journal of Public Health* Advance Access published October 17, 2005.
- Office of Public Sector Information [<http://www.opsi.gov.uk/advice/publishing-guidance/statutory-instrument-practice.htm>] (2006-04-03)
- P1 morgon 1/12 2005 kl. 08.15.
- Proposition 1983/84:124 *om mottagande av flyktingar och andra asylsökande m.m.*
- Proposition 1988/89:5, *Om förslag om ny smittskyddslag*.
- Proposition 1993/94:94, *Mottagande av asylsökande m.m.*
- Proposition 1999/2000:1, *Budgetproposition*.
- Refugees, Citizenship and Social Policy in Europe* (1999) edited by Bloch, Carol and Levy, Carl, London. Macmillan Press Ltd.
- Regeringens hemsida: [www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/040414/65628456c55c5444dfc7beca3d6f26f6/konventioner%5fkomplet.pdf] (2006-03-02).
- Remissvar, Rädda barnen <http://www.rb.se/sv/Aktuellt/Remissvar/Remissvarpaforslagtillagomhalsovardforasylsokande.htm> (2006-01-05).
- Utskottsbetänkande: 1986/87 SfU15 *Om invandring m.m.*
- Utskottsbetänkande: 1987/88 SfU21 *Om invandring m.m.*
- Utskottsbetänkande: 1988/89 SfU17 *Invandring*.
- Utskottsbetänkande: 1989/90, SfU 25 *Förläggningsskostnader m.m.*
- Utskottsbetänkande: 1989/90 SoU28 *Godkännande av FN-konventionen om barnets rättigheter*.
- Utskottsbetänkande: 1990/91: Sf U13 *Invandring m.m.*
- Utskottsbetänkande 1992/93: SfU11, *Invandring m.m.*

- Utskottsbetänkande 1992/93: SfU7, *Invandrar och flyktingpolitiken*.
- Utskottsbetänkande 1997/98: SfU2, *Anslag inom utgiftsområde 8 Invandrare och flyktingar m.m.*
- Utskottsbetänkande 1998/99: SoU6, *Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige m.m.*
- Utskottsbetänkande 2000/0:SfU2, *Anslag inom utgiftsområde 8 Invandrare och flyktingar*.
- Utskottsytrande: 1989/90 SfU3y *FN-konventionen om barnets rättigheter*.
- Utskottsytrande: 1998/99: SfU2y, *Strategi för att förverkliga FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige*.
- SFS 1979:1120, *Förordningen om ersättning för socialhjälp till flyktingar m.fl*
- SFS 1984:683 *Förordningen om statligt ersättning för mottagande av flyktingar och vissa andra utlänningar*.
- SFS 1994:734 *Förordning om ändring i förordningen (1990: 927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.*
- Socialstyrelsen, Allmänna råd från Socialstyrelsen 1985:4, *Hälsovård för flyktingar och asylsökande*, Stockholm.
- Socialstyrelsen, Allmänna råd från Socialstyrelsen 1988:8, *Hälsovård för flyktingar och asylsökande*, Stockholm.
- Socialstyrelsen, Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:20 *Hälsokontroll av bl.a. adoptivbarn från utlandet*. Stockholm.
- Socialstyrelsen, När barn lever gömda (1999:5), [<http://www.sos.se/sos/publ/referat/sr9905.htm>]
- SOU 1997:116, *Barnets Bästa i främsta rummet. FN:s konvention om barnets rättigheter i Sverige*.
- Sveriges kommuner och landsting, webbnyhet 2005-11-30, *Sjukvård åt gömda flyktingar*.
[<http://www.skl.se/artikel.asp?A=19024&C=361>]
- Soysal, Yasemin Nuhoglu (1996) Changing Citizenship in Europe: Remarks on Postnational membership and the national state. i Ceserani and Fulbrook (eds) *Citizenship, Nationality and migration in Europe*. London: Routledge.
- The Scottish Parliament, Executive note national health service, *The National Health Service (Charges to Overseas Visitors) (Scotland) Amendment Regulations 2004* (S.S.I. 2004)
- The Scottish Parliament, *Health Committee Official Report* 28 September 2004, Col 1223.
[<http://www.scottish.parliament.uk/business/committees/health/or-04/he04-2102.htm>]
- United Nations Treaty Collection [http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/treaty15_esp.htm] (2006-03-02).
- UD2000/350/MAP, *Protokoll vid regeringssammanträde*.

Appendix

FN:s konvention om barnets rättigheter

Artikel 2

1. Konventionsstaterna skall respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess föräldrars eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, handikapp, börd eller ställning i övrigt.

2. Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

Artikel 3

1. Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.

2. Konventionsstaterna åtar sig att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har lagligt ansvar för barnet, och skall för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftnings- och administrativa åtgärder.

3. Konventionsstaterna skall säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för vård eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal, och lämplighet samt behörig tillsyn.

Artikel 4

Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i denna konvention. I fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter skall konventionsstaterna vidta sådana åtgärder med utnyttjande till det yttersta av sina tillgängliga resurser och, där så behövs, inom ramen för internationellt samarbete.

Artikel 22

1. Konventionsstaterna skall vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att ett barn som söker flyktingstatus eller anses som flykting i enlighet med tillämplig internationell eller nationell rätt och tillämpliga förfaranden och oberoende av om det kommer ensamt eller är åtföljt av sina föräldrar eller någon annan person, erhåller lämpligt skydd och humanitärt bistånd vid åtnjutandet av de tillämpliga rättigheter som anges i denna konvention och i andra internationella instrument rörande mänskliga rättigheter eller humanitär rätt, som nämnda stater tillträtt.

2. För detta ändamål skall konventionsstaterna, på sätt de finner lämpligt, samarbeta i varje ansträngning som görs av Förenta nationerna och andra behöriga mellanstatliga organisationer eller icke-statliga organisationer, som samarbetar med Förenta nationerna, för att skydda och bistå ett sådant barn och för att spåra föräldrarna eller andra familjemedlemmar till ett flyktingbarn i syfte att erhålla den information som är nödvändig för att barnet skall kunna återförenas med sin familj. I så fall då föräldrar eller andra familjemedlemmar inte kan påträffas, skall barnet ges samma skydd som varje annat barn som varaktigt eller tillfälligt berövats sin familjemiljö av något skäl, i enlighet med denna konvention.

Artikel 24

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.

2. Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att,

(a) minska spädbarns- och barnadödligheten;

(b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården;

(c) bekämpa sjukdom och undernäring, däri inbegripet åtgärder inom ramen för primärhälsovården, genom bl a utnyttjande av lätt tillgänglig teknik och genom att tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär;

(d) säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen;

(e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper:

(f) utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.

3. Konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.

4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn skall härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Källa:

Barnombudsmannen: [<http://www.bo.se/adfinity.aspx?pageid=44#22> (2006-03-30)]