



JURIDISKA FAKULTETEN

VID LUNDS UNIVERSITET

Julia Odd

Vård som inte kan anstå

En analys av begreppet i förhållande till Sveriges internationella
åtaganden om hälso- och sjukvård för papperslösa

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet

30 högskolepoäng

Handledare: Yana Litins'ka

Termin: HT2023

Innehåll

| | |
|--|----|
| Summary | 4 |
| Sammanfattning | 6 |
| Förord | 8 |
| Förkortningar | 9 |
| 1 Inledning | 11 |
| 1.1 Bakgrund | 11 |
| 1.2 Syfte och frågeställningar | 12 |
| 1.3 Avgränsningar | 12 |
| 1.4 Metod och material | 13 |
| 1.5 Forskningsläge | 17 |
| 1.6 Disposition | 18 |
| 2 Papperslösa i Sverige | 20 |
| 2.1 Introduktion | 20 |
| 2.2 Vilka är papperslösa? | 20 |
| 2.3 Papperslösas sårbarhet i förhållande till hälsa | 21 |
| 3 Hälsa- och sjukvård för papperslösa i Sverige | 24 |
| 3.1 Introduktion | 24 |
| 3.2 Översikt över den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen för papperslösa | 24 |
| 3.3 Bakgrund till ”vård som inte kan anstå” | 26 |
| 3.4 Tolkning av begreppet med hjälp av förarbeten och myndighetsuttalanden | 27 |
| 3.5 Sammanfattning | 30 |
| 4 Rätten till hälsa för papperslösa | 31 |
| 4.1 Introduktion | 31 |
| 4.2 Rätten till hälsa i svensk lagstiftning | 31 |
| 4.3 Civila och socioekonomiska rättigheter | 32 |
| 4.4 Europarådets konventioner | 33 |
| 4.4.1 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (EKMR) | 33 |
| 4.4.2 Europeiska sociala stadgan (reviderad) (ESC) | 38 |
| 4.4.2.1 Introduktion | 38 |
| 4.4.2.2 Tillämpliga artiklar | 39 |
| 4.4.2.3 ESC:s tillämpning på papperslösa | 41 |
| 4.5 FN:s konventioner | 44 |
| 4.5.1 Internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR) | 44 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.5.2 | Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR) | 47 |
| 4.6 | Sammanfattning..... | 50 |
| 4.7 | ”Vård som inte kan anstå” i förhållande till internationella åtaganden | 51 |
| 5 | ”Vård som inte kan anstå” bland regionerna | 56 |
| 5.1 | Introduktion | 56 |
| 5.2 | Vård utöver den lagstadgade | 56 |
| 5.2.1 | Enkät svar | 56 |
| 5.2.2 | Erbjuden vård i förhållande till nationella och internationella krav | 58 |
| 5.3 | Regionernas riktlinjer kring ”vård som inte kan anstå” | 59 |
| 5.3.1 | Enkät svar | 59 |
| 5.3.2 | Regionernas riktlinjer i förhållande till nationella och internationella krav | 62 |
| 5.4 | Aktiva åtgärder för hälso- och sjukvårdspersonalens ökade kunskap 64 | |
| 5.4.1 | Enkät svar | 64 |
| 5.4.2 | Regionernas åtgärder i förhållande till nationella och internationella krav | 65 |
| 6 | Avslutande sammanfattning | 68 |
| 6.1 | Introduktion | 68 |
| 6.2 | Vilken vård omfattas av begreppet ”vård som inte kan anstå”? 68 | |
| 6.3 | Hur omfattande är rätten till hälsa för papperslösa?..... | 69 |
| 6.4 | Hur förhåller sig regionernas riktlinjer och tillvägagångssätt till nationell och internationell rätt?..... | 71 |
| 6.5 | Avslutning | 72 |
| | Käll- och litteraturförteckning..... | 73 |

Summary

People staying in Sweden without permit – undocumented migrants – have, according to the Act (2013:407) on health care for certain foreigners who are staying in Sweden without necessary permits, a right to receive limited health care. Among other things, Swedish regions must offer this group “care that cannot be deferred”. This wording has been criticized by medical professionals, organizations, and authorities for being difficult to define and colliding with the professional ethical requirements of health care personnel to work for good care on equal terms for all.

The purpose of the essay is therefore to analyze the concept of “care that cannot be deferred” and to examine how the regulation relates to Sweden’s international commitments regarding human rights law. The questions about which care is covered by the concept of “care that cannot be deferred” and what right to health and medical care undocumented adults must be assured according to international human rights conventions, are answered by using a legal dogmatic method. An empirical method is then used to examine all the Swedish regions’ guidelines regarding the assessment of “care that cannot be deferred”. The regions’ approach is finally analyzed in relation to the requirements that can be placed on healthcare for undocumented migrants according to the national and international law presented earlier in the essay.

The concept of “care that cannot be deferred” originally referred only to care for asylum-seeking migrants but came, through Act (2013:407), to also refer to undocumented migrants. This, among other things, to better fulfill Sweden’s international commitments. The care to be offered is, according to the preparatory work and authorities’ statements, not limited to emergency medical care, but also includes follow-up interventions, aids, and certain preventive treatment. The final assessment of which care is included in “care that cannot be deferred” is always placed upon the individual treating doctor. The essay’s analysis presents both pros and cons of this legislative solution.

Although the right to health is a socio-economic right, its minimum level is also affected by some fundamental civil rights. Both the UN and the Council of Europe’s committees have stated that all people, regardless of irregular status, have an immediate right to healthcare if the right to life or the prohibition of torture is compromised. It is not possible to give more concrete examples of when the right to health has been violated, since it depends on both medical and social factors, including the patient’s age, economic resources, and gender. In summary, however, as a minimum level according to international human rights law, undocumented persons must be guaranteed health care that prevents serious threats to basic human rights. This care must not only refer to urgent medical care but must also extend to more general primary care. The essay concludes that Sweden’s concept of “care that cannot be deferred” meets the international minimum requirements.

Finally, the regions' replies to the empirical survey are presented and analyzed. These show that the care offered complies with national and international requirements. There is however room for improvement. Not all regions have established guidelines for the assessment of "care that cannot be deferred", which could otherwise facilitate the fulfillment of the principles of legality and objectivity in public law. National law does not oblige the regions to actively work to spread knowledge about care for undocumented migrants among the healthcare staff, but the state must, according to its international commitments, constantly work for everyone's right and access to the best possible health in practice. Active measures are therefore highlighted in the essay as a way to meet this state requirement.

Sammanfattning

Personer som vistas i Sverige utan tillstånd, papperslösa, har enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd, rätt att erhålla en begränsad hälso- och sjukvård. Bland annat ska regioner erbjuda gruppen ”vård som inte kan anstå”. Begreppet har av yrkesverksamma, frivilligorganisationer och myndigheter kritiserats för att vara svårdefinierat och kollidera med hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesetiska krav att verka för en god vård på lika villkor.

Uppsatsens syfte är därför att analysera begreppet ”vård som inte kan anstå” samt undersöka hur regleringen förhåller sig till Sveriges internationella åtaganden avseende mänskliga rättigheter. Frågorna om vilken vård som omfattas av begreppet ”vård som inte kan anstå” och vilken rätt till hälso- och sjukvård vuxna papperslösa ska tillförsäkras enligt internationella konventioner om mänskliga rättigheter, besvaras genom användandet av en rättsdogmatisk metod. En empirisk metod används sedan för att undersöka samtliga av Sveriges regioners riktlinjer avseende bedömningen av ”vård som inte kan anstå”. Regionernas tillvägagångssätt analyseras slutligen i förhållande till de krav som kan ställas på hälso- och sjukvård för papperslösa enligt den nationella och internationella rätt som presenterats tidigare i uppsatsen.

Begreppet ”vård som inte kan anstå” avsåg ursprungligen enbart vård för asylsökande, men kom genom lag (2013:407) att avse även papperslösa. Detta bland annat för att bättre uppfylla Sveriges internationella åtaganden. Vården som ska erbjudas är enligt förarbeten och myndighetsuttalanden inte begränsad till akutsjukvård, utan omfattar även följdinsatser, hjälpmedel och viss förebyggande behandling. Den slutliga bedömningen av vilken vård som inkluderas i ”vård som inte kan anstå” faller alltid på den enskilda behandlande läkaren. Uppsatsens analys presenterar både för- och nackdelar med denna utformning av lagstiftningen.

Trots att rätten till hälsa är en socioekonomisk rättighet, påverkas dess miniminivå också av en del grundläggande civila rättigheter. Både FN:s och Europarådets kommittéer har konstaterat att alla människor, oavsett juridisk status, omedelbart har rätt till hälso- och sjukvård om rätten till liv eller förbudet mot tortyr äventyras. Det går inte att ge mer konkreta exempel på när rätten till hälsa kränkts, eftersom det är beroende av både medicinska och sociala faktorer hos den enskilde, däribland patientens ålder, ekonomi och kön. Sammanfattningsvis ska papperslösa som miniminivå enligt internationell rätt garanteras hälso- och sjukvård som förhindrar allvarligt hot mot grundläggande mänskliga rättigheter. Denna vård får inte avse enbart akutsjukvård utan ska även sträcka sig till mer allmän primärvård. Uppsatsen konstaterar att Sveriges begrepp ”vård som inte kan anstå” uppfyller de minimikrav som ställs.

Avslutningsvis presenteras och analyseras regioners svar på den empiriska enkätundersökningen. Denna visar att vården som erbjuds överensstämmer med nationella och internationella krav. Det finns emellertid utrymme för förbättringar. Inte alla regioner har upprättat riktlinjer för bedömningen av ”vård som inte kan anstå”, vilket annars skulle underlätta uppfyllandet av de offentligrättsliga legalitets- och objektivitetsprinciperna. Nationell rätt ålägger inte regionerna att arbeta aktivt för att sprida kunskap om vård för papperslösa bland vårdpersonalen, men staten måste enligt sina internationella åtaganden ständigt arbeta för allas rätt och tillgång till bästa möjliga hälsa i praktiken. Aktiva åtgärder belyses därför i uppsatsen som ett sätt att möta detta statliga krav.

Förord

Fyra och ett halvt år är en lång tid, men ändå har det gått så fort. Efter mina nio terminer i Lund finns några särskilda som bör tackas.

Tack till Yana Litins'ka för ditt engagemang som handledare och alla intressanta diskussioner om medicinsk rätt och annat.

Tack till alla mina fina vänner, både studenter och andra! Tiden i Lund hade inte varit densamma utan er.

Tack till alla kollegor jag fått äran att lära känna. Ni har lärt mig otroligt mycket.

Framförallt vill jag rikta ett riktigt stort tack till min familj. Mamma och pappa, som alltid bara är ett telefonsamtal bort. Men särskilt Elsa, som under de senaste fem terminerna gjort studietiden i Lund så många gånger mycket mer händelserik än vad den varit tidigare.

Lund, januari 2024

Julia Odd

Förkortningar

| | |
|-----------------|--|
| AAAQ | Accessibility, availability, acceptability, and good quality |
| Bet. | Betänkande |
| Ds. | Departementsserien |
| EKMR | Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, SÖ 1952:35 |
| ESC | Europeisk social stadga (reviderad), Strasbourg 3 maj 1996, SÖ 1998:35 |
| ESK-kommittén | Förenta nationernas kommitté för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna |
| EU | Europeiska unionen |
| Europakommittén | Europeiska kommittén för sociala rättigheter |
| FN | Förenta nationerna |
| HFD | Högsta förvaltningsdomstolen |
| HSL | Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) |
| ICCPR | Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, New York 16 december 1966, SÖ 1971:42 |
| ICESCR | Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, New York 16 december 1966, SÖ 1971:41 |
| IVO | Inspektionen för vård och omsorg |
| Lag (2008:344) | Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. |

| | |
|----------------|---|
| Lag (2013:407) | Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd |
| MR-kommittén | Förenta nationernas kommitté för mänskliga rättigheter |
| PL | Patientlag (2014:821) |
| Prop. | Proposition |
| RÅ | Regeringsrättens årsbok |
| SKR | Sveriges Kommuner och Regioner |
| Smer | Statens medicinsk-etiska råd |
| SoL | Socialtjänstlag (2001:453) |
| SOU | Statens offentliga utredningar |

1 Inledning

1.1 Bakgrund

För strax över ett decennium sedan trädde lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (hädanefter lag (2013:407)) i kraft. Genom lagen erhöll papperslösa¹ i Sverige rätt till hälso- och sjukvård på samma villkor som gällt för asylsökande migranter. Detta innefattar bland annat rätt till ”vård som inte kan anstå”.² Det juridiska begreppet har emellertid kritiserats av yrkesverksamma, frivilligorganisationer och myndigheter för att sakna tydlig definition. Oklarheten riskerar enligt kritiken att leda till godtyckliga beslut bland vårdpersonal samt oförutsägbarhet för papperslösa som söker vård. Bedömningen av vad som utgör ”vård som inte kan anstå” riskerar också enligt kritikerna att kollidera med de yrkesetiska krav hälso- och sjukvårdspersonal har att förhålla sig till.³

Det saknas i nuläget tillförlitlig statistik gällande mängden papperslösa som befinner sig i Sverige. År 2010 uppskattade Socialstyrelsen antalet till mellan 10 000–50 000 personer.⁴ Sedan dess har betydligt fler asylsökande och andra migranter anlänt till Sverige, vilket gör att antalet papperslösa sannolikt nu har vuxit.⁵ Detta delvis på grund av ökad invandring parallellt med att möjligheten för utlänningar att lagligen migrera till och bosätta sig i europeiska länder gradvis begränsats.⁶

Volontärer på mottagningar vittnar om att papperslösa patienter fortfarande år 2023 ofta nekas vård hos instanser de remitteras till, trots att de har laglig rätt till vården. I andra fall kan de papperslösa exempelvis tvingas betala för vården, när den rätteligen ska vara subventionerad.⁷ Risken blir att papperslösa då avstår från att söka vård alls. I ett antal fall genom åren har nekande av vård på grund av okunskap kring begreppet ”vård som inte kan anstå” lett till förvärrade sjukdomstillstånd hos patienter, i form av exempelvis obehandlad diabetes, längre fortskriden cancer, partiell blindhet och hjärtstopp.⁸

Redogörelserna föranleder frågan om hur begreppet ”vård som inte kan anstå” ska tolkas enligt gällande rätt. Viss vägledning kan hittas i förarbeten och myndighetsbeslut, men det är även av intresse att undersöka vilken rätt till

¹ Se definition i avsnitt 2.2.

² 7 § lag (2013:407).

³ Se till exempel prop. 2007/08:105 s. 29; Socialstyrelsen (2014) s. 18; Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) beslut dnr 8.2-35696/2013-26, s. 6; Kisswani och Lönnberg (2018); Dahlgren Ekegren och Dolietis (2018) s. 6 och 10 ff.; och Rätt till vård-initiativet (2014).

⁴ Socialstyrelsen (2010) s. 270.

⁵ Prop. 2020/21:159 s. 10 f.

⁶ Boeles m.fl. (2014) s. 25.

⁷ Cederberg (2023).

⁸ IVO:s beslut dnr 8.2-35696/2013-26; IVO:s beslut dnr 8.2-36521/2015-15; och Blume (2022).

hälso- och sjukvård som papperslösa besitter enligt de internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter som Sverige ingått. Med anledning av den kritik som myndigheter, frivilligorganisationer och yrkesverksamma riktat mot begreppet finns också ett intresse i att få ett perspektiv på vilken vård olika regioner erbjuder papperslösa och hur, eller om, de instruerar vårdgivare att tolka ”vård som inte kan anstå”. De många frågor som begreppet ger upphov till visar på ett forskningsbehov, vilket kommer specificeras i följande avsnitt.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att analysera begreppet ”vård som inte kan anstå” i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning om vård för papperslösa, samt undersöka hur regleringen förhåller sig till Sveriges internationella åtaganden avseende mänskliga rättigheter. För att uppnå syftet avses följande frågeställningar att besvaras:

1. Vilken vård omfattas av begreppet ”vård som inte kan anstå” i lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd?
2. Vad är den materiella innebörden av papperslösas rätt till hälso- och sjukvård enligt Europakonventionen om mänskliga rättigheter⁹ (EKMR), Europeiska sociala stadgan (reviderad)¹⁰ (ESC), FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter¹¹ (ICCPR) och FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter¹² (ICESCR)?
3. Vilka riktlinjer kring hälso- och sjukvård för papperslösa används i olika regioner och hur förhåller sig regionernas olika tillvägagångssätt till de nationella och internationella krav som ställs?

1.3 Avgränsningar

Enligt 6 § lag (2013:407) ska papperslösa som inte fyllt 18 år erbjudas samma vård som andra barn bosatta inom regionen. Även internationell rätt ställer högre krav på rätten till hälsa för barn under 18 år.¹³ Bedömningen av vilken

⁹ Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Rom 4 november 1950, SÖ 1952:35; se även lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

¹⁰ Europeisk social stadga (reviderad), Strasbourg 3 maj 1996, SÖ 1998:35.

¹¹ Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, New York 16 december 1966, SÖ 1971:42.

¹² Internationell konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, New York 16 december 1966, SÖ 1971:41.

¹³ Se bl.a. *preamble*, samt artikel 2 och 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter, Convention on the Rights of the Child, New York 20 november 1989, SÖ 1990:20; se även

typ av vård som ska erbjudas vuxna papperslösa är mindre självklar, varför detta arbete endast omfattar frågor om hälso- och sjukvård för papperslösa över 17 år.

Avseende undersökningen av papperslösas rätt till hälso- och sjukvård enligt internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter, görs viss avgränsning. Först görs en avgränsning till enbart överenskommelser som Sverige ratificerat, med anledning av att uppsatsen förhåller sig till papperslösa i landet. Därför kommer exempelvis inte migrantarbetarkonventionen¹⁴ eller biomedicinkonventionen¹⁵ att behandlas. Utredningen begränsas i sin tur uttryckligen till EKMR, ESC, ICCPR och ICESCR eftersom konventionerna visat sig ha särskild relevans för papperslösas rätt till hälsa.

Uppsatsen berör inte EU-rätt. Rätten till hälsa erkänns i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna, men gäller enbart inom EU-rättens tillämpningsområde.¹⁶ Vilken hälso- och sjukvård papperslösa ska erbjudas faller för närvarande utanför unionens kompetens.

I övrigt avgränsar sig uppsatsen genom frågeställningarna till att enbart behandla ”vård som inte kan anstå” och inte de andra vårdkategorierna som papperslösa har rätt till enligt lag (2013:407), det vill säga mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Avgränsningen görs eftersom begreppet ”vård som inte kan anstå” är det som har minst detaljerad definition och är det som verkar föranleda störst problem i praktiken. Forskningsmaterialet kring begreppet är också det mest omfattande, i jämförelse med de andra typerna av vård. Det bör emellertid noteras att ”vård som inte kan anstå” kan påverka tolkningen av de andra begreppen och bli relevant i fråga om exempelvis vilken slags mödrahälsovård en papperslös patient ska erbjudas. Det går således inte att dra en helt tydlig gräns mellan vårdkategorierna.

1.4 Metod och material

För att uppnå syftet med uppsatsen används en rättsdogmatisk metod, med ett inslag av empirisk metod. Den rättsdogmatiska metoden avser främst att besvara frågor kring vad som utgör gällande rätt genom användandet av allmänt accepterade rättskällor.¹⁷ Frågeställningarna kring papperslösas rätt till hälsa

lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Se också Europakommittén, *International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) v. France*.

¹⁴ FN:s konvention för skydd av migrantarbetares och deras familjers rättigheter, International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, New York 18 december 1990, UNTS volym 2220 s. 3.

¹⁵ Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Medicine, Oviedo 4 april 1997, CETS 164.

¹⁶ Artikel 51 EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna.

¹⁷ Kleinman (2018) s. 21.

och begreppet ”vård som inte kan anstå” kräver en sådan analys av gällande rätt för att kunna besvaras.

Den metod som används i arbetet ämnar även att öppna upp för löpande självständig analys och eventuell kritik av rättsläget.¹⁸ Anledningen till valet av en mer öppen argumentation i kontrast till en som är mer bunden till rättskällor är dels för att skapa mer fördjupning i uppsatsen och dels för att det kvarstår en del osäkerheter i rättsläget sett till de primära rättskällorna. Det finns således inte ett tydligt svar att hämta, utan uppsatsen kräver ett självständigt förhållningssätt till de källor som används, som befinner sig längre ned i rättskällehierarkin. Exempel på detta är juridisk litteratur och icke bindande uttalanden från exempelvis olika internationella kommittéer. En löpande analys ges därför i samband med information från rättskällorna, för att ge en mer nyanserad och fördjupad bild av rättsläget.

Kopplat till den tredje frågeställningen används en empirisk metod för redovisning av besvarade enkätfrågor och observationer.¹⁹ Metoden används för att exemplifiera praktiska vårdhinder och problem samt få svar på hur regioner kan hantera sitt vårdansvar på olika sätt. Den tredje frågeställningen kan inte besvaras enbart genom att studera tillgängliga rättskällor, utan kräver en empirisk undersökning av regionernas förhållningssätt till lagstiftningen. Utöver undersökningssvaren krävs även en löpande analys, precis som för övriga frågeställningar. Som del av metoden har enkätfrågor e-postats till alla Sveriges regioner. Frågorna som ställts är följande:²⁰

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma ”vård som inte kan anstå”? Om ja, bifoga gärna dessa.
2. Erbjuder regionen vård utöver ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa? Om ja, vilken vård erbjuds?
3. Arbetar regionen på något sätt aktivt med att söka säkerställa och stärka vårdpersonalens kunskap om vård för papperslösa? I sådana fall; på vilket sätt?

Alla tre frågor ställs för att se hur regionernas olika tillvägagångssätt förhåller sig till de nationella och internationella krav som finns på hälso- och sjukvården för papperslösa. Första och tredje frågan har bakgrund i Socialstyrelsens rapportering om att information om skyldigheten att erbjuda vård som inte kan anstå till papperslösa ofta är svårtillgänglig, inkonsekvent och ibland

¹⁸ Kleinman (2018) s. 24 f. och 36 f.

¹⁹ Sandgren (2021) s. 57.

²⁰ Frågorna, samt regionernas svar, hittas i Bilaga A (fråga 1 och 2) och Bilaga B (fråga 3).

även missvisande.²¹ Det är därför av intresse att se vilka åtgärder som vidtas av regioner för att säkerställa att vårdpersonal besitter rätt kunskap på området, samt huruvida någon region ger mer detaljerad vägledning för de yrkesverksamma i hur ”vård som inte kan anstå” ska tolkas. Den andra frågan till regionerna avser att kartlägga huruvida någon region har valt att gå utöver den lagstadgade miniminivån av vård för papperslösa.

Då målet med den empiriska undersökningen var att få svar på enkätfrågorna från så många regioner som möjligt, delades frågorna upp. Fråga 1 och 2 ställdes vid den första kontakten med regionerna, medan fråga 3 ställdes som en följdfråga till de regioner som återkom med svar på fråga 1 och 2. Alla regioner besvarade fråga 1 och 2. Följaktligen ställdes också fråga 3 till samtliga regioner. Anledningen till att uppdelningen gjorts på detta sätt är att regionerna inte har en direkt skyldighet att arbeta aktivt med att stärka vårdpersonalens kunskap om vård för papperslösa. Det finns därför en risk att regioner möjligen inte vill uttala sig kring ett arbete som de inte uttryckligen åtagit sig att genomföra. Enligt min bedömning är fråga 3 också en mer öppen fråga, som kan visa sig mer tidskrävande att besvara. Skulle alla tre frågor ställas tillsammans finns därmed en risk för att regionerna skulle välja att inte besvara någon av dem. Genom att först ställa de mer raka frågorna 1 och 2 kunde de besvaras av samtliga regioner. 14 av 21 regioner valde sedan att även besvara följdfrågan.

Uppsatsens material består – utöver svaren på enkätfrågorna – av rättskällor i form av lag- och konventionstext, rättspraxis och förarbeten.²² Resultatet av den empiriska undersökningen ska inte ses som en rättskälla, utan enbart en exemplifiering och inblick i lagens praktiska tillämpning. Lagtexten som används, exempelvis lag (2013:407), har högst auktoritet i rättskälleläran, medan andra rättskällor är viktiga för att kunna tolka innebörden av lagtexten på annat sätt än genom ordalydelsen.²³ Trots att uppsatsens personkrets enbart omfattar papperslösa, används en del rättskällor och övrigt material som också behandlar vård för asylsökande. Detta eftersom förarbetena till lag (2013:407) uttryckligen hänvisar till användningen och definitionen av begreppet ”vård som inte kan anstå” i förarbetena till lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (hädanefter lag (2008:344)). Vård för asylsökande kan alltså bli relevant i sammanhanget, trots att asylsökande inte faller inom uppsatsens personkrets.

Gällande andra frågeställningen kring mänskliga rättigheter finns också viktigt material i form av vägledande information från granskande organ inom Europarådet och FN. Det finns fortfarande inte särskilt många avgöranden av kommittéerna för socioekonomiska rättigheter gällande klagomål från enskilda. Sådana klagomålsprocesser kan vidare bara inledas av enskilda i länder

²¹ Socialstyrelsen (2014) s. 7. Se också Statskontoret (2016) s. 7.

²² Kleineman (2018) s. 21.

²³ Ibid.

som ratificerat särskilda tilläggsprotokoll om enskildas klagorätt. Eftersom det inte finns särskilt många sådana avgöranden avseende rätten till hälsa behöver vägledning hämtas ur kommittéernas mer generella kommentarer. Dessa är till stor del icke bindande för stater, men besitter ändå särskild auktoritet bland konventionsstaterna avseende hur artiklar om mänskliga rättigheter bör tolkas.²⁴ Eftersom EKMR är ett levande instrument vars innehåll behöver tolkas i ljuset av samtiden,²⁵ är praxis från Europadomstolen också mycket viktig för att se hur artiklarna i EKMR ska förstås. Domarna därifrån är bindande, till skillnad från resterande granskande organs kommentarer.

I denna uppsats kommer de internationella konventionerna EKMR, ESC, ICCPR och ICESCR ha en särskild vikt. Jag väljer att se på den nationella rätten i ljuset av de överenskommelser om mänskliga rättigheter som Sverige ratificerat. EKMR är den enda av de nämnda konventionerna som inkorporerats i svensk rätt och kan tillämpas direkt av nationella domstolar och myndigheter. I och med Sveriges aktiva internationella åtaganden utgår jag i detta arbete från att svensk rätt utöver detta måste tolkas fördragskonformt i förhållande till *alla* avtal som staten ingått, eftersom Sverige har en folkrättslig plikt att följa konventionernas bestämmelser. Detta trots att det kan diskuteras huruvida en sådan fördragskonform tolkning faktiskt tillämpas bland domstolar och myndigheter i praktiken.²⁶ Med fördragskonform tolkning menas att nationella rättsregler så långt som möjligt ska tolkas i enlighet med internationella åtaganden.²⁷ Om innebörden av nationell rätt är oklar kan ratificerade internationella konventioner ibland användas för att bringa klarhet eller fylla luckor i den nationella lagstiftningen.²⁸ Detta förklarar varför det är av vikt att i arbetet analysera de fyra tidigare nämnda konventionerna och deras syn på rätten till hälsa för papperslösa; eftersom jag i arbetet utgår från att nationell rätt så långt som möjligt ska tolkas fördragskonformt i förhållande till alla konventioner Sverige ratificerat.

Även viss juridisk litteratur hänvisas till i arbetet för att lyfta fram olika analyser och ställningstaganden som gjorts i tidigare forskning. Till bakgrund och för att kunna besvara den tredje frågeställningen, används också ett antal icke-juridiska rapporter och artiklar av exempelvis frivilligorganisationer, för att komplettera den empiriska undersökning som gjorts och visa fler perspektiv på hur tillämpningen av gällande rätt ser ut i praktiken. Vidare hänvisas till ett antal mer empiriska studier kring papperslösa, utförda av yrkesverksamma och medicinska forskare. Gällande studierna ska särskilt poängteras

²⁴ Blake (2008) s. 8; Internationella domstolen i Haag (ICJ), *Ahmadou Sadio Diallo (Republic of Guinea v. Democratic Republic of the Congo)*, punkt 66; och *Angeleri* (2022) s. 45.

²⁵ Europadomstolen, *Tyrer v. the United Kingdom*, punkt 31. Se även Letsas (2012) s. 107 f.

²⁶ Zillén (2019) s. 107; prop. 2017/18:186 s. 70; och Bremdal, Grahn Farley och Reichel (2018) s. 4.

²⁷ Prop. 2017/18:186 s. 60 och 73; Ds. 2019:23 s. 4; och SOU 2020:63 s. 95 och 103.

²⁸ Ds. 2019:23 s. 61-62.

att papperslösa är en svår grupp att nå ut till och att få dem att medverka i undersökningar är lika svårt. Detta gör resultaten av studierna mer exemplifierande än representativa.

1.5 Forskningsläge

Inom svensk forskning är det värt att uppmärksamma en rapport från Statens medicinsk-etiska råd (Smer), som publicerades år 2020.²⁹ Rapporten fokuserar på frågeställningar kring hälso- och sjukvårdsinsatser för personer utan permanent uppehållstillstånd, där behandlingens varaktighet är längre eller där det finns behov av tillgång till viss eftervård. Personkretsen är således bredare än i denna uppsats och omfattar utöver papperslösa också asylsökande. Ämnet behandlades på begäran av representanter från läkarkåren, som efterfrågat juridisk och etisk vägledning. I rapporten inkluderas ett avsnitt om gällande svensk rätt, delvis baserat på en rättsutredning av Yana Litins'ka.³⁰ Denna rättsutredning syftar till att besvara frågor om organtransplantation till personer utan permanent uppehållstillstånd och innefattar en genomgång av relevant svensk och internationell rätt på området. Frågeställningarna i de båda publikationerna var således aningen smalare än i denna uppsats, eftersom de förhöll sig till just organtransplantation och vård med längre efterbehandling. I detta arbete undersöks ”vård som inte kan anstå” mer generellt, men endast i förhållande till papperslösa. Det görs också i stället mer av en djupdykning i de internationella konventionerna som berör rätten till hälsa och kompletterar detta med en empirisk undersökning av hur regionerna implementerat lag (2013:407) i praktiken.

En annan god översikt över det nationella rättsläget ges av Kavot Zillén i boken *Barn i välfärdsstatens utkant – om rätten till sjukvård för barn som är unionsmedborgare och som lever i ekonomisk utsatthet i Sverige*.³¹ Boken fokuserar särskilt på personkretsen EU-medborgare och behandlar därför unionsrätten mer ingående, men tar även upp en del om rätten till hälsa i exempelvis FN:s konvention om barnets rättigheter, ESC och ICESCR. Till skillnad från denna uppsats ligger bokens fokus emellertid bara på hälso- och sjukvård för barn och inte vuxna. Zillén har i boken också utgått mer från ett perspektiv av ekonomisk utsatthet, vilket inte behandlas i samma detalj i denna uppsats.

På det internationella planet gällande mänskliga rättigheter utkom Stefano Angeleri med sin bok *Irregular Migrants and the Right to Health*³² år 2022. Angeleris arbete undersöker papperslösas rätt till hälsa enligt internationella mänskliga rättigheter och går igenom ett antal olika konventioner på området, däribland de fyra som behandlas i denna uppsats. Angeleris arbete ger en bred

²⁹ Smer (2020).

³⁰ Litins'ka (2020).

³¹ Zillén (2019).

³² Angeleri (2022).

överblick över rätten till hälsa ur ett internationellt perspektiv, men saknar djupare nedslag i mer nationella lösningar.

En av de större empiriska undersökningarna som gjorts kring papperslösas levnadssituation har utförts av Lena M.C. Andersson, Anders Hjern och Henry Ascher. Rapporten publicerades i slutet av år 2018 och bygger på enkäter och psykologiska tester av 104 papperslösa i Stockholm, Göteborg och Malmö.³³ Resultatet visar att många papperslösa lever med en rädsla av att bli avslöjade och utvisade, vilket skapar stress, som i sin tur leder till ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa.

Under år 2021 kom de tre forskarna, tillsammans med analytikern Hatem Mona, med en ny rapport, vilken fokuserade mer på vilka vårdhinder papperslösa i Sverige möter.³⁴ För att visa de yrkesverksammas perspektiv på vårdhinder har exempelvis också en enkätstudie bland sjuksköterske- och läkarstudenter, samt praktiserande läkare gjorts i Västra Götalandsregionen, med mycket hög svarsfrekvens.³⁵ Denna visar en bristande kunskap om rätten till vård för papperslösa och asylsökande samt en önskan bland läkare att lära sig mer på området. Samtliga empiriska undersökningar är av stort intresse för att visa hur papperslösa och hälso- och sjukvårdspersonalen upplever regelverket i praktiken, men är inte skrivna ur ett rättsligt perspektiv. Denna uppsats avser föra samman den rättsdogmatiska och den empiriska metoden, för att komplettera varandra.

1.6 Disposition

Inledningsvis förklaras i *nästkommande kapitel* vilka migranter i Sverige som anses vara papperslösa samt på vilket sätt gruppen är särskilt sårbar när det kommer till deras hälsa. Det exemplifieras även kortfattat vilka typer av hinder papperslösa riskerar att möta på grund av denna sårbarhet och svårigheten för hälso- och sjukvårdspersonal att identifiera patienter som papperslösa.

I *tredje kapitlet* ges en översikt av den vård som erbjuds papperslösa i Sverige, begreppet ”vård som inte kan anstå” och dess tillkomst. För att försöka definiera dess innebörd för papperslösa granskas svenska förarbeten och myndighetsuttalanden. I kapitlet analyseras begreppets för- och nackdelar genomgående.

Fjärde kapitlet undersöker vilken rätt till hälso- och sjukvård papperslösa har enligt EKMR, ESC, ICCPR och ICESCR. Tillämpningsområde och lämpliga artiklar i de internationella överenskommelserna analyseras, för att landa i en slutsats kring vad som omfattas av papperslösas rätt till hälsa. Till sist ges en

³³ Andersson, Hjern och Ascher (2018).

³⁴ Mona m.fl. (2021).

³⁵ Lönnermark (2018).

reflektion av den nationella lagstiftningens utformning i förhållande till den rätt till hälsa som gäller för papperslösa enligt detta kapitel.

För att se hur den teoretiska definitionen av ”vård som inte kan anstå” förhåller sig till praktiken, presenteras i det *femte kapitlet* hur olika regioner valt att utforma sina riktlinjer kring vård för papperslösa, vilken vård som erbjuds och hur regionerna ser på att vidta aktiva åtgärder för att höja kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonalen om vård för papperslösa. Enkätsvaren analyseras och olika styrkor och svagheter hos tillvägagångssätten presenteras mot bakgrund av de nationella och internationella krav som framkommit i kapitel 3 och 4.

Uppsatsen avslutas i det *sjätte kapitlet* med en sammanfattning av den löpande analys som gjorts samt svar på de tre frågeställningarna som presenterats i det första kapitlet.

2 Papperslösa i Sverige

2.1 Introduktion

Inledningsvis förklaras i detta kapitel vem som är papperslös samt varför särskilda grupper av papperslösa riskerar att ha en mer sårbar hälsa. Denna sårbarhet leder också till att papperslösa i högre grad riskerar att möta olika vårdhinder. Med vårdhinder avses omständigheter som på något sätt gör det svårare för papperslösa att be om eller erhålla den vård de har laglig rätt att få. Kapitlet syftar till att ge en översiktlig bild av de särskilda utmaningar som papperslösa möter i förhållande till hälso- och sjukvården, på grund av deras juridiska status. Redogörelsen ska ses som en bakgrund till resterande kapitel i uppsatsen, där de tre frågeställningarna om hälso- och sjukvård för papperslösa besvaras.

2.2 Vilka är papperslösa?

För att kunna besvara frågeställningarna behöver först utredas vilka personer som faller inom uppsatsens personkrets. Utlänningar som vistas i Sverige utan stöd av myndighetsbeslut eller författning benämns ofta som ”papperslösa”, ”tillståndslösa” eller ”irreguljära migranter”. Eftersom papperslösa är vedertaget inom offentligt tryck och myndighetsrapportering,³⁶ används begreppet i denna uppsats. Det alla papperslösa har gemensamt är att de saknar laglig rätt att uppehålla sig i Sverige.³⁷ Då det finns ett flertal sätt att vistas i landet utan tillstånd är gruppen av papperslösa relativt oenhetlig.³⁸ Migranter kan exempelvis bli papperslösa genom att stanna i landet efter avslag på en asylansökan, genom att inte ansöka om uppehållstillstånd vid inresa eller genom att stanna i Sverige längre än vad ett tidsbegränsat uppehållstillstånd, studentvisum eller besöksvisum tillåter. En person kan sluta uppfylla kraven på uppehållstillstånd genom att till exempel förlora sitt arbete eller separera från sin svenska partner. Även EU-medborgare som stannat längre än deras uppehållsrätt tillåter kan räknas som papperslösa.

Denna variation i papperslösas bakgrund och livssituation innebär en mer påfrestande situation för hälso- och sjukvårdspersonal, som i sin tur ska avgöra vilka patienter som kan kategoriseras som papperslösa och inte. Enligt Svenska Röda Korsets observationer från år 2018 stod vårdpersonalens okunskap om regelverket för ungefär hälften av de vårdhinder som papperslösa mött.³⁹ Okunskapen kan leda till ifrågasättande av patienternas identitet och juridiska status,⁴⁰ samt krav på att patienten uppvisar dokument som bevisar att denne är papperslös.⁴¹ Till skillnad från folkbokförda och asylsökande, har

³⁶ Se t.ex. SOU 2011:48; och Socialstyrelsen (2014).

³⁷ SOU 2011:48 s. 63.

³⁸ Socialstyrelsen (2010) s. 270.

³⁹ Svenska Röda Korset (2018) s. 10.

⁴⁰ Mona m.fl. (2021) s. 2; och Godoy-Ramirez m.fl. (2019).

⁴¹ Svenska Röda Korset (2018) s. 10; och Dahlgren Ekegren och Dolietis (2018) s. 9.

papperslösa inget dokument som kan visa att de är just papperslösa och därmed har rätt till subventionerad vård. Det är möjligt att kunna identifiera sig, äga en bostad, ha ett arbete och ändå vara papperslös. Eftersom det saknas dokument som visar den papperslöses status måste vårdpersonalen alltså förlita sig på patientens egen utsaga. I tidigare intervjustudier av Statskontoret har majoriteten av tillfrågade regionrepresentanter uppgett att de anser denna kategorisering vara svår.⁴²

Ytterligare en svårighet med kategoriseringen av papperslösa är folkbokföringsaspekten. I Sverige ska regionerna erbjuda hälso- och sjukvård åt individer som är bosatta där.⁴³ Huruvida någon är bosatt inom regionen bedöms normalt sett utifrån folkbokföringen.⁴⁴ För att folkbokföras i Sverige som utlänning krävs i sin tur att en person har uppehållsrätt, uppehållstillstånd eller att det annars finns synnerliga skäl för att ändå folkbokföras.⁴⁵ Eftersom papperslösa saknar tillstånd att kvarstanna i Sverige, kan de som utgångspunkt inte folkbokföras och anses därmed oftast inte vara bosatta i landet. Det är dock möjligt att som utlänning först exempelvis beviljas tillfälligt uppehållstillstånd vid inresa till Sverige, folkbokföras och sedan bli papperslös när det tillfälliga uppehållstillståndet gått ut. Personen kommer då vara fortsatt folkbokförd, trots att denne är papperslös. Det saknas för närvarande ett enhetligt sätt för myndigheter att avgöra huruvida en person ska anses bosatt i Sverige eller inte.⁴⁶ Det går alltså inte att utesluta att en patient som är folkbokförd också är papperslös. Exemplet visar än en gång på hur komplex bedömningen avseende en patients juridiska status kan bli för vårdpersonalen, vilket riskerar att bidra till försvårade vårdhinder för papperslösa.

2.3 Papperslösas sårbarhet i förhållande till hälsa

För att klargöra begreppet ”vård som inte kan anstå” och den internationella rätten till hälsa, ska först förklaras varför frågan om hälso- och sjukvård för just papperslösa skiljer sig från frågan om vård för andra samhällsgrupper. I försök att minska den irreguljära invandringen till en stat begränsas ofta papperslösas möjlighet att åtnjuta nationella socioekonomiska rättigheter,⁴⁷ såsom rätten till hälsa, då dessa rättigheter ses som särskilt resurskrävande för staten att tillgodose.⁴⁸ De otrygga levnadsvillkor som en del – inte alla – papperslösa har, leder ofta till ett liv under varaktig rädsla och stress. Levnadssättet har genom studier visat sig öka risken för skador på framförallt den

⁴² Statskontoret (2015) s. 49 f.

⁴³ 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Se mer om den övergripande hälso- och sjukvårdslagstiftningen i avsnitt 3.2.

⁴⁴ SOU 2017:05 s. 212 f., 458–459 och 532 f.

⁴⁵ 4 § folkbokföringslag (1991:481).

⁴⁶ SOU 2017:05 s. 459.

⁴⁷ International Organization for Migration (IOM) (2016) s. 48 f. Begreppet ”socioekonomiska rättigheter” diskuteras vidare i avsnitt 4.3.

⁴⁸ Angeleri (2022) s. 32; och Björngren Cuadra och Cattacin (2010) s. 3.

psykiska hälsan, men även den fysiska.⁴⁹ Särskilt papperslösa som tidigare fått avslag på en asylansökan kan antas utgöra en synnerligen sårbar grupp.⁵⁰ Flertalet i denna grupp har tidigare fallit offer för krig, våld, tortyr eller andra trauman till följd av påtvingad flykt. Papperslösa med denna bakgrund har större risk för psykisk ohälsa i form av posttraumatiskt stressyndrom, depression och ångest jämfört med andra i landet.⁵¹ Även kvinnor, barn, äldre, funktionsnedsatta och minoritetsbefolkningar har av FN pekats ut som särskilt sårbara grupper av papperslösa.⁵²

Den sårbarhet en del av de papperslösa upplever riskerar också att bidra till vårdhinder. Sådana kan exempelvis spåras till okunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, vissa kulturers stigmatisering av ohälsa,⁵³ eller en rädsla för att ta kontakt med svenska myndigheter.⁵⁴ För att realisera den rätt till hälso- och sjukvård som framgår av kapitel 3 och 4, krävs att åtgärder vidtas för att motverka dessa hinder. Med det sagt ska också framhävas att inte alla papperslösa befinner sig i samma sårbara situation. En förhöjd risk för ohälsa kan snarare spåras till olika sociala faktorer, än statusen som papperslös i sig. Eftersom det finns många olika sätt på vilket en person kan bli papperslös, är det självfallet möjligt att leva som papperslös också utan att ha upplevt samma trauma eller otrygga levnadsvillkor. Det är därför viktigt att betona att alla papperslösa inte har samma behov av vård. Olika migrantgrupper har olika vårdbehov bland annat beroende på vilket land personen migrerat från, varför personen migrerat och hur migrationsprocessen sett ut.⁵⁵

Många konventioner om mänskliga rättigheter utgår från Världshälsoorganisationens definition av hälsa, vilken innebär ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom”.⁵⁶ Som kommer behandlas i kapitel 4 handlar rätten till hälsa således inte bara om att vara frisk, utan kan också kopplas till andra nödvändiga faktorer för ett hälsosamt liv, såsom tillgång till bostad, rent vatten, mat och god hygien.⁵⁷ I Sverige har studier visat att många av de tillfrågade papperslösa förlitat sig på frivilligorganisationer för att få sådana grundläggande behov

⁴⁹ Andersson, Hjern och Ascher (2018) s. 1; och Woodward, Howard och Wolffers (2014) s. 825.

⁵⁰ Andersson, Hjern och Ascher (2018) s. 1.

⁵¹ WHO European Region (2018) s. 11.

⁵² International Law Commission (2014) s. 23; och General Assembly of the United Nations. Resolution 71.1, *New York Declaration for Refugees and Migrants* (2016) punkt 23.

⁵³ Rosengrenska Insamlingsstiftelsen (2021) s. 3; Patel (2007) s. 83, 91 och 93; och Mona m.fl. (2021) s. 8.

⁵⁴ Langlois m.fl. (2016) s. 320; Andersson, Hjern och Ascher, (2018) s. 2; Rosengrenska Insamlingsstiftelsen (2021) s. 3; Mona m.fl. (2021) s. 6; Straßmayr m.fl. (2012) s. 1; Woodward, Howard och Wolffers (2014) s. 826; Simonnot m.fl. (2016) s. 30; och Biswas m.fl. (2011) s. 1.

⁵⁵ WHO European Region (2018) s. 9; och WHO (2022) s. 41.

⁵⁶ Världshälsoorganisationens konstitution av den 7 april 1948, *preamble*.

⁵⁷ Europakommittén, *Transgender-Europe and ILGA-Europe v. Czech Republic*, punkt 71.

tillgodosedda.⁵⁸ Dessa sociala faktorer behöver beaktas tillsammans med medicinska, vid en analys av papperslösas praktiska möjlighet att åtnjuta rätten till hälsa.

Vad som ska tas med från detta kapitel in i uppsatsens resterande delar, är att papperslösa befinner sig i en säregen situation. En del migranternas bakgrund och migrationsprocesser leder till större risk för särskilt psykisk ohälsa, men även fysisk. I kombination med otrygga levnadsvillkor blir det svårare för dessa personer att tillförsäkras det ”tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande”, som Världshälsoorganisationen förespråkar. Samtidigt ska noteras att det finns papperslösa som inte lever i samma ekonomiska eller sociala utsatthet. De kanske hamnat i papperslöshet genom att till exempel stanna i Sverige längre än vad ett turistvisum tillåter, eller genom att skilja sig från sin svenska partner. När papperslösa diskuteras fortsättningsvis ska därför beaktas gruppens stora variation av sårbarhet.

⁵⁸ Andersson, Hjern och Ascher (2018) s. 7; och Läkare utan gränser (2005) s. 18.

3 Hälsa- och sjukvård för papperslösa i Sverige

3.1 Introduktion

I uppsatsens tredje kapitel beskrivs den gällande hälso- och sjukvårdslagstiftningen för papperslösa i Sverige. Särskilt fokus ligger med anledning av uppsatsens syfte och första frågeställning på begreppet ”vård som inte kan anstå” i lag (2013:407). Inledningsvis ges en översikt av gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning för papperslösa. I efterföljande avsnitt presenteras bakgrunden till begreppet ”vård som inte kan anstå” för att skapa en bild av begreppets syfte och betydelse i den nationella lagstiftningen. Genom att undersöka förarbeten och andra myndighetsuttalanden kan sedan ges en aningen mer detaljerad beskrivning av vilken typ av vård begreppet ”vård som inte kan anstå” ålägger regioner att erbjuda papperslösa.

3.2 Översikt över den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen för papperslösa

I Sverige ansvarar varje region för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt individer som är bosatta inom regionen.⁵⁹ Huruvida någon är bosatt inom regionen bedöms normalt sett utifrån folkbokföringen.⁶⁰ Som belysts i avsnitt 2.2 saknas i nuläget ett enhetligt sätt för myndigheter att avgöra huruvida en person ska anses bosatt i Sverige eller inte. Folkbokföringen brukar dock enligt förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) vara vägledande i frågan.⁶¹

Utöver ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bosatta i regionen, har regionerna däremot också en skyldighet att ge s.k. omedelbar vård till alla personer som annars vistas där, oavsett om vistelsen varar under en längre tid eller enbart är tillfällig.⁶² Omedelbar vård är detsamma som akut vård.⁶³ Den omedelbara vården är osubventionerad och personer som inte är bosatta i Sverige står således för vårdkostnaden själva.⁶⁴ De som vistas i en kommun har dock normalt sett möjlighet att ansöka om bistånd för exempelvis vårdavgifter enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Detta gäller emellertid inte för asylsökande och de papperslösa som fått avslag på en asylansökan, då dessa undantas från biståndet i SoL.⁶⁵ I propositionen till lag (2013:407) anses att

⁵⁹ 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

⁶⁰ SOU 2017:05 s. 212 f., 458–459 och 532 f.

⁶¹ Prop. 1981/82:97 s. 115; och SOU 2017:05 s. 458.

⁶² 8 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30). Se också prop. 1981/82:97 s. 120.

⁶³ Prop. 2012/13:109 s. 16 f., prop. 1981/82:97 s. 120, prop. 1993/94:94 s. 55, SOU 2003:89 s. 100 och Socialstyrelsen (2014) fotnot 6.

⁶⁴ Prop. 1981/82:97 s. 120 och prop. 2012/13:109 s. 17.

⁶⁵ 2 kap. 1 § tredje stycket SoL och 1 § lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. Se också HFD 2017 ref. 33. De undantas dock inte från 4 kap. 2 § SoL där socialnämnden ges möjlighet att ge bistånd utöver det som följer av 4 kap. 1 § SoL. Frivilligt

biståndet i övrigt enligt praxis kunnat ges till personer som inte räknas som bosatta i Sverige, men som ändå har sin egentliga hemvist i landet; det vill säga personer vars vistelse inte utgör ett tillfälligt besök.⁶⁶ En annan praxis som utvecklats är att papperslösa som inte tidigare sökt asyl har möjlighet att få bistånd endast i nödsituationer genom akuta insatser,⁶⁷ om den papperslösas vistelse anses vara tillfällig. Huruvida papperslösas vistelse i Sverige ska anses som tillfällig eller inte varierar från kommun till kommun. En undersökning av olika kommuners praxis skulle vara intressant att avhandla, men faller utanför syftet med denna uppsats.

För asylsökande och papperslösa finns sedan år 2008 respektive 2013 två särskilda lagar som reglerar hälso- och sjukvård: lag (2008:344) och lag (2013:407). Enligt båda lagar är regioner skyldiga att tillhandahålla följande subventionerade insatser till asylsökande och papperslösa som fyllt 18 år:

- Vård som inte kan anstå,
- mödrahälsovård,
- vård vid abort,
- preventivmedelsrådgivning, och
- en hälsoundersökning.⁶⁸

De vårdtyper som listas i lagarna utgör bara minimikrav och regionerna har befogenhet att välja att erbjuda vård som sträcker sig utöver detta.⁶⁹ Lag (2013:407) ger alltså papperslösa rätt till samma vård som asylsökande. Lag-en omfattar enligt propositionen inte de personer vars vistelse är av ren besökskaraktär.⁷⁰ De som vistas i Sverige tillfälligt har bara rätt till omedelbar vård enligt HSL. På vilket sätt det ska avgöras huruvida en patients vistelse i Sverige är tillfällig framgår inte av propositionen. Det ligger därför närmast till hands att anta att behandlande vårdpersonal utgår från patientens egen utsaga, vilken skulle kunna vara beroende av vilken tillit den papperslöse har till svenska myndigheter. En patient som är orolig för att bli upptäckt och angiven kanske uppger att denne endast avser att stanna i Sverige tillfälligt, trots att personen i själva verket levit i landet under en längre tid. Ett sådant uttalande kan resultera i att den papperslöse bara anses ha rätt till omedelbar vård, i kontrast till den bredare form av vård som lag (2013:407) erbjuder.

Innan ikraftträdandet av lag (2013:407) hade alltså papperslösa enbart rätt till omedelbar vård enligt HSL. Vården var heller inte vid den tidpunkten

bistånd är emellertid i hög utsträckning en politisk fråga, som kan variera mellan olika kommuner, se mer i Kjellbom och Lundberg (2018) s. 55.

⁶⁶ Prop. 2012/13:109 s. 17 f.

⁶⁷ Se t.ex. RÅ 1995 ref. 70, jfr. HFD 2014 ref. 37. I det senare fallet hade vistelsen varit så pass lång att socialnämnden enligt HFD inte var berättigad att tillgodose enbart den papperslösas akuta behov.

⁶⁸ 5 § och 7 § lag (2008:344); och 7 § och 10 § lag (2013:407).

⁶⁹ Framgår särskilt av 8 § lag (2013:407).

⁷⁰ Prop. 2012/13:109 s. 40-41.

subventionerad, vilket i praktiken innebar att hälso- och sjukvården blev ekonomiskt otillgänglig för många papperslösa.⁷¹ Numera subventioneras papperslösas vård i samma mån som för asylsökande. För läkarbesök betalar patienten högst 50 kr.⁷² Det begrepp i nuvarande lag (2013:407) som ansetts vara mest otydligt och följaktligen föranlett mest diskussion är ”vård som inte kan anstå”.⁷³ Vilken typ av vård det innefattar analyseras i följande avsnitt.

3.3 Bakgrund till ”vård som inte kan anstå”

Begreppet ”vård som *kan* anstå” kan spåras tillbaka till 80-talet i svenska förarbeten.⁷⁴ Det begreppet syftade till omständigheten att vården kunde anstå till dess att någon annan kunde ta över ansvaret för patienten. Begreppet ”vård som *kan* anstå” ansågs inte lämpligt att använda i migrationssammanhang då de patienterna inte på samma sätt kunde hänvisas till ett annat landsting eller sitt hemland för vård inom en viss tid.⁷⁵ ”Vård som *inte* kan anstå” infördes i lagtext för första gången i samband med ikraftträdandet av lag (2008:344) för asylsökande. Som nämnts används begreppet ”vård som inte kan anstå” i både lag (2008:344) och lag (2013:407). Förarbetena till den senare lagen menar att papperslösa ska erbjudas vård av samma omfattning som den vård som erbjuds asylsökande.⁷⁶ Lagarna har på så sätt ett starkt samband, eftersom de erbjuder samma typ av vård, men till olika personkretsar.

Bakgrunden till första kodifieringen av ”vård som inte kan anstå”, i lag (2008:344), var införlivandet av EU:s mottagandedirektiv.⁷⁷ Att enbart tillhandahålla omedelbar vård ansågs vid statlig utredning inte uppfylla EU-direktivets nya krav på nödvändig vård till asylsökande.⁷⁸ På grund av detta gjordes en utvidgning av åtagandet genom att erbjuda asylsökande även ”vård som inte kan anstå”,⁷⁹ utöver den omedelbara vården. Det står alltså klart att ”vård som inte kan anstå” går utöver den medicinska akutsjukvården. Det är dock inte säkert att en djupdykning i EU:s förarbeten kring direktivet för asylsökande skulle ge någon vägledning kring ”vård som inte kan anstå” för papperslösa. Eftersom unionen saknar kompetens att avgöra vilken hälso- och sjukvård papperslösa ska erbjudas är det osäkert vilken auktoritet dess uttalanden skulle ha på området. EU:s kompetens har genom direktivet endast

⁷¹ Prop. 2012/13:109 s. 47; och Wahlberg m.fl. (2014) s. 2 och 7.

⁷² Förordning (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd; jfr. förordning (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.

⁷³ Se bl.a. Socialstyrelsen (2014); Rätt till vård-initiativet (2014); Smer (2020); Rosengrenska Insamlingsstiftelsen (2021); och Statskontoret (2016).

⁷⁴ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.

⁷⁵ Socialstyrelsens allmänna råd 1988:8; och Socialstyrelsen (2014) s. 14.

⁷⁶ Prop. 2012/13:109 s. 41.

⁷⁷ Direktiv 2003/9/EG av den 27 januari 2003 om miniminormer för mottagande av asylsökande i medlemsstaterna. Numera upphävt och ersatt med Direktiv 2013/33/EU av den 26 juni 2013 om normer för mottagande av personer som ansöker om internationellt skydd (omarbetning).

⁷⁸ Artikel 15.2 Direktiv 2003/9/EG.

⁷⁹ SOU 2003:89 s. 101.

sträckt sig till att avse en miniminivå av vård som unionens medlemsstater måste tillförsäkra just asylsökande, inte papperslösa.

Att ”vård som inte kan anstå” ska erbjudas även papperslösa har bland annat bakgrund i kritik från FN,⁸⁰ där slutsatsen drogs att Sverige inte levde upp till sina internationella åtaganden. Detta eftersom papperslösa mötte begränsningar i hälso- och sjukvården som var oförenliga med en grundläggande rätt till hälsa, jämlikhet och icke-diskriminering. Samma slutsats kunde dras av regeringens särskilda utredare efter granskning av den då gällande lagstiftningen.⁸¹ FN:s specialrapportör föreslog i sin rapport att asylsökande och papperslösa skulle kunna erbjudas samma vård som svenska medborgare, utan att det skulle vara särskilt mycket mer resurskrävande för staten.⁸²

Den gamla lagstiftningen medförde också praktiska tillämpningsproblem eftersom det var svårt för vårdpersonalen att avgöra vilken typ av vård som skulle erbjudas vilka patienter och huruvida vården skulle subventioneras eller inte.⁸³ Regeringen motiverade den nya lagen (2013:407) med att även papperslösa ska ges förutsättningar att leva ett värdigt liv och bland annat få tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård. Därför bör de genom lag erbjudas samma subventionerade vård som asylsökande.⁸⁴ Regeringen nämnde också att hälso- och sjukvård kan anses utgöra en mänsklig rättighet som skyddas av flertalet internationella konventioner som Sverige tillträtt, men att den tidigare begränsningen av papperslösas rätt till hälsa inte varit diskriminerande, då åtskillnaden hade en rimlig och objektiv grund.⁸⁵

Eftersom en del av motiveringen för lag (2013:407) och utvidgandet av papperslösas tillgång till hälso- och sjukvård i Sverige var att uppfylla statens internationella åtaganden om mänskliga rättigheter bättre, blir det viktigare att se till de internationella konventionerna, för att få en bättre förståelse av vad ”vård som inte kan anstå” ska omfatta. Den internationella rätten till hälsa diskuteras vidare i kapitel 4. I följande avsnitt undersöks först vilken vägledning av begreppet som kan hittas i svenska förarbeten och myndighetsuttalanden.

3.4 Tolkning av begreppet med hjälp av förarbeten och myndighetsuttalanden

Förarbetena till lag (2013:407) använder sig av i princip samma beskrivning av ”vård som inte kan anstå” som förarbetena till lag (2008:344). Enligt dessa ska begreppet tolkas som en utvidgning av den omedelbara eller akuta

⁸⁰ Hunt (2007).

⁸¹ SOU 2011:48 s. 18.

⁸² Hunt (2007) punkt 75.

⁸³ Prop. 2012/13:109 s. 33 f.

⁸⁴ Ibid, s. 38.

⁸⁵ Ibid. s. 39 f.

vården.⁸⁶ Både förarbeten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har uttryckt att ”vård som inte kan anstå” omfattar medicinsk behandling där även måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienter.⁸⁷ Enligt Socialstyrelsen kan en sådan allvarlig följd vara fara för liv, exempelvis till följd av kvävning eller förblödning. Andra följder som kan ha betydelse för bedömningen kan vara svår värk, svår ångest eller depression. Det måste också vägas in huruvida en uppskjuten behandling skulle leda till en avsevärt sämre prognos för patientens hälsa eller en ökad risk för komplikationer.⁸⁸

Följdinsatser till ”vård som inte kan anstå” omfattas också av begreppet enligt förarbeten.⁸⁹ Sådana följdinsatser kan exempelvis innebära tillgång till hjälpmedel såsom rullstol eller insulinpump, men också uppföljande röntgenkontroller, borttagande av gips eller stygn eller annan fullföljd av behandling.⁹⁰ Vid bedömning av vilken vård som ska ges måste det emellertid enligt förarbetena även tas hänsyn till hur länge patienten kan väntas vistas i landet.⁹¹ Detta nämns vidare i ett beslut av IVO som en rimlig omständighet att beakta vid beslut om medicinsk behandling.⁹² Hur en sådan bedömning ska göras framgår inte av propositionen eller IVO:s beslut. Regeringen framhäver dock att Socialstyrelsen i sina upphävda allmänna råd tidigare pekat på att vård som kräver långvariga behandlingar och som är av icke-akut karaktär, inte bör påbörjas om behandlingen inte till exempel kan slutföras innan ett avgörande om uppehållstillstånd kommer.⁹³ Behandlingar och hjälpmedel som erbjuds ska i varje fall stå i rimlig proportion till att utlänningens vistelse i Sverige är att anse som tillfällig.⁹⁴ Förarbetsuttalandena är gjorda i förhållande till asylsökande som väntar på beslut om uppehållstillstånd. Hur tidsbedömningen ska göras i förhållande till papperslösa är i nuläget oklart. Papperslösa patienter väntar inte på ett beslut i samma avseende som asylsökande. Det finns således inget bestämt slutdatum för deras juridiska status och heller ingen prognos för hur länge de kan komma att stanna i Sverige.

Precis som framgått av förarbetena är ”vård som inte kan anstå” en utvidgning av omedelbar vård. Även förebyggande behandling kan vara befogad om den kan ges för att förhindra att patienten drabbas av mer akuta sjukdomstillstånd vid senare tillfälle. Tidiga insatser kan då motiveras med att de minskar behovet av resurskrävande akuta behandlingar, vilket även bekräftats av

⁸⁶ Prop. 2007/08:105 s. 29; och prop. 2012/13:109 s. 19. Se även ds 2012:36 s. 33 och bet. 2007/08:SfU8 s. 8.

⁸⁷ Ibid.; och IVO:s beslut dnr 8.2-35696/2013-26, s. 6.

⁸⁸ Prop. 2012/13:109 s. 19. Se också Socialstyrelsens numera upphävda allmänna råd 1995:4 Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar.

⁸⁹ Prop. 2007/08:105 s. 29; och prop. 2012/13:109 s. 19.

⁹⁰ Prop. 2012/13:109 s. 20; prop. 2007/08:105 s. 29; SOU 2003:89 s. 89; och ds 2012:36 s. 33, 35 och 69.

⁹¹ Prop. 2012/13:109 s. 59.

⁹² IVO:s beslut dnr 8.2-36521/2015-15, s. 1.

⁹³ Se hänvisning i prop. 2012/13:109 s. 20.

⁹⁴ Prop. 2007/08:105 s. 31.

IVO.⁹⁵ Förebyggande behandling är ofta mindre resurskrävande i jämförelse. Också en del europeisk forskning har pekat på att exkludering av papperslösa från välfärden snarare visat sig vara mer resurskrävande i längden än att erbjuda papperslösa samma rättigheter som nationella medborgare. En tidig, billigare behandling av patienters hälsotillstånd kan förhindra att tillståndet utvecklas till en sjukdom som kräver dyrare behandling.⁹⁶ Samma motivering används för att rättfärdiga tillhandahållande av information och stöd vid till exempel egenvård av diabetes och astma.⁹⁷ Den medicinska utgången i varje enskilt fall kan dock vara svår för behandlande personal att förutse enligt Socialstyrelsen, varför en bedömning mot bakgrund av förhindrande av senare akuta sjukdomstillstånd är komplicerad i praktiken.⁹⁸

I förarbetena till lag (2008:344) ansåg regeringen att ”vård som inte kan anstå” skulle förtydligas genom Socialstyrelsens riktlinjer och inte genom lag. Det var ett medvetet val från lagstiftarens sida att avstå från att ge en mer tydlig definition av begreppet, eftersom risken för en alltför snäv tolkning då skulle bli för stor.⁹⁹ Socialstyrelsen färdigställde med anledning av detta en rapport,¹⁰⁰ vilken inkluderade en analys av begreppet ”vård som inte kan anstå”. I rapporten avstod även Socialstyrelsen från att ge mer detaljerade råd och anvisningar kring hur begreppet ska tolkas. Detta motiverades med att det varken är etiskt eller medicinskt lämpligt att ange vad som omfattas av begreppet och inte. Bedömningen måste göras av vårdpersonalen i varje enskilt fall, eftersom de konkreta omständigheterna kan skilja sig avsevärt också mellan patienter med liknande tillstånd eller samma diagnoser.¹⁰¹ Detta var i princip samma slutsats som tidigare förarbeten och utredningar kommit fram till.¹⁰² I slutändan måste det konkreta medicinska behovet alltså vara styrande för vem som erbjuds vård i varje enskilt fall.

Att den slutliga bedömningen av vad som utgör ”vård som inte kan anstå” faller på den enskilda läkaren är å ena sidan positivt ur perspektivet att olika fall inte heller bör behandlas lika. Det är därför viktigt att en enskild bedömning görs för varje patient, utifrån dennes enskilda behov och omständigheter. Ett försök till schabloniserad bedömning skulle inte kunna ta hänsyn till sådana skillnader i enskilda omständigheter som gör att patienter med samma diagnos eller samma symtom ändå bör behandlas olika. Systemet är å andra sidan mindre önskvärt med tanke på det tunga ansvar som åvilar enskilda läkare att avgöra vilka patienter som får vård och vilka som inte får det. Brist

⁹⁵ Prop. 2007/08:105 s. 30; och IVO:s beslut dnr 8.2-35696/2013-26, s. 6.

⁹⁶ European Union Agency for Fundamental Rights (2015) s. 32-34; Bozorgmehr och Razum (2015) s. 2; och Trummer m.fl. (2016) s. 10.

⁹⁷ Prop. 2007/08:105 s. 30.

⁹⁸ Socialstyrelsen (2014) s. 18 och 38.

⁹⁹ Prop. 2007/08:105 s. 31.

¹⁰⁰ Socialstyrelsen (2014).

¹⁰¹ Ibid. s. 7 och 27.

¹⁰² Prop. 2012/13:109 s. 19; prop. 2007/08:105 s. 31; SOU 2003:89 s. 89; ds 2012 s. 33; och 2007/08:SfU8 s. 8.

på tydligare vägledning gör att det finns risk för att bedömningen inte görs på samma sätt av olika läkare eller mellan olika vårdinrättningar och regioner.

Detta för oss in på att det också finns en del mer allmänna principer som den offentliga hälso- och sjukvården måste förhålla sig till, däribland objektivitetsprincipen. De som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter i sin verksamhet ska beakta allas likhet inför lagen, samt iaktta saklighet och opartiskhet.¹⁰³ Kravet på saklighet besvarar frågan om vilka kriterier som är legitima att ta i beaktning vid till exempel beslut om att erbjuda en patient viss medicinsk behandling.¹⁰⁴ De kriterier som anses vara sakliga och legitima ska sedan användas på ett konsekvent sätt, för att behandla lika fall lika.¹⁰⁵ Det är därför viktigt att det framstår som klart för läkare och behandlande personal vilka kriterier som faktiskt är legitima att basera sina beslut på. Objektivitetsprincipen diskuteras vidare i avsnitt 5.3 i samband med regionernas olika riktlinjer för bedömningen av ”vård som inte kan anstå”.

3.5 Sammanfattning

Sammanfattningsvis är det regionerna som enligt HSL ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård åt de som är bosatta där, vilket papperslösa i många fall inte anses vara. Efter viss internationell kritik och nationell revidering upprättades lag (2013:407). Denna gav regionerna en skyldighet att erbjuda papperslösa bland annat ”vård som inte kan anstå”, vilket är ett begrepp som saknar särskilt detaljerade riktlinjer gällande sin omfattning.

Av förarbeten och myndighetsuttalanden har det kunnat utläsas att ”vård som inte kan anstå” avser betydligt mycket mer än akutvård. Även hjälpmedel, följdinsatser och förebyggande medicinsk behandling kan omfattas av den vård som ska erbjudas papperslösa. Detta motiveras till stor del av att försöka motverka eventuella framtida – mer resurskrävande – akuta behandlingar. En bedömning måste dock göras i varje enskilt fall, där den behandlande läkaren tar hänsyn till individuella omständigheter hos patienten. Det går således inte att ge någon form av lista på sorter av medicinsk behandling som alltid utgör ”vård som inte kan anstå”. I nästa kapitel ska undersökas vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården till papperslösa ur ett internationellt perspektiv på mänskliga rättigheter. Dessa krav jämförs sedan med gällande svensk rätt.

¹⁰³ 1 kap. 9 § regeringsformen och 5 § förvaltningslag (2017:900).

¹⁰⁴ Bull (2020) s. 105-106; Litins’ka (2020) s. 40; Kindström Dahlin (2014) s. 59; och Nilsson (2011) s. 74-76.

¹⁰⁵ Bull (2020) s. 105; Litins’ka (2020) s. 40; Kindström Dahlin (2014) s. 60; och Nilsson (2011) s. 74.

4 Rätten till hälsa för papperslösa

4.1 Introduktion

I detta kapitel presenteras först den nationella rätt som visar att den svenska hälso- och sjukvården baseras på en grundläggande rätt till hälsa för alla människor. Denna rättighet kan spåras till Sveriges internationella åtaganden i form av överenskommelser kring mänskliga rättigheter. Efterföljande avsnitt försöker definiera vad en sådan rätt till hälsa innebär för papperslösa, genom att analysera fyra olika internationella konventioner: EKMR, ESC, ICCPR och ICESCR. Avslutningsvis sammanfattas vilken miniminivå av hälso- och sjukvård som Sverige måste erbjuda papperslösa i enlighet med sina internationella konventionsskyldigheter. Denna miniminivå jämförs sedan med den hälso- och sjukvård som begreppet ”vård som inte kan anstå” erbjuder papperslösa enligt lag (2013:407).

4.2 Rätten till hälsa i svensk lagstiftning

Att det finns någon slags grundläggande rätt till hälsa för individen kan utläsas ur ett flertal nationella bestämmelser. 1 kap. 2 § regeringsformen uttrycker att det allmänna ska verka för goda förutsättningar till hälsa. Bestämmelsen sätter upp särskilda mål för den offentliga verksamheten, men ger inte upphov till några utkrävbara rättigheter för individen.¹⁰⁶ Av betydelse för rätten till hälsa i Sverige är självfallet också bland annat HSL och patientlagen (2014:821) (PL). I lagarna finns bestämmelser om målet för det allmänna att verka för en god hälsa och vård på lika villkor,¹⁰⁷ samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.¹⁰⁸ Även dessa formuleringar utgör målsättningar och grundläggande värderingar för hälso- och sjukvården, snarare än en utkrävbar rätt till hälsa.

Den svenska lagstiftningen är alltså utformad som en skyldighetslagstiftning för det allmänna och svenska vårdgivare, inte en rättighetslagstiftning.¹⁰⁹ Det är följaktligen regionerna som har en *skyldighet* att erbjuda hälso- och sjukvård, inte patienterna som har en *rättighet* att utkräva vård. Bestämmelserna är likväl ämnade att återspegla den rätt till hälsa som uttrycks i den internationella rätten.¹¹⁰ Vilken rätt till hälsa det handlar om ska undersökas vidare i detta kapitel. Detta med anledning av vad som beskrivits i uppsatsens metodavsnitt, det vill säga att de nationella bestämmelserna så långt som möjligt

¹⁰⁶ Holmberg m.fl., Grundlagarna (3 juli 2019, version 3A, JUNO), kommentaren till 1 kap. 2 § regeringsformen under rubriken Program- och målsättningsstadganden.

¹⁰⁷ 3 kap. HSL och 4 kap. PL.

¹⁰⁸ 3 kap. 1 § HSL.

¹⁰⁹ Lind (2014) s. 52.

¹¹⁰ Lind (2022) s. 50; prop. 1996/97:60 s. 20 f.; och Johnsson, Hälso- och sjukvårdslagen – Med kommentarer (20 augusti 2021, version 11, JUNO), kommentaren till 3 kap. 1 § HSL under rubriken En god hälsa.

bör tolkas fördragskonformt i enlighet med internationell rätt om mänskliga rättigheter.

4.3 Civila och socioekonomiska rättigheter

Rätten till hälsa kategoriseras normalt sett som en s.k. socioekonomisk rättighet. Somliga internationella konventioner kan delas upp i två kategorier av rättigheter. Skillnaden mellan kategorierna har betydelse för rätten till hälsas praktiska innebörd, det vill säga vilken faktisk skyldighet en stat har att realisera rättigheten. Den ursprungliga uppdelningen grundar sig i en oenighet bland FN:s medlemsländer gällande på vilket sätt olika mänskliga rättigheter i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, skulle förverkligas.¹¹¹ Rättigheterna delades därför upp i medborgerliga och politiska rättigheter (civila rättigheter) å ena sidan och ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (socioekonomiska rättigheter) å andra sidan.

Civila rättigheter skyddas av exempelvis EKMR och ICCPR. Dessa måste förverkligas omedelbart av staterna.¹¹² Oftast är det ovidkommande vilka resurser en stat har att arbeta med. Samtliga rättigheter gäller omedelbart oavsett statens tillgångar. Exempel på civila rättigheter är rätten till liv, rätten till privatliv och förbudet mot tortyr.

De socioekonomiska rättigheterna, som regleras i exempelvis ESC och ICESCR, får däremot förverkligas gradvis.¹¹³ Detta eftersom det inte anses rimligt att förvänta sig att sådana rättigheter kan uppfyllas på kort sikt i alla konventionsstater, när staternas ekonomiska situation skiljer sig åt. Skyldigheterna enligt konventioner om socioekonomiska rättigheter är därför beroende av den enskilda statens resurser och utveckling. Det är således lättare för stater att motivera en inskränkning av socioekonomiska rättigheter jämfört med civila. Syftet med konventionerna ska dock inte tolkas på annat sätt än att det klart ålägger konventionsstaterna att arbeta mot ett fullständigt förverkligande av alla konventionens rättigheter. Att motarbeta rättigheterna, eller arbeta i otillräcklig mån mot konventionsmålen, kan därför strida mot statens skyldigheter.¹¹⁴ Eftersom Sverige har förhållandevis goda socioekonomiska tillgångar, innebär det att landet har en bredare skyldighet att

¹¹¹ General Assembly of the United Nations. Resolution 543(VI), *Preparation of Two Draft International Covenants on Human Rights* (1952); och Angelieri (2022) s. 69 f.

¹¹² MR-kommittén, *General Comment* No. 31, punkterna 5 och 14.

¹¹³ ESK-kommittén, *General Comment* No. 3, punkterna 1, 2 och 9; Europakommittén, *Autism-Europe v. France*, punkt 53; Europakommittén, *Defence for Children International (DCI) v. Belgium*, punkterna 70–71; Europakommittén, *European Committee for Home-Based Priority Action for the Child and the Family (EUROCEF) v. France*, punkt 163; och Roscam Abbing (2005) s. 189.

¹¹⁴ ESK-kommittén, *General Comment* No. 3, punkt 9; ESK-kommittén, *General Comment* No. 14, punkt 32; Eurppakommittén, *Tehy ry och STTK ry v. Finland*, punkt 27; och Lind (2009) s. 262–264.

förverkliga de socioekonomiska rättigheterna jämfört med andra konventionsstater.

Gränsdragningen mellan civila och socioekonomiska rättigheter är emellertid inte alltid självklar. Europadomstolen har uttalat att realiseringen av många civila rättigheter i EKMR får konsekvenser av både social och ekonomisk karaktär.¹¹⁵ Avseende de socioekonomiska rättigheterna har det på grund av deras nära koppling till civila rättigheter utvecklats en doktrin kring s.k. kärnförpliktelser eller minimirättigheter. Denna teori innebär att varje socioekonomisk rättighet har en slags kärna – eller miniminivå – som måste förverkligas omedelbart på samma sätt som civila rättigheter. Till denna kärna finns sedan ett antal förpliktelser som ska realiseras successivt beroende på statens tillgångar.¹¹⁶ Kärnrättigheterna bygger på tanken om att det finns vissa grundläggande rättigheter som alla människor ska garanteras.

På hälso- och sjukvårdsområdet saknas till stor del praxis kring huruvida viss medicinsk behandling i ett enskilt fall utgör en kärnrättighet som måste förverkligas omedelbart eller om förverkligandet är beroende av tillgängliga resurser hos staten. Teorin om kärnrättigheter blir emellertid aktuell vid analys av papperslösas rätt till hälsa. Trots att stater har en ganska bred möjlighet att begränsa papperslösas socioekonomiska rättigheter, finns enligt teorin ändå vissa kärnrättigheter som staten måste garantera *alla* människor omedelbart. Följande avsnitt kommer därför fördjupa sig i vilken miniminivå av rätt till hälsa Europarådets och FN:s konventioner avser att garantera papperslösa.

4.4 Europarådets konventioner

4.4.1 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (EKMR)

EKMR är universellt tillämplig på alla människor. Artikel 1 konstaterar att konventionsstaterna ska garantera ”var och en som befinner sig under deras jurisdiktion” de fri- och rättigheter som anges i konventionen. Eftersom inga krav på bosättning, medborgarskap eller nationalitet ställs, omfattas följaktligen papperslösa av konventionens personkrets.

EKMR behandlar civila rättigheter och det finns ingen uttrycklig rätt till hälsa i konventionen. Till stor del faller ämnet hälso- och sjukvård i Europa under staters egen bestämmanderätt. Europadomstolen verkar särskilt angelägen om att inte inskränka konventionsstaters rätt att på egen hand bestämma hur statliga resurser ska fördelas;¹¹⁷ en fråga som ofta aktualiseras vid diskussioner

¹¹⁵ Europadomstolen, *Airey v. Ireland*, punkt 26.

¹¹⁶ Litins’ka (2020), s. 22; Angeleri (2022) s. 85 ff.; Shue (1996) s. 18; och United Nations Commission on Human Rights (UNCHR) (1987) punkterna 25, 35, 47, 55.

¹¹⁷ Europadomstolen, *Hristozov and Others v. Bulgaria*, punkterna 3 och 119; Europadomstolen, *Shelley v. the United Kingdom*, no. 23800/06, s. 11; och Europadomstolen, *Da Conceição Mateus and Santos Januário v. Portugal*, punkt 22.

om hälso- och sjukvården som en del av statens välfärdssystem. Domstolen tar även avstamp i att konventionsstater, enligt internationell sedvanerätt, som huvudregel har rätt att kontrollera vilka personer som vistas i landet och vilka delar av välfärden de personerna får ta del av.¹¹⁸ Det går dock inte att dra en tydlig linje mellan olika typer av rättigheter. Tvärtom har många civila rättigheter i EKMR en påverkan på de socioekonomiska,¹¹⁹ däribland rätten till hälsa. Tillgång till hälso- och sjukvård har rentav setts som en nödvändig förutsättning för att upprätthålla rätten till liv och förbudet mot tortyr.¹²⁰ Rättigheterna hör också samman då de alla ses som starkt kopplade till skyddet av alla människors grundläggande värdighet.¹²¹ I Europadomstolens praxis har hälsorelaterade mål därför kunnat kopplas till civila rättigheter i exempelvis artikel 2, 3 och 8.

Artikel 2, rätten till liv, har av domstolen ansetts medföra positiva skyldigheter för stater. Detta gäller särskilt på hälso- och sjukvårdsområdet, där staten är skyldig att vidta åtgärder för att upprätthålla ett självständigt, fungerande och patientsäkert hälso- och sjukvårdssystem.¹²² Dessutom är medlemsstaterna ålagda att se till att alla vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att skydda patienters liv.¹²³ Brott mot artikel 2 kan bli aktuellt endast under mycket exceptionella omständigheter, när en patients liv medvetet riskeras genom att denne nekas tillgång till livräddande vård inom ett välfärdssystem.¹²⁴ Det räcker inte med ett misstag från vårdpersonalens sida för att aktualisera artikel 2.¹²⁵ Det måste handla om ett mer systematiskt felsteg som staten kan hållas ansvarig för. I regel måste staten haft vetskap om situationen,

¹¹⁸ Se t. ex. Europadomstolen, *Hunde v. the Netherlands*, punkt 49; Europadomstolen, *Hirsi Jamaa and Others v. Italy* [GC], punkt 113; Europadomstolen, *Üner v. the Netherlands* [GC], punkt 54; och Europadomstolen, *Abdulaziz, Cabales and Balkandali v. the United Kingdom*, punkt 67.

¹¹⁹ Europadomstolen, *Airey v. Ireland*, punkt 26.

¹²⁰ Europadomstolen, *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania* [GC], punkt 130; Europadomstolen, *Cyprus v. Turkey* [GC], punkt 219; Europadomstolen, *Dybeku v. Albania*, punkterna 45 och 48; Europadomstolen, *Poltoratskiy v. Ukraine*, punkt 148; Europadomstolen, *Ashot Harutyunyan v. Armenia*, punkterna 112 och 114-115; Europadomstolen, *Tysiqc v. Poland*, punkt 124.

¹²¹ Se t.ex. Europadomstolen, *Bouyid v. Belgium* [GC], punkterna 89-90; Europadomstolen, *Svinarenko and Slyadnev v. Russia*, punkt 118; och Europadomstolen, *Pretty v. the United Kingdom*, punkt 65.

¹²² Se t. ex. Europadomstolen, *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania* [GC], punkt 130; Europadomstolen, *Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey*, punkt 81; Europadomstolen, *Powell v. the United Kingdom*; Europadomstolen, *Calvelli and Ciglio v. Italy* [GC], punkt 49; och Europadomstolen, *Arskaya v. Ukraine*, punkterna 84-97.

¹²³ Europadomstolen, *Calvelli och Ciglio v. Italy* [GC], punkt 49; och Europadomstolen, *Taylor and others v. the United Kingdom*.

¹²⁴ Europadomstolen, *Yirdem m.fl. v. Turkey*; Europadomstolen, *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal* [GC]; och Europadomstolen, *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania* [GC].

¹²⁵ Europadomstolen, *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal* [GC], punkt 187.

försummelsen ska ha varit allvarlig och det måste finnas ett adekvat orsaks-samband mellan statens försummelse och den enskilda skadan.¹²⁶

Artikel 3, förbud mot tortyr, kan bli relevant vid exempelvis medicinsk behandling av experimentell karaktär,¹²⁷ frågor om dödshjälp¹²⁸ och vård i livets slutskede.¹²⁹ Utgångspunkten har tidigare varit att medicinskt nödvändig behandling i regel inte utgör tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling,¹³⁰ men numera får behandlingen inte heller överstiga en viss allvarlighetsgrad, även om den betraktas som medicinskt nödvändig.¹³¹ Europadomstolen väger in huruvida behandlingen utsätter patienten för smärta, lidande, förnedring eller ångest, och uttalar att den – för att tillåtas – måste vara omedelbart medicinskt nödvändig för syftet att skona patientens hälsa.¹³² Artikel 3 innebär inte bara en negativ förpliktelse för stater att avstå från viss behandling, utan även positiva förpliktelser att skydda människor mot att tvingas leva på ett omänskligt eller förnedrande sätt. En individ kan alltså ha rätt till att kräva fortsatt medicinsk behandling, om ett avbrytande av vården skulle innebära en kränkning av artikel 3 från statens sida.

För att artikel 2 och 3 EKMR ska bli tillämpliga krävs enligt praxis att vissa kriterier uppfylls.¹³³ Risken eller skadan måste kunna läggas staten till last, det vill säga att staten måste ha vetat om, eller borde ha vetat om, att risken funnits. Det ska också ha varit möjligt för staten att undvika risken utan att behöva vidta orimliga eller oproportionerliga åtgärder. Det kan exempelvis inte anses rimligt eller proportionerligt att staten ska ha givit individen tillgång till behandlingar som inte är godkända eller accepteras i staten ifråga.¹³⁴ Den aktuella individens tillstånd måste utöver detta ha nått en förhållandevis hög allvarlighetsgrad för att göra artiklarna tillämpliga.¹³⁵ En helhetsbedömning av tillståndet ska göras i varje enskilt fall, som beaktar kränkningens varaktighet, fysiska och psykiska effekter och ibland även personliga om-

¹²⁶ Angeleri (2022) s. 111.

¹²⁷ Europadomstolen, *X. v. Denmark*.

¹²⁸ Europadomstolen, *Pretty v. the United Kingdom*.

¹²⁹ Europadomstolen, *Burke v. the United Kingdom*.

¹³⁰ Europadomstolen, *Herczegfalvy v. Austria*; och Europadomstolen, *Jalloh v. Germany* [GC], punkt 69.

¹³¹ Europadomstolen, *Nevmerzhitsky v. Ukraine*, punkt 94.

¹³² Se t.ex. *Ibid.*; Europadomstolen, *V.C. v. Slovakia*, punkterna 103-120; och Europadomstolen, *Ciorap v. Moldova*, punkterna 77 och 89.

¹³³ Se t.ex. Europadomstolen, *Osman v. the United Kingdom* [GC], punkt 116; Europadomstolen, *Fernandes de Oliveira v. Portugal* [GC], punkterna 109-110 och 112; Europadomstolen, *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania* [GC], punkterna 130-131; Europadomstolen, *El-Masri v. the Former Yugoslav Republic of Macedonia* [GC], punkt 198; och Europadomstolen, *J.K. and others v. Sweden* [GC], punkt 87. Se även Litins'ka (2020) s. 27.

¹³⁴ Europadomstolen, *Hristozov and others v. Bulgaria*, punkterna 112-113. Se även Litins'ka (2020) s. 28 f.

¹³⁵ Europadomstolen, *Kudla v. Poland* [GC], punkt 91; Europadomstolen, *Budina v. Russia*; och Europadomstolen, *V. v. the United Kingdom* [GC], punkt 71.

ständigheter som individens ålder eller kön.¹³⁶ Det har funnits tillfällen där migranter, på grund av deras irreguljära status tillsammans med exempelvis kön eller hälsotillstånd, har ansetts vara särskilt utsatta eller sårbara.¹³⁷ Att enbart vara papperslös i sig ger dock inte automatiskt en sårbar status.¹³⁸ En sådan sårbar status är annars någonting som kan vägas in i bedömningen för att nå över tröskeln för tillämpning av artiklarna i EKMR. Den praxis som finns indikerar följaktligen att en stats påverkan på en persons hälsa måste vara särskilt allvarlig för att falla under det materiella tillämpningsområdet av EKMR.¹³⁹

Artikel 8, rätt till skydd för privat- och familjeliv, kan exempelvis aktualiseras vid frågor om tillgång till patientjournaler, tvångsvård, brist i stöd till funktionshindrade, brister i sekretesshantering och individers exponering för miljöfaror.¹⁴⁰ Eftersom artikel 8 inte utgör en absolut rättighet får den enligt sin andra punkt begränsas med stöd av lag om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till något av de listade försvarbara syftena. Konventionsstaterna har således en relativt bred tolkningsmarginal gällande begränsningen. Begränsningens lagstöd måste vara precist, tydligt och förutsebart för den enskilde, för att denne ska kunna anpassa sitt handlande efter lagregeln.¹⁴¹ Med förutsebarhet avses också exempelvis att det inte i praktiken ska finnas oskrivna hinder för den enskilde att få den vård som lagen ämnar att erbjuda. Personen måste kunna förutse lagens konsekvenser.

För att en stat ska anses bryta mot artikel 8 EKMR måste statens begränsning av individens rätt till skydd för privat- och familjeliv precis som övriga artiklar uppnå viss allvarlighetsgrad. Tröskeln som ska nås bedöms i varje enskilt fall och beror på omständigheter såsom intensiteten och varaktigheten av en inskränkning samt dess fysiska eller psykiska effekter på individen.¹⁴² För att

¹³⁶ Europadomstolen, *Tekin v. Turkey*, punkt 52; Europadomstolen, *Keenan v. the United Kingdom*, punkt 109; och Europadomstolen, *Kudla v. Poland* [GC], punkt 91.

¹³⁷ Se t. ex. Europadomstolen, *Aden Ahmed v. Malta*, punkt 97. Se även Angeleri (2022) s. 138.

¹³⁸ Se Europadomstolen, *Khlaifia and others v. Italy* [GC], punkt 160; och Europadomstolen, *Hunde v. the Netherlands*, punkterna 45-60, där papperslösa inte kategoriserades som sårbara. Jämför med Europadomstolen, *Chowdury and others v. Greece*, punkt 97, där Europadomstolen i och för sig kategoriserade de sökande papperslösa som en sårbar grupp, men där sårbarheten då kunde kopplas även till andra särskilda omständigheter, som att de sökande också led av fattigdom.

¹³⁹ Angeleri (2022) s. 136.

¹⁴⁰ Europadomstolen, *Marzari v. Italy*; Europadomstolen, *K.H. and Others v. Slovakia*; Europadomstolen, *L.L. v. France*; Europadomstolen, *Guerra and Others v. Italy* [GC]; och Europadomstolen, *López Ostra v. Spain*.

¹⁴¹ Europadomstolen, *Ternovszky v. Hungary*, punkterna 23-24; Europadomstolen, *Petrova v. Latvia*, punkt 86; Europadomstolen, *S. and Marper v. the United Kingdom* [GC], punkt 95; Europadomstolen, *Elberte v. Latvia*, punkt 104; och Europadomstolen, *Narinen v. Finland*, punkt 34. Ett krav på förutsebarhet uppställs även i nationell rätt av legalitetsprincipen i 1 kap. 1 § tredje stycket, regeringsformen.

¹⁴² Europadomstolen, *Fadeyeva v. Russia*, punkt 69; Europadomstolen, *López Ostra v. Spain*, punkt 51; och Europadomstolen, *Hatton and Others v. the United Kingdom* [GC], punkt 118. Se även Angeleri (2022) s. 109.

avgöra huruvida staten får inskränka artikel 8 på visst sätt har Europadomstolen i praxis konstaterat att hänsyn måste tas till balansen mellan det allmänna samhällsintresset och individens intresse.¹⁴³ En sådan balans diskuteras inte av domstolen när det gäller brott mot rättigheterna i artikel 2 eller 3. Gällande papperslösa kan alltså deras intresse av privat- och familjeliv vägas mot statens intresse av att kontrollera den irreguljära migrationen.

Med stark koppling till alla tre artiklar uttrycks genom Europadomstolens praxis också principen om *non-refoulement*, vilken bland annat hindrar utvisning av migranter på grund av hälsoskäl.¹⁴⁴ Principen ålägger inte stater att erbjuda alla utlänningar obegränsad vård,¹⁴⁵ men hindrar utvisning av de som genom sådan utvisning riskerar att utsättas för stort lidande eller betydlig minskning av förväntad livslängd på grund av sitt hälsotillstånd.¹⁴⁶ Den utvisande staten blir genom principen om *non-refoulement* skyldig att försäkra sig så långt som möjligt om att tillgänglig vård i mottagarlandet är tillräcklig för att tillgodose den utvisades medicinska behov och att individen har faktisk möjlighet att åtnjuta vården.¹⁴⁷ I *non-refoulement*-fallen krockar staternas självbestämmande över vilka människor som får vistas i landet direkt med rätten till hälsa. Principen om *non-refoulement* aktualiseras dock bara vid beslut om huruvida en migrant ska utvisas eller inte. Beslut om vilken faktisk vård en stat är skyldig att erbjuda papperslösa under deras vistelse i landet faller utanför principens tillämpningsområde.

Av betydelse för just papperslösas rätt till hälsa är diskrimineringsförbudet i artikel 14 EKMR. Bestämmelsen förbjuder bland annat diskriminering på grund av nationalitet, men också på grund av ”annan status”. Sådan status kan exempelvis vara status som papperslös.¹⁴⁸ För att godta särbehandling av en grupp måste åtgärden ha ett legitimt syfte, vara objektiv, rimlig och proportionerlig.¹⁴⁹ Godtagbara syften för begränsning av rättigheterna har exempelvis varit patientsäkerhet eller allokering av statens resurser.¹⁵⁰ För bedömning av huruvida åtgärden är objektiv och rimlig åtnjuter staten en bredare tolk-

¹⁴³ Europadomstolen, *Rees v. the United Kingdom*, punkt 37; Europadomstolen, *James and Others v. the United Kingdom*, punkterna 34 och 50; och Europadomstolen, *Sporrong and Lönnroth v. Sweden*, punkterna 26 och 69. Se även Angeleri (2022) s. 109.

¹⁴⁴ Europadomstolen, *D. v. the United Kingdom*; Europadomstolen, *N. v. the United Kingdom* [GC]; och Europadomstolen, *Paposhvili v. Belgium*, punkterna 172-183. Se även Angeleri (2022) s. 36-40 och 136.

¹⁴⁵ Europadomstolen, *N. v. the United Kingdom* [GC], punkt 44; Europadomstolen, *Yoh-Ekale Mwanje v. Belgium*, punkt 82; och Europadomstolen, *A.S. v. Switzerland*, punkt 31. Se även Angeleri (2022) s. 137.

¹⁴⁶ Europadomstolen, *Paposhvili v. Belgium*, punkt 183.

¹⁴⁷ *Ibid.* punkterna 189-190; och Europadomstolen, *Savran v. Denmark* [GC], punkterna 46-48 och 51.

¹⁴⁸ Europadomstolen, *Bah v. the United Kingdom*, punkterna 45-46.

¹⁴⁹ Se t.ex. Europadomstolen, *Thlimmenos v. Greece* [GC]; och Europadomstolen, *Case "Relating to Certain Aspects of the Laws on the Use of Languages in Education in Belgium" v. Belgium*. Se även Lind (2009) s. 213.

¹⁵⁰ Europadomstolen, *Dhahbi v. Italy*, punkt 53; och Europadomstolen, *Ponomaryovi v. Bulgaria*, punkt 55.

ningsmarginal gällande exempelvis begränsning av rättigheterna i artikel 8 och smalare i förhållande till artikel 2 och 3.¹⁵¹

Skillnad i åtnjutande av rättigheter får ej göras jämfört med andra personer i en jämförbar situation. Det har konstaterats av Europadomstolen att det kan finnas legitima skäl för att undanta papperslösa från resurskrävande statligt stöd, som exempelvis hälso- och sjukvård, eftersom papperslösa vanligtvis inte bidrar till stödets finansiering genom skatt.¹⁵² Ett sådant fall har dock inte prövats av domstolen än. Det kan också vara rättfärdigat att skilja mellan olika typer av migranter.¹⁵³ En distinktion baserad på migrationsrättslig status är lättare att rättfärdiga än exempelvis en distinktion baserad på nationalitet. Detta eftersom Europadomstolen i sin praxis ansett att en status som papperslös grundar sig i ett val, medan exempelvis etnicitet eller kön inte är någonting som en individ kan välja själv.¹⁵⁴

Sammanfattningsvis är det tydligt att det inte finns en uttrycklig rätt till hälsa i EKMR, varken för papperslösa eller andra. Trots det bidrar konventionen indirekt till en rätt till hälso- och sjukvård i enskilda fall när mycket grundläggande civila rättigheter äventyras. Med tanke på de höga trösklar som ställs för EKMR:s tillämplighet, syftar konventionen till att ålägga stater skyldigheter enbart i relation till risken för mycket allvarliga konsekvenser för individen. De rättsfall som aktualiserar konventionsbrott verkar alla handla om situationer av utsatthet för samhällets mest sårbara grupper, som ofta är tvingade till att förlita sig på statliga insatser för att kunna överleva.

Trots att EKMR är skapad för att vara flexibel och följa med i samtidens utveckling, har Europadomstolens retorik inte riktigt anpassats efter den rätt till hälsa för papperslösa och relaterade statliga skyldigheter som vuxit fram i många andra internationella ramverk. Som vi kommer se senare, i avsnitt 4.5.1, har FN:s kommitté för mänskliga rättigheter exempelvis på ett mer uttryckligt sätt försökt framhäva att även papperslösa har rätt till viss hälso- och sjukvård.

4.4.2 Europeiska sociala stadgan (reviderad) (ESC)

4.4.2.1 *Introduktion*

Europarådets andra konvention, den reviderade versionen av ESC, ratificerades av Sverige år 1992. För övervakning av ESC finns den europeiska kommittén för sociala rättigheter (Europakommittén), vilken stater är skyldiga att årligen rapportera till. Kommitténs slutsatser av rapporterna redovisas i s.k. *conclusions* och rekommenderar staterna om hur de kan förverkliga ESC:s rättigheter på bästa sätt. Europakommittén har även i uppgift att han-

¹⁵¹ Se t.ex. Europadomstolen, *Ponomaryovi v. Bulgaria*, punkterna 52-58.

¹⁵² Ibid. punkt 54.

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ Europadomstolen, *Bah v. the United Kingdom*, punkterna 45 och 47.

tera kollektiva klagomål från organisationer mot stater, för de stater som ratificerat aktuellt tilläggsprotokoll. För Sverige trädde protokollet i kraft år 1998.¹⁵⁵ Enskilda kan inte framföra klagomål till kommittén.

4.4.2.2 *Tillämpliga artiklar*

Rätten till hälsa har generellt sett betraktats som en av de mest grundläggande socioekonomiska rättigheterna, eftersom viss miniminivå av hälsa krävs för att en individ ska ha en reell möjlighet att åtnjuta sina civila rättigheter och friheter.¹⁵⁶ I ESC finns – till skillnad från i EKMR – två artiklar som direkt berör rätten till hälsa. Ett målstadgande i del 1, punkt 11 ESC behandlar även konventionsstaternas åtagande att arbeta för varje individs bästa möjliga hälsotillstånd. ESC:s definition av hälsa följer Världshälsoorganisationens definition och avser såväl fysiskt som psykiskt välbefinnande.¹⁵⁷ Definitionen handlar inte bara om att vara frisk, utan belyser också vikten av icke-medicinska faktorer som tillgång till bostad, rent vatten, mat och god hygien.¹⁵⁸ Definitionen av en god hälsa är således en kombination av medicinska och sociala omständigheter hos den enskilde. Rättigheten ska inte ses som en rätt att vara hälsosam eller frisk, utan snarare en rätt att som individ ges korrekta förutsättningar för att uppnå högsta möjliga nivå av fysisk och psykisk hälsa. Denna nivå kan självfallet variera från person till person. Vad som utgör en god hälsa förändras också över tid, i samband med den medicinska utvecklingen.¹⁵⁹

Artikel 11 ESC, rätt till skydd för hälsa, ålägger stater att vidta åtgärder för att bland annat främja god hälsa och förebygga folkhälsoproblem. Åtgärderna i artikeln är brett formulerade och icke uttömmande. De medför ett ansvar för staterna att införliva ett effektivt och tillförlitligt hälso- och sjukvårdssystem, som ska tillgängliggöras för alla i landet.¹⁶⁰ Artikel 11 uppställer således krav på staters agerande, inte krav på ett särskilt resultat. Artikeln är avsedd att komplettera de grundläggande rättigheterna i artikel 2 och 3 EKMR, som bygger på principen om mänsklig värdighet. Tillgång till hälso- och sjukvård är enligt kommittén en förutsättning för att bevara denna värdighet hos människor.¹⁶¹ Tillgängligheten har ett flertal olika dimensioner, som exempelvis

¹⁵⁵ Prop. 1997/98:82 s. 11 ff.

¹⁵⁶ Roscam Abbing (2005) s. 185; och EU-kommissionens generaldirektorat för forskning och innovation (1999) s. 9.

¹⁵⁷ Europakommittén (2020) s. 5.

¹⁵⁸ ESK-kommittén, *General Comment* no. 14, p. 4; Europakommittén, *Transgender Europe and ILGA-Europe v. the Czech Republic*, punkt 71; och Commission on Social Determinants of Health (2008) s. 6.

¹⁵⁹ Zillén (2019) s. 111; och prop. 1981/82:97 s. 113.

¹⁶⁰ Europakommittén, *Conclusions XX-2 2013 - Spain - Article 11-1* (2013), s. 13. Se också Europakommittén, *FIDH v. France*, punkt 3.

¹⁶¹ Europakommittén (2020) s. 5 f.

geografisk tillgänglighet,¹⁶² tillgänglighet utan diskriminering,¹⁶³ tillgång till information,¹⁶⁴ ekonomisk tillgänglighet¹⁶⁵ och tillgång till medicinska resurser som vårdpersonal.¹⁶⁶ De olika aspekterna av tillgänglighet behandlas vidare i avsnitt 4.5.2.

Artikel 13 ESC fastställer rätten till socialt och medicinskt stöd för människor utan tillräckliga ekonomiska resurser. Även denna artikel aktualiserar principen om mänsklig värdighet,¹⁶⁷ med betoning på en rätt att få en miniminivå av sina medicinska behov tillgodosedda oavsett ekonomiska tillgångar.¹⁶⁸ Enligt artikelns ordalydelse åtar sig konventionsstaterna att se till att personer som saknar, och som inte på något sätt kan skaffa sig, tillräckliga medel, ändå får den vård deras tillstånd kräver.¹⁶⁹ Genom ordvalet ”se till att” begär ESC att staterna uppnår ett visst konkret resultat,¹⁷⁰ som ska realiseras omedelbart och inte gradvis.¹⁷¹ Artikel 13 riktar primärt in sig på den ekonomiska tillgängligheten till hälso- och sjukvård. ESC:s krav på resultat kan uppnås genom att staten subventionerar kostnaden för den som inte har råd med vården, erbjuder vården gratis eller betalar ut en klumpsumma som ger individen själv möjlighet att uppsöka och betala för vård.¹⁷² Varje person som är i behov av stödet i artikel 13 ska ha rätt till det och Europakommittén har

¹⁶² Europakommittén, *Conclusions I* - Statement of Interpretation - Article 13 (1969); och *Conclusions 2017* - Russian Federation - Article 11-2.

¹⁶³ Europakommittén, *Conclusions 2005* - Statement of Interpretation - Article 11 (2005); Europakommittén, *Conclusions XIX-2* - Slovak Republic - Article 11-1 (2010); och Europakommittén, *Médecins du Monde - International v. France*, punkt 163.

¹⁶⁴ Europakommittén, *Médecins du Monde - International v. France*, punkt 152; *International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) v. Croatia*; och Europakommittén, *Conclusions 2021* - Ukraine - Article 11-2 (2022).

¹⁶⁵ Europakommittén, *Conclusions 2017* - Lithuania - Article 11-1 (2017); Europakommittén, *Conclusions 2009* - Ukraine - Article 11-1 (2010); och Europakommittén, *Conclusions 2021* - Slovak Republic - Article 11-1 (2021).

¹⁶⁶ Europakommittén, *Conclusions 2021* - Serbia - Article 11-1 (2021); Europakommittén, *Conclusions 2021* - Latvia - Article 11-1 (2021); Europakommittén, *Conclusions 2021* - Georgia - Article 11-1 (2021); Europakommittén, *Conclusions 2021* - Turkey - Article 11-1 (2021); Europakommittén, *Conclusions I* - Statement of Interpretation - Article 11 (1969); och Europakommittén, *International Commission of Jurists (ICJ) and European Council for Refugees and Exiles (ECRE) v. Greece*, punkterna 225-227.

¹⁶⁷ Europakommittén, *Conclusions I* - Statement of Interpretation - Article 13 (1969); Europakommittén, *ICJ and ECRE v. Greece*, punkt 236; Europakommittén, *Conclusions XX-2* - Statement of Interpretation - Article 13-1, 13-4 (2013); och Europakommittén, *European Federation of National Organisations working with the Homeless (FEANTSA) v. the Netherlands*, punkt 170.

¹⁶⁸ Angeleri (2022) s. 113.

¹⁶⁹ Artikel 13.1 ESC.

¹⁷⁰ Litins'ka (2023) s. 6.

¹⁷¹ Europakommittén, *Conclusions XIII-4*, Statement of Interpretation on Article 13§1 (1996) s. 54-57; och Europakommittén, *Conclusions XIV-1* - Portugal - Article 13-4 (1998).

¹⁷² Europakommittén, *Conclusions 2017* - Bosnia and Herzegovina - Article 13-1 (2017).

uttryckt att rätten till stöd varken får bero på hur länge personen bott i landet eller personens tidigare bidrag till statens välfärd genom till exempel skatt.¹⁷³

Alla ESC:s artiklar ska tillämpas utan diskriminering, enligt artikel 2. I förhållande till artikel 11 och 13 innebär detta att var och en ska garanteras rätt till hälso- och sjukvård på ett icke-diskriminerande sätt. Som vi kommer se i nästkommande avsnitt är dock vissa personer helt undantagna från ESC:s tillämpningsområde, vilket gör att de även exkluderas från bestämmelsen om icke-diskriminering.

4.4.2.3 ESC:s tillämpning på papperslösa

ESC är ett undantag från den annars universella tillämpningen av många internationella överenskommelser kring mänskliga rättigheter. Konventionen gör nämligen flera uppdelningar mellan medborgare och olika grupper av utlänningar. För det första är ESC:s rättigheter inte absoluta. Enligt artikel G.1 får alla rättigheter begränsas genom lag om det är nödvändigt för att uppnå vissa angivna syften. En del artiklar har också egna möjligheter till inskränkningar.

För det andra placerar punkt 1 i tillägget till ESC som utgångspunkt papperslösa utanför ESC:s tillämpningsområde. Enligt tillägget ska enbart – utöver konventionsstatens medborgare – utlänningar som är medborgare i en annan konventionsstat och som är lagligen bosatta i eller regelmässigt arbetar inom vederbörande stats område, omfattas av ESC:s artiklar. Undantagsbestämmelsen är emellertid subsidiär i förhållande till vissa artiklar i ESC, bland annat artikel 13.4.

Artikel 13.4 stadgar å sin sida att vid tillämpning av artikel 13, rätten till socialt och medicinskt stöd, ska ingen åtskillnad göras mellan statens egna medborgare och medborgare i en annan konventionsstat, som lagligen uppehåller sig inom statens territorium. ESC utvecklar inte vad som avses med ”lagligen uppehåller sig”, men med tanke på ESC:s subsidiära position i förhållande till nationell rätt och avsaknad av en autonom definition, kan det antas att den förlitar sig på staternas nationella definitioner av laglig vistelse.¹⁷⁴ Sammanfattningsvis ger således en bokstavstolkning av ESC ingen rätt till hälsa till utlänningar som vistas i landet utan tillstånd, det vill säga papperslösa, eftersom de exkluderas både av punkt 1 i ESC:s tillägg och artikel 13.4. Det har dock utvecklats en praxis efter en mer teleologisk tolkning, som kan leda till andra slutsatser.

¹⁷³ Europakommittén, *Médecins du Monde - International v. France*, p. 176–177; *Conclusions* 2017 - Austria - Article 13-1 (2017); Europakommittén, *Conclusions* 2013 - Bosnia and Herzegovina - Article 13-1 (2013); Europakommittén, *Conclusions XXI-2 - Denmark - Article 13-4* (2017); och Lukas (2021) s. 190.

¹⁷⁴ Litins'ka (2023) s. 4.

Europakommittén har nämligen genom olika tolkningar i sina beslut erkänt papperslösa ett antal grundläggande rättigheter, med hänvisning till bland annat ESC:s syfte och ändamål. Vändpunkten var klagomålsprocessen *FIDH mot Frankrike*.¹⁷⁵ I fallet anförde kommittén flera skäl för att alla utlänningar, även papperslösa, har rätt till en viss miniminivå av medicinskt stöd. För det första måste en tolkning av ESC:s tillägg göras i ljuset av ESC:s ändamål och syfte, det vill säga en teleologisk tolkning.¹⁷⁶ Det ska också tolkas på ett sätt som skyddar de mest grundläggande socioekonomiska rättigheterna. Begränsningar av sådana rättigheter ska tolkas restriktivt för att respektera syftet med ESC.¹⁷⁷

För det andra syftar ESC:s rättigheter till att komplimentera de i EKMR. Papperslösa måste därför minst ha rätt till den vård som är nödvändig för att säkerställa att staten uppfyller sina åtaganden enligt EKMR om rätten till liv och förbudet mot tortyr. ESC grundas likt EKMR på värderingar såsom alla människors lika värde.¹⁷⁸ Tillgång till hälso- och sjukvård är en förutsättning för att upprätthålla den idé om mänsklig värdighet som båda konventionerna bygger på. Därför måste rätten till medicinskt stöd enligt kommittén i viss mån gälla för alla människor; även papperslösa.¹⁷⁹

Det har upprepats av Europakommittén ett flertal gånger efter *FIDH*-processen att det finns en miniminivå av socioekonomiska rättigheter som måste garanteras alla – även papperslösa – som skydd för deras mänskliga värdighet. Detta inkluderar i varje fall akut vård som kan kopplas till skydd av grundläggande rättigheter, såsom skydd för liv, personlig integritet och hälsa.¹⁸⁰ Det krävs alltså ett visst akut och allvarligt medicinskt behov för att ESC ska kunna appliceras på papperslösa. När ett sådant akut och allvarligt behov uppstår är svårt att definiera, då det beror på omständigheter i varje enskilt fall. Rättigheterna i artikel 11 och 13 är som bekant beroende av andra faktorer än medicinska, som vilka sociala och ekonomiska levnadsförhållanden individ- en har. Eftersom Europakommittén också hänvisat till skyddet för grundläggande rättigheter, såsom skydd för liv, är papperslösas skydd enligt ESC också beroende av vilka statliga skyldigheter artikel 2 och 3 i EKMR medför. Som vi sett tidigare kräver skyddet för de grundläggande rättigheterna i EKMR inte nödvändigtvis att det ska handla om behov av akutsjukvård, utan kan

¹⁷⁵ Europakommittén, *FIDH v. France*, Collective complaint No. 14/2003.

¹⁷⁶ Europakommittén, *FIDH v. France*, punkt 26.

¹⁷⁷ Europakommittén, *FIDH v. France*, punkt 29.

¹⁷⁸ Europakommittén, *FIDH v. France*, punkt 27.

¹⁷⁹ Europakommittén, *FIDH v. France*, punkt 31.

¹⁸⁰ Se t.ex. Europakommittén, *Conclusions 2017 - Austria - Article 13-4 (2017)*; Europakommittén, *Conclusions 2017 - Armenia - Article 13-1 (2017)*; Europakommittén, *Conclusions 2017 - Belgium - Article 13-1 (2017)*; Europakommittén, *Conclusions XXI-2 - Denmark - Article 13-1 (2017)*. Se också Europakommittén, *DCI v. Belgium*, punkt 38; och Europakommittén, *FEANTSA v. the Netherlands*, punkt 58.

även sträcka sig till andra typer av vård. Den enskildes behov måste dock ha nått en betydande allvarlighetsgrad för att aktualisera rättigheterna i EKMR.

Ett annat viktigt fall som utvecklar tanken om vissa grundläggande rättigheter för alla människor är *FEANTSA mot Nederländerna*.¹⁸¹ Europakommittén menade igen att den inskränkning som finns i tillägget avseende ESC:s tillämpningsområde inte bör tolkas på så sätt att den berövar papperslösa skydd av de mest grundläggande rättigheterna.¹⁸² När det gäller artikel 13 och rätten till medicinskt stöd får kravet på akut och allvarligt behov hos individen inte tolkas för snävt.¹⁸³ En inskränkning av rättigheten kan vara berättigad av exempelvis migrationspolitiska skäl, men en sådan inskränkning måste fortfarande vara proportionerlig i förhållande till människors inneboende grundläggande rättigheter.¹⁸⁴ Även *CEC mot Nederländerna*¹⁸⁵ betonar att akut medicinskt stöd i enlighet med artikel 13 bör ges till alla utlänningar, oavsett migrationsstatus.¹⁸⁶

Europakommittén har också uttryckt att ESC måste tolkas i ljuset av andra tillämpbara, universella regler i internationell rätt, såsom exempelvis ICESCR.¹⁸⁷ I andra stycket i tilläggets punkt 1 står närmare bestämt att tillägget inte hindrar stater från att utvidga ESC:s personkrets genom nationell lagstiftning eller andra internationella åtaganden. Det står alltså konventionsstaterna fritt att ge starkare rättigheter för utlänningar än vad ESC tillhandahåller.

Oaktat de exempel som finns, ska Europakommitténs argumentation för papperslösas rätt till hälsa troligen ses som ett undantag snarare än en regel. De exempel som finns innefattar alla särskilda omständigheter och handlar ofta om papperslösa barn som ansetts vara särskilt utsatta.¹⁸⁸

Europakommittén har sammanfattningsvis erkänt att flera faktorer kan ha en inverkan på en persons hälsa. Dess praxis är relativt progressiv, med tanke på erkännandet av grundläggande rättigheter även för papperslösa, även om det medicinska behovet än så länge i förhållande till artikel 11 och 13 kräver viss akut eller brådskande karaktär. Att papperslösa vid första anblick inte omfatt-

¹⁸¹ Europakommittén, *FEANTSA v. the Netherlands*, Collective complaint No. 86/2012.

¹⁸² Europakommittén, *FEANTSA v. the Netherlands*, punkt 58.

¹⁸³ Europakommittén, *FEANTSA v. the Netherlands*, punkt 171. Se också Europakommittén, *Conference of European Churches (CEC) v. the Netherlands*, punkt 105; och Europakommittén, *Conclusions 2013 - Montenegro - Article 13-4* (2013).

¹⁸⁴ Europakommittén, *FEANTSA v. the Netherlands*, punkterna 182-183.

¹⁸⁵ Europakommittén, *CEC v. the Netherlands*, Collective complaint No. 90/2013.

¹⁸⁶ Europakommittén, *CEC v. the Netherlands*, punkterna 73-75. Se också Europakommittén, *Conclusions XVI-1 - Portugal - Article 13-4* (2003); Europakommittén, *Conclusions 2009 - Italy - Article 13-4* (2010); och Europakommittén, *Conclusions 2013 - Malta - Article 13-4* (2013).

¹⁸⁷ Europakommittén, *DCI v. the Netherlands*, punkt 35; Europakommittén, *DCI v. Belgium*, punkterna 29 och 33; och Europakommittén, *CEC v. the Netherlands*, punkt 68.

¹⁸⁸ Angeleri (2022) s. 55.

as av ESC:s personkrets bekräftar vidare synsättet att socioekonomiska rättigheter mestadels är till för medborgare och personer som har tillstånd att vistas i ett land och som bidrar till samhället och välfärden genom att betala skatt.¹⁸⁹ Ett sådant sätt att se på socioekonomiska rättigheter riskerar enligt mig att underminera tanken om ett inneboende mänskligt värde hos envar, oavsett migrationsrättslig status.

4.5 FN:s konventioner

4.5.1 Internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR)

Precis som EKMR utformades ICCPR för att skapa skyldigheter för stater att omedelbart respektera och tillförsäkra människor civila rättigheter.¹⁹⁰ Som motsvarighet till artikel 2 EKMR finns artikel 6 ICCPR, som ålägger konventionsstater att vidta positiva åtgärder för att skydda rätten till liv. Denna handlar enligt ICCPR inte bara om att skydda människor från en för tidig död eller livshotande situationer, utan även om att ge individer möjlighet att leva ett värdigt liv.¹⁹¹ Enligt ICCPR:s preamble erkänner konventionsstaterna att konventionens rättigheter utgår från det inneboende värdet hos varje enskild människa. Den mänskliga värdigheten hos alla människor är således en stark utgångspunkt när det gäller förståelsen av de civila rättigheterna i ICCPR. Till skillnad från EKMR anges detta uttryckligen i ICCPR:s konventionstext.

Granskande organ för ICCPR är FN:s kommitté för mänskliga rättigheter (MR-kommittén). Kommittén granskar och kommenterar, i s.k. *concluding observations*, rapporter från konventionsstaterna om vilka åtgärder de vidtagit för att förverkliga konventionens rättigheter.¹⁹² Organet publicerar också s.k. *general comments*, som mer generellt förklarar hur olika konventionsartiklar bör tolkas. Det finns en möjlighet för MR-kommittén att behandla klagomål från konventionsstater,¹⁹³ samt i vissa fall från enskilda,¹⁹⁴ riktade mot andra konventionsstater. MR-kommitténs uttalanden har en mycket auktoritär hållning i den internationella rätten, även om de inte är en bindande rättskälla.¹⁹⁵

Som vi sett i avsnitt 4.4.1 har Europadomstolen inte i sina domskäl uttryckligen kopplat artikel 2 EKMR till en rätt till hälsa för papperslösa. Kopplingen

¹⁸⁹ Angeleri (2022) s. 54.

¹⁹⁰ Ibid. s. 76; Artikel 2.1 ICCPR. Se också MR-kommittén, *General Comment* No. 31, punkterna 5 och 14.

¹⁹¹ MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, p. 11.3; och MR-kommittén, *General Comment* No. 36, punkt 3.

¹⁹² Artikel 40 ICCPR.

¹⁹³ Artikel 41 ICCPR.

¹⁹⁴ Klagomål från enskilda kan enbart göras mot stater som ratificerat det första tilläggsprotokollet till ICCPR från 16 december 1966. Sverige ratificerade tilläggsprotokollet år 1971.

¹⁹⁵ ICJ, *Ahmadou Sadio Diallo (Republic of Guinea v. Democratic Republic of the Congo)*, punkt 66; och Angeleri (2022) s. 45.

görs endast indirekt genom att diskutera en hälsorelaterad fara för liv som staten kan hållas ansvarig för. Till skillnad från Europadomstolen har dock flera FN-organ i samband med artikel 6 ICCPR argumenterat utifrån olika samhällsgruppers sårbarhet, icke-diskriminering och positiva kärnförpliktelser för att förtydliga vilken nivå av hälso- och sjukvård som papperslösa ska ha rätt att åtnjuta utan diskriminering. Detta trots att ICCPR, precis som EKMR, enligt sitt innehåll enbart reglerar civila rättigheter och inte socioekonomiska. Det ska också nämnas att MR-kommittén, likt Europadomstolen, utvecklat en princip om *non-refoulement*, vilken i vissa fall har kunnat kopplas till papperslösas hälsotillstånd vid utvisningsbeslut.¹⁹⁶

Att tolka artikel 6 ICCPR för snävt går emot konventionens syfte.¹⁹⁷ Enligt MR-kommittén ska skyldigheten för stater att skydda liv också innebära att staterna ska vidta lämpliga åtgärder för att motverka samhällsproblem som kan utgöra ett direkt hot mot liv eller mot individers möjlighet att åtnjuta deras rätt till liv med viss värdighet.¹⁹⁸ Sådana samhällsproblem kan exempelvis vara spridning av livshotande sjukdomar,¹⁹⁹ utbredd hunger, fattigdom eller hemlöshet.²⁰⁰ För att uppfylla skyldigheterna enligt artikel 6 behöver stater därför erbjuda alla människor en viss nivå av hälso- och sjukvård.²⁰¹

MR-kommitténs betoning på att inte tolka artikel 6 för snävt har på hälso- och sjukvårdsområdet resulterat i att tolkningen inte får begränsas till att bara avse erbjudande av akutvård.²⁰² Viktigt för denna tolkning av artikel 6 var klagomålet *Toussaint mot Canada*.²⁰³ Klagomålet kom från en enskild sökande, Toussaint, som vistades i Kanada utan tillstånd. Enligt ansökan hade Kanada utsatt Toussaints liv för fara genom att neka henne ekonomiskt stöd för nödvändig vård av hennes livshotande hälsotillstånd. Enligt kanadensiska myndigheter hade Toussaint själv försatt sig i en livshotande situation genom att välja att förbli i landet utan tillstånd. MR-kommittén konstaterade att artikel 6 ålägger stater att som minimum tillhandahålla hälso- och sjukvård som är tillräckligt tillgänglig, i situationer där bristande tillgång skulle kunna utsätta en individs liv för en rimligen förutsägbar risk.²⁰⁴ Kanada hävdade att deras statliga skyldighet hade uppfyllts eftersom Toussaint trots allt hade rätt till offentligt finansierad akutvård samt primärvård från olika frivilligorganisationer, på en *pro bono*-basis eller genom privat sjukförsäkring. MR-kommittén menade dock att oavsett vilken vård Toussaint skulle ha kunnat få på

¹⁹⁶ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2018) s. 1.

¹⁹⁷ MR-kommittén, *General Comment* No. 6, punkt 5; och MR-kommittén, *General Comment* No. 36, punkterna 3, 6-9, 24-26.

¹⁹⁸ MR-kommittén, *General Comment* No. 36, punkt 26.

¹⁹⁹ MR-kommittén (2012) s. 3, punkt 9.

²⁰⁰ MR-kommittén, *General comment* No. 6, punkt 5; och MR-kommittén, *Concluding observations: Canada* (1999) punkt 12.

²⁰¹ MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, punkt 11.3. Se också MR-kommittén, *Concluding observations on the 4th periodic report of Israel* (2014) punkt 12.

²⁰² MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*; och Angeleri (2022) s. 142 och 171.

²⁰³ MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, Communications No. 2348/2014.

²⁰⁴ MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, punkt 11.3.

annat håll, hade statens beslut att neka henne ekonomiskt stöd för nödvändig vård allvarligt hotat hennes liv och hälsa.²⁰⁵ Detta utgjorde ett brott mot artikel 6 ICCPR.

Målet visar att enbart akutvård för papperslösa inte är tillräckligt för att uppfylla staters åtaganden under artikel 6. Staten måste kunna erbjuda vård utöver det, för att skydda individen från att över huvud taget hamna i en livshotande situation där akutvård blir nödvändig. Utöver akutvård ska alltså vård av kroniska och kontinuerliga medicinska behov också tillhandahållas.²⁰⁶ Detta i ett mer förebyggande syfte, snarare än att bara tillhandahålla akuta engångsbehandlingar. MR-kommittén verkar också lägga vikt vid att vården måste vara faktiskt tillgänglig för individen. Att neka Toussaint ekonomiskt stöd gjorde att vården blev ekonomiskt otillgänglig för henne.

Aktuell i målet blev också artikel 26 ICCPR om skydd mot diskriminerande lagstiftning. Rättigheterna ska garanteras människor utan diskriminering mellan medborgare och utlänningar – eller mellan reguljära och irreguljära migranter – eftersom alla utlänningar har en inneboende rätt till liv.²⁰⁷ Emellertid utgör inte all differentiering mellan människor diskriminering, så länge åtskillnaden kan motiveras på ett rimligt, objektiva och proportionerligt sätt,²⁰⁸ samt är förenligt med ett legitimt syfte.²⁰⁹ Eftersom nekandet av ekonomiskt stöd till Toussaint hade kunnat resultera i sökandens död eller irreversibla skador på hennes hälsa, ansåg MR-kommittén att exkluderandet av papperslösa från stödet inte kunde motiveras på ett rimligt och objektiva sätt. Därför utgjorde den kanadensiska ordningen diskriminering under artikel 26.²¹⁰

Av detta kan slutsatsen dras att stater enligt ICCPR inte har en oinskränkt rätt att förebygga irreguljär migration. Åtgärderna som vidtas måste fortfarande vara rimliga, objektiva och proportionerliga i förhållande till migranternas inneboende rättigheter. Att systematiskt neka en grupp av migranter nödvändig vård som kan förebygga irreversibel skada på liv eller hälsa, som ett sätt att implementera statens migrationslagstiftning, utgör således inte en rimlig, objektiva eller proportionerlig begränsning av rätten till liv.

Toussaint-fallet visar att MR-kommitténs tolkning av artikel 6 ICCPR är ganska lik Europadomstolens tillämpning av artiklarna i EKMR. Båda konventioner förutsätter en risk för individens liv, att staten visste eller borde

²⁰⁵ MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, punkt 11.4.

²⁰⁶ Angeleri (2022) s. 142.

²⁰⁷ MR-kommittén, *General Comment No. 15*, punkt 7; och MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, punkt 11.7.

²⁰⁸ MR-kommittén, *General Comment No. 18*, punkt 13. Se också t.ex. MR-kommittén, *Broeks v. the Netherlands*, punkt 13; och MR-kommittén, *Zwaan-de Vries v. the Netherlands*, punkt 13.

²⁰⁹ MR-kommittén, *General Comment No. 18*, punkt 13. Se också t.ex. MR-kommittén, *O'Neill and Quinn v. Ireland*, punkt 8.3; och MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, punkt 11.7.

²¹⁰ MR-kommittén, *Toussaint v. Canada*, punkt 11.8.

vetat om risken och hade möjlighet att begränsa eller förhindra den. Medan EKMR enligt Europadomstolens formuleringar förutsätter ett mycket allvarligt hälsotillstånd för dess tillämplighet, betonade MR-kommittén i *Toussaint*-fallet inte särskilt vikten av viss allvarlighetsgrad i sökandens hälsotillstånd. I detta fall hade emellertid nationella domstolar i Kanada redan varit eniga i att en risk för Toussaints liv hade förelegat till följd av nekandet av statligt ekonomiskt stöd, varför MR-kommittén möjligen inte såg det som nödvändigt att utveckla detta ytterligare i sitt resonemang. Av just detta fall kan därför inte en god slutsats dras om huruvida EKMR och ICCPR förutsätter samma nivå av allvarlighetsgrad av hälsotillstånd hos en person innan rätten till liv kan aktualiseras, eller om ICCPR inte ställer lika höga krav.

4.5.2 Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR)

ICESCR är universellt tillämplig och grundas precis som ICCPR på ett erkännande om att dess rättigheter har sitt ursprung i alla människors inneboende värde.²¹¹ Utöver konventionens uttryckliga bestämmelse om att rättigheterna ska gälla utan diskriminering på grund av exempelvis nationalitet eller annan status,²¹² har ICESCR:s granskande organ, FN:s kommitté för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-kommittén), uttalat att alla migranter, särskilt papperslösa, ska ses som speciellt sårbara när det kommer till åtnjutandet av socioekonomiska rättigheter.²¹³ Precis som MR-kommittén, tar ESK-kommittén emot rapporter från konventionsstaterna och publicerar i sin tur s.k. *concluding observations* som svar på dessa. Utöver det har ESK-kommittén samma möjlighet som MR-kommittén att publicera s.k. *general comments* om hur ICESCR ska tolkas.

Precis som ESC behandlar ICESCR socioekonomiska rättigheter, som ska realiseras gradvis med hänsyn till statens tillgängliga resurser.²¹⁴ Med undantag från det gradvisa förverkligandet finns i artikel 2 och 3 ICESCR minst två omedelbara skyldigheter som uppstår för konventionsstaterna. Den första är att omedelbart börja ta steg mot förverkligande av rättigheterna.²¹⁵ Den andra är att omedelbart se till att den nationella regleringen av statens socioekonomiska rättigheter utformats på ett icke-diskriminerande sätt.²¹⁶

I sina *general comments* har ESK-kommittén utöver detta uttryckligen belyst att trots konventionens socioekonomiska karaktär, finns vissa minimi- eller kärnrättigheter som skapar omedelbara skyldigheter för staterna.²¹⁷ I dessa skyldigheter ingår exempelvis att tillse tillgång till nödvändig primärvård för

²¹¹ *Preamble* ICESCR.

²¹² Artikel 2.2 ICESCR; och ESK-kommittén, *General Comment* No. 20, punkt 32.

²¹³ ESK-kommittén (2017) s. 3-4.

²¹⁴ Artikel 2.1 och 2.3 ICESCR; UNCHR (1987) punkt 21; ESK-kommittén, *General Comment* No. 3; och ESK-kommittén, *General Comment* No. 14, punkterna 30-31.

²¹⁵ Artikel 2.1 ICESCR; och ESK-kommittén, *General Comment* No. 3, punkterna 2-3.

²¹⁶ Artikel 2.2 och 3 ICESCR; och ESK-kommittén *General Comment* No. 3, punkt 1.

²¹⁷ UNCHR (1987) punkterna 25, 35, 47 och 55.

alla.²¹⁸ Primärvården har av ESK-kommittén tolkats som att typiskt sett innefatta behandling av relativt vanliga och icke allvarliga sjukdomar som kan tillhandahållas av allmänläkare eller övrig vårdpersonal till en lägre kostnad. Definitionen är dock inte helt klar och kommittén erkänner att begreppet primärvård inte uppställer några tydliga krav på vilken specifik typ av vård stater måste erbjuda.²¹⁹ Det står dock klart att tillgång till primärvård är någonting annat, och mer, än tillgång till akutvård. Tolkningen att ICESCR innefattar vissa kärnrättigheter som ska gälla omedelbart för alla har både hyllats och kritiserats. Hyllats eftersom den försöker konkretisera en slags nedre gräns av socioekonomiska rättigheter som stater inte får falla under.²²⁰ Kritiserats bland annat eftersom tolkningen inte har en särskilt stark koppling till konventionstextens ordalydelse och därför kan bli aningen otydlig för staterna som ratificerat ICESCR.²²¹

Mest relevant för uppsatsens syfte och frågeställningar är artikel 12 ICESCR, rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.²²² I artikelns andra punkt finns en icke uttömmande lista av breda skyldigheter för staten att vidta vissa nödvändiga åtgärder för att lyckas förverkliga rättigheten. Listan innefattar exempelvis förebyggande av sjukdomar och skapande av förutsättningar som försäkrar tillgång till hälso- och sjukvård för alla i behov.²²³ Vilka konkreta åtgärder skyldigheterna föranleder verkar vara mer fritt för staten att avgöra och beror på dess utveckling och resurser.

Även ICESCR utgår från Världshälsoorganisationens definition av hälsa, vilken inkluderar bland annat de tidigare nämnda sociala faktorerna, utöver de medicinska.²²⁴ Rätten till hälsa är således beroende av att också andra rättigheter i ICESCR förverkligas, som exempelvis rätten till en adekvat levnadsstandard.²²⁵ Det har bekräftats av ESK-kommittén att rätten till hälsa inte ska tolkas som en rätt för människor att vara hälsosamma och friska,²²⁶ utan snarare som en garanti för att staten inte ska inskränka individens möjlighet till bästa möjliga hälsa samt statens skyldighet att ge individen rätt förutsättningar för att nå den hälsan, genom exempelvis upprättande av ett fungerande hälso- och sjukvårdssystem. Både individens biologiska och socioekonomiska förutsättningar, såväl som statens tillgängliga resurser, avgör vad som är den bästa möjliga hälsan för en person.²²⁷

²¹⁸ Kärnrättigheter på det sätt som också beskrivits i avsnitt 4.3. Se ESK-kommittén, *General Comment No. 14*, punkt 43.

²¹⁹ ESK-kommittén, *General Comment No. 14*, se fotnot 9.

²²⁰ Angeleri (2022) s. 86.

²²¹ Ibid.; och Tobin (2012) s. 9.

²²² Artikel 12.1 ICESCR.

²²³ Artikel 12.2 (c-d) ICESCR.

²²⁴ Se avsnitt 4.4.2.2; och ESK-kommittén, *General Comment No. 14*, punkt 4.

²²⁵ Artikel 11 ICESCR.

²²⁶ ESK-kommittén, *General Comment No. 14*, punkt 7.

²²⁷ Prop. 2012/13:109 s. 31.

En viktig del av rätten till hälsa i ICESCR – som även spridit sig till tolkning-
en av andra konventioner – är på vilket sätt en stat är skyldig att tillgänglig-
göra hälso- och sjukvård för hela befolkningen, för att uppfylla sina konven-
tionsåtaganden. Enligt ESK-kommittén ska statens tillhandahållande av
hälso- och sjukvård utgå från fyra beståndsdelar, de s.k. AAAQ-kriterierna:
tillgänglighet (eng. *accessibility*), tillgång (eng. *availability*), acceptabel vård
(eng. *acceptability*) och kvalitet (eng. *quality*).²²⁸ Vilka konkreta krav kriteri-
erna ställer är beroende av förhållandena i den enskilda konventionsstaten.
”Tillgänglighet” syftar kortfattat till att hälso- och sjukvård ska erbjudas på
lika villkor, utan diskriminering, att vården är fysiskt och ekonomiskt till-
gänglig och att information på området tillgängliggörs för alla.²²⁹ I förhållan-
de till artikel 12 har staterna enligt ESK-kommittén en skyldighet att respek-
tera, skydda och förverkliga rätten till hälsa, genom att bland annat avstå från
att neka eller begränsa tillgänglighet på lika villkor för alla, inklusive papp-
erslösa.²³⁰

”Tillgång” innebär att det ska finnas en tillräcklig mängd fungerande sjuk-
vårdsinrättningar, vårdgivare, personal och material för att tillgodose hela be-
folkningens grundläggande behov.²³¹ En del insatser måste finnas i tillräcklig
mängd för att räcka till alla, exempelvis vissa typer av vaccin,²³² primärvård
och akutvård,²³³ medan skyldigheten att ha tillgång till andra insatser kan bero
på utvecklingen av vetenskap och beprövad erfarenhet i den aktuella staten.²³⁴
Kravet på ”acceptabel vård” handlar om att staten säkerställer att hälso- och
sjukvården i sina prioriteringsbeslut respekterar olikheter i kulturer, mellan
kön och grundar sig i godtagbara medicinsketiska principer.²³⁵ Slutligen ska
kravet på ”kvalitet” säkerställa att hälso- och sjukvården är vetenskapligt och
medicinskt godtagbar samt håller en god standard. Det uppställer bland annat
krav på kunnig vårdpersonal, tillgång till godkända läkemedel och god hygien
hos vårdinrättningar.²³⁶

De fyra beståndsdelarna har alla viss koppling till principen om icke-diskrim-
inering i artikel 2.2 ICESCR. De handlar till stor del om att säkra en tillgång
och tillgänglighet till landets hälso- och sjukvård på lika villkor för alla. Det
innebär emellertid inte att det materiella innehållet av vilken vård som erbjuds
alltid måste vara samma för alla samhällsgrupper. En differentiering mellan
olika grupper får göras om åtgärden är rimlig och objektiv, i enlighet med
konventionens syfte samt proportionerlig i förhållande till sitt ändamål.²³⁷

²²⁸ ESK-kommittén, *General Comment* No. 14, punkt 12.

²²⁹ *Ibid.* punkt 12 (b); och Ssenyonjo (2009) s. 331-334.

²³⁰ ESK-kommittén, *General Comment* No. 14, punkt 34.

²³¹ *Ibid.* punkt 12 (a).

²³² *Ibid.* punkt 17; och United Nations Human Rights Council (2007) s. 17 f.

²³³ ESK-kommittén, *General Comment* No. 14, punkt 43.

²³⁴ *Ibid.* punkt 12 (a).

²³⁵ *Ibid.* punkt 12 (c).

²³⁶ *Ibid.* punkt 12 (d).

²³⁷ ESK-kommittén, *General Comment* No. 20, punkt 13.

Enligt mig skulle det vara svårt att motivera exempelvis hur en begränsning av papperslösas rätt till att bara avse akutvård skulle överensstämma med konventionens syfte, då rätten till hälsa uttryckligen går utöver enbart livräddande vård. Utöver de fastställda kärnrättigheterna behöver konventionsstaterna trots allt inte nödvändigtvis erbjuda utlänningar samma materiella vård som medborgare, så länge åtskillnaden görs på ett icke-diskriminerande sätt.

4.6 Sammanfattning

De civila och socioekonomiska rättigheterna är sammanflätade, vilket gör att omfattningen av den annars socioekonomiska rätten till hälsa också påverkas av olika grundläggande civila rättigheter såsom rätten till liv, förbudet mot tortyr och förbudet mot diskriminering. Både FN:s och Europarådets kommittéer har uttalat att rätten till hälsa eller medicinskt stöd ska förverkligas omedelbart om rätten till liv eller förbudet mot tortyr äventyras. Detta gäller för alla människor, oavsett migrationsrättslig status.

I praxis har rätten till liv ansetts vara hotad när tillgång till primärvård och akutvård saknats. Varken rätten till liv eller hälsa får tolkas för snävt. Därför ska både rätten till liv och hälsa sträcka sig utöver det som i medicinska termer klassas som akutvård, till att även omfatta vård som kan förebygga akuta hälsotillstånd. Exakt när rätten till liv eller hälsa kränks går inte att definiera närmare, eftersom det är beroende av omständigheter i det enskilda fallet. Inte bara omständigheter av medicinsk karaktär hos individen, utan även av sociala faktorer som kön, ålder, ekonomi och eventuell sårbar status. Vilka specifika skyldigheter som åläggs stater på hälso- och sjukvårdsområdet är också beroende av den aktuella statens utveckling och resurser. Det sistnämnda gäller dock inte när rättigheter som rätten till liv eller förbudet mot tortyr äventyras. Då har staten – oberoende av sin utveckling – alltid en skyldighet att skydda individen, om det inte kräver omöjliga eller oproportionerliga åtgärder.

Nedan följer en kort sammanställning av vilken miniminivå av rätt till hälsa för papperslösa som varje konvention för närvarande vidhåller:

| Konvention | Miniminivå av rätten till hälsa för papperslösa |
|------------|--|
| EKMR | Vård som förhindrar allvarligt hot mot liv, privat- eller familjeliv, eller som förhindrar omänsklig eller förnedrande behandling, i form av exempelvis stort lidande eller betydlig minskning av förväntad livslängd. |
| ESC | Vård som kan kopplas till skydd av grundläggande rättigheter, såsom |

| | |
|--------|---|
| | skydd för liv, personlig integritet, mänsklig värdighet och hälsa. Kravet på akut och allvarligt behov får inte tolkas för snävt, det vill säga att inte enbart akutvård ska erbjudas. |
| ICCPR | Vård som är tillräckligt tillgänglig, i situationer där bristande tillgång skulle kunna utsätta en individs liv för en rimligen förutsägbar risk. Får inte begränsas till att bara avse akutvård. |
| ICESCR | Primärvård och akutvård, som ska uppfylla vissa tillgänglighetskrav. |

Alla nämnda konventioner utom ESC är universellt tillämpliga, det vill säga att konventionsrättigheterna gäller även för papperslösa. ESC:s tillämpningsområde har dock genom praxis utvidgats till att ibland kunna garantera även papperslösa en viss miniminivå av hälso- och sjukvård. Även om konventionerna kan tillämpas på papperslösa möjliggör de alla i viss mån offentlig särbehandling av gruppen i förhållande till medborgare och migranter med tillstånd att uppehålla sig i landet. En sådan differentiering utgör inte diskriminering om behandlingen av de papperslösa är objektiv, rimlig och proportionerlig, samt förenlig med konventionernas syften. Godtagbara syften har exempelvis varit patientsäkerhet eller allokering av statliga resurser. Ibland kan det godtas att inskränkning av rätten till hälsa görs för att förebygga irreguljär migration, men denna begränsning måste vara proportionerlig och får inte medföra allvarlig fara för en individs liv. Begränsningen får heller inte inskränka på den fastställda miniminivån av rätt till hälsa som ska gälla för alla, oavsett status.

4.7 ”Vård som inte kan anstå” i förhållande till internationella åtaganden

Hur förhåller sig då den svenska lagstiftningen och begreppet ”vård som inte kan anstå” till den rätt till hälsa för papperslösa som framgår av de internationella konventionerna? Enligt svenska förarbeten och myndighetsuttalanden ska ”vård som inte kan anstå” utgöra en utvidgning av omedelbar vård, det vill säga mer än akutvård. Detta står i linje med alla fyra konventioners krav på att rätten till hälsa inte får tolkas för snävt, till att enbart avse strikt akuta behov. Nödvändig primärvård ska också inkluderas.

I enlighet med MR-kommitténs och Europadomstolens argumentation kring rätten till liv, ska Sverige erbjuda papperslösa vård i situationer där även en fördröjning av vårdinsatser kan leda till allvarliga följder för patienten. Betoningen i svensk rätt på att det ska finnas en risk för ”allvarliga följder” för att vården ska falla under lag (2013:407), stämmer å ena sidan överens med den tröskel som verkar finnas för tillämpningen av EKMR och ICCPR. Å andra sidan behöver ”allvarliga följder” enligt svensk rätt inte nödvändigtvis innebära fara för liv, utan bedömningen kan också påverkas av risk för exempelvis svår värk och svår ångest. ”Vård som inte kan anstå” sätter på så sätt inte en lika hög tröskel för vad som utgör ett allvarligt hälsotillstånd som de internationella konventionerna om civila rättigheter gör.

På samma spår förtydligade MR-kommittén i *Toussaint mot Kanada* också att tillgång till enbart akutvård inte uppfyllde statens skyldigheter att skydda liv. Enligt kommittén har konventionsstaterna viss skyldighet att förhindra att individen över huvud taget hamnar i en situation där det finns en rimligen förutsägbar risk för dennes liv. ”Vård som inte kan anstå” i Sverige kan enligt förarbetena tolkas som att tillåta även mer förebyggande medicinsk behandling, om den kan förhindra att patienten i framtiden drabbas av ett allvarligare sjukdomstillstånd och att behandlingen därigenom kan minska användningen av resurskrävande akuta behandlingsåtgärder. Detta visar på ytterligare ett sätt att den svenska lagstiftningen syftar till att gå relativt långt utöver erbjudande av enbart akutvård och att lagstiftaren också i viss mån avser att skydda papperslösa från att i framtiden hamna i mer livshotande hälsotillstånd.

Själva utformningen av begreppet ”vård som inte kan anstå” kan därför enligt mig sägas uppfylla de minimikrav som konventionerna ställer på hälso- och sjukvård för papperslösa, det vill säga de krav som staterna enligt teorin om kärnrättigheter måste realisera omedelbart. Utöver minimikraven uppställer ESC och ICESCR krav på en kontinuerlig utveckling av rätten till hälsa i relation till statens resurser. Exakt på vilket sätt det avgörs huruvida konventionsstaten uppfyller sina åtaganden att arbeta mot konventionernas hälsosyften står inte klart, men det är tydligt att så länge staten har resurser till det, förväntas den arbeta med att utveckla bättre förutsättningar för de som befinner sig inom statens territorium att uppnå bästa möjliga hälsa. Sverige är en stat som kommit långt i utvecklingen, med relativt stora socioekonomiska tillgångar i förhållande till andra konventionsstater. Det är därför rimligt att anta att Europa- och ESK-kommittéerna ställer höga krav på just rätten till hälsa för de som vistas i landet. Men, detta ska också ställas mot en ganska bred möjlighet för konventionsstater att begränsa den rätt till hälsa som just papperslösa har, så länge det inte görs på ett diskriminerande sätt. Därför faller vi tillbaka till den miniminivå som stater anses tvungna att förverkliga för *alla* människor, inklusive papperslösa, vilken jag anser uppfylls i Sverige genom gällande nationell lagstiftning.

Den lagstadgade begränsning som görs av rätten till hälsa för papperslösa måste också uppfylla kravet på förutsebarhet i bland annat artikel 8 EKMR. Ett krav på förutsebarhet ställs även upp i övrig nationell rätt genom den offentlighetsrättsliga legalitetsprincipen,²³⁸ vilken beslut och handläggning inom den offentliga hälso- och sjukvården kan bli föremål för.²³⁹ Legalitetsprincipen innebär mer generellt ett krav på att alla myndighetsbeslut har något slags författningsstöd. Kravet på precisering i lagstödet varierar i styrka beroende på hur betungande ett beslut är för den enskilde.²⁴⁰ Inom hälso- och sjukvården lär kunna fattas beslut som är både mer och mindre betungande. Att den offentliga maktutövningen sker med stöd i lag ska göra den förutsebar för individen,²⁴¹ på samma sätt som artikel 8 EKMR kräver. Därmed får inte rättsregler utformas på ett för vagt sätt eller tillåta en alltför extensiv tolkning.

Förutsebarheten i begreppet ”vård som inte kan anstå” skulle möjligen kunna kritiseras i förhållande till kraven i både nationell och internationell rätt. Detta eftersom det i lag (2013:407) inte formulerats mer detaljerat vilken vård papperslösa har rätt till. Det blir då svårt för enskilda att utifrån lagens formulering veta vilken typ av vård de kan förväntas beviljas och i vilka situationer de ska söka vård. Å ena sidan kan det därför argumenteras för att lagens konsekvenser inte blir förutsebara i den mening nationell och internationell rätt kräver. Å andra sidan kan också argumenteras för att en fungerande rättsregel på området fordrar visst utrymme för vårdpersonalen att fatta skönsmässiga beslut med beaktning av omständigheter i det enskilda fallet. I de flesta rättsordningar accepteras att myndighetsutövare har ett mer eller mindre omfattande skön i många hänseenden, även om beslutet kan vara betungande för den enskilde.²⁴² Är lagens ordalydelse vag är det dock i sin tur viktigare att en annan offentlighetsrättslig princip – objektivitetsprincipen – står stark. Denna princip kräver saklighet, opartiskhet och likabehandling i myndighetsutövningen.²⁴³ Objektivitetsprincipen diskuteras vidare i kapitel 5, i samband med regionernas riktlinjer för bedömning av ”vård som inte kan anstå”.

Det är den materiella omfattningen av vilken vård som erbjuds papperslösa som får begränsas av staten, inte hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Denna måste uppfylla vissa särskilda krav, för alla människor. Kravet framgår allra tydligast i ICESCR genom AAAQ-kriterierna. Sverige har innan införandet av lag (2013:407) fått kritik avseende tillgängligheten (*accessibility*); då eftersom papperslösas vård inte subventionerades och därför i praktiken blev ekonomiskt otillgänglig för många. Nu är patientavgiften för papperslösa subventionerad mer än för bosatta inom regionen, men den ekonomiska tillgängligheten kan också avse till exempel kostnader för att ta sig till vårdinrättningar genom kollektivtrafik. Trots att tillgängligheten blivit bättre i och

²³⁸ 1 kap. 1 § tredje stycket regeringsformen.

²³⁹ Litins'ka (2020) s. 37.

²⁴⁰ Bull (2017) s. 41; och Sterzel (2020) s. 79 och 85-87.

²⁴¹ Lebeck (2018) s. 74; och Sterzel (2020) s. 80.

²⁴² Lebeck (2018) s. 75.

²⁴³ 1 kap. 9 § regeringsformen; och 5 § förvaltningslag (2017:900).

med ikraftträdandet av den nya lagen, finns fortfarande problem gällande den praktiska tillgängligheten för papperslösa som söker vård. Detta har diskuterats kortfattat i kapitel 2 i form av vårdhinder, såsom okunskap hos vårdpersonal kring gällande lagstiftning.

Tillgången (*availability*) till vård går exempelvis att kritisera när det gäller antalet tillgängliga vårdplatser i Sverige, vilket successivt minskat de senaste åren.²⁴⁴ Detta bidrar för närvarande till ökade väntetider. Vårdgivarna själva menar emellertid att den medicinska utvecklingen i landet gör att behovet av sjukhusinläggningar i framtiden kommer att minska, samt att enskilda vårdprocesser kommer att gå snabbare.²⁴⁵ Kopplat till den medicinska utvecklingen finns också kvalitetskravet, vilket i svensk rätt tar sig uttryck i lagreglerade krav på god vårdkvalitet samt på att vården överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.²⁴⁶

Gällande kravet på acceptabel vård ska svensk vårdpersonal i sina prioriteringsbeslut utgå från människovärdesprincipen,²⁴⁷ behovs- och solidaritetsprincipen,²⁴⁸ samt i andra hand kostnadseffektivitetsprincipen.²⁴⁹ Principerna innebär i korthet att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till den. Prioriteringsreglerna har utformats för att möta den tanke om varje människas egenvärde, som konventionerna om mänskliga rättigheter grundas på.²⁵⁰ Delar av den svenska vårdpersonalen är av åsikten att begreppet ”vård som inte kan anstå” kolliderar med den medicinska etiken och de lagstadgade prioriteringsprinciperna. Detta då en grundläggande princip inom medicinsk etik är att människors tillgång till vård ska vara lika för alla och enbart styras av medicinskt behov.²⁵¹ Många yrkesverksamma anser det därför vara problematiskt ur ett medicinsketiskt perspektiv att ge människor olika vård beroende på deras migrationsrättsliga status.²⁵² I förarbetena till lag (2013:407) beskrevs tidigare reglering rentav som ett arbetsmiljöproblem, eftersom personalen ställdes inför svåra juridiska tolkningar och avvägningar, som de upplevde kom i konflikt med de etiska principer som gäller inom svensk hälso- och sjukvård.²⁵³

²⁴⁴ SKR (2021).

²⁴⁵ Ibid.

²⁴⁶ 5 kap. 1 § första punkten och 4 § HSL; och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

²⁴⁷ 1 kap. 2 § regeringsformen; 3 kap. 1 § HSL; och prop. 1996/97:60 s. 18 och 20.

²⁴⁸ 3 kap. 1 § HSL; prop. 1996/97:60 s. 18 och 20 f.; och SOU 2001:8 s. 34.

²⁴⁹ 4 kap. 1 § HSL; prop. 1996/97:60 s. 18 och 21 f.; och SOU 2001:8 s. 34 och 162.

²⁵⁰ Prop. 1996/97:60 s. 20 f.; och Johnsson, Lars-Åke. Hälso- och sjukvårdslagen – Med kommentarer (20 augusti 2021, version 11, JUNO), kommentaren till 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

²⁵¹ Smer (2020) s. 9.

²⁵² Ibid. s. 9 och 75; Rätt till vård-initiativet (2017); Rätt till vård-initiativet (2014); Sveriges Läkarförbund (2017) första punkten; och Rosengrenska Insamlingsstiftelsen (2021) s. 2.

²⁵³ Prop. 2012/13:109 s. 33 f.

Det går nog enligt mig emellertid inte att påstå att de svenska prioriteringsreglerna i sig skulle avvika från det internationella kravet på acceptabel vård, eftersom de ändå utformats efter principen om en inneboende mänsklig värdighet. Kravet på acceptabel vård kräver inte att papperslösa erbjuds samma materiella vård som statens medborgare. Diskussionen ska dock inte förringas eftersom det fortfarande kan finnas en fara i att vårdpersonalen själva upplever att juridiken och den medicinska etiken kolliderar med varandra. En sådan uppfattning riskerar att leda till felbedömningar och missuppfattningar av vad som utgör ”vård som inte kan anstå” och vilken vård papperslösa ska erbjudas i praktiken.

Min slutsats är följaktligen att Sveriges erbjudande av ”vård som inte kan anstå” möter de internationella konventionernas minimikrav på hälso- och sjukvård som ska ges till papperslösa. Motiveringen i de svenska förarbetena verkar följa de krav som uppställts i Europarådets och FN:s praxis och uppfyller dessa genom att erbjuda papperslösa både akutvård och primärvård i de fall patientens hälsotillstånd riskerar att nå en viss allvarlighetsgrad. Den formella utformningen av lagen verkar således i min mening inte strida mot Sveriges internationella åtaganden. Det som skulle kunna diskuteras vidare är förutsebarheten i begreppet ”vård som inte kan anstå”, vilket är ett krav enligt den nationella legalitetsprincipen och för att få begränsa hälso- och sjukvården för papperslösa enligt artikel 8 EKMR. Med en vagt formulerad lagtext blir det ännu viktigare att objektivitetsprincipen i sin tur står stark, vilket diskuteras i nästkommande kapitel. Kapitlet behandlar Sveriges regioners implementering av lag (2013:407) i praktiken och hur den förhåller sig till nationell och internationell rätt.

5 ”Vård som inte kan anstå” bland regionerna

5.1 Introduktion

Som beskrivits i uppsatsens inledande kapitel har en empirisk undersökning gjorts för att bidra till besvarandet av arbetets tredje frågeställning: Vilka riktlinjer kring hälso- och sjukvård för papperslösa används i olika regioner och hur förhåller sig regionernas olika tillvägagångssätt till de nationella och internationella krav som ställs? Enkätsvaren visar vilken vård regioner erbjuder papperslösa, vilka riktlinjer regionerna följer för bedömning av ”vård som inte kan anstå” samt på vilket sätt regioner kan arbeta för att säkerställa kunskapen hos den vårdpersonal som kommer i kontakt med papperslösa. Med hänvisning till undersökningens metod, som beskrivits i avsnitt 1.4, ska återigen påpekas att enkätsvaren är avsedda att utgöra en exemplifiering av de olika åtgärder och tillvägagångssätt regioner kan besluta om. Svaren kompletteras – likt resterande delar av uppsatsen – med en analys och kopplingar till vad som framkommit i tidigare kapitel. Särskilt analyseras hur regionernas svar förhåller sig till nationella och internationella krav på den offentliga hälso- och sjukvården.

5.2 Vård utöver den lagstadgade

5.2.1 Enkät svar

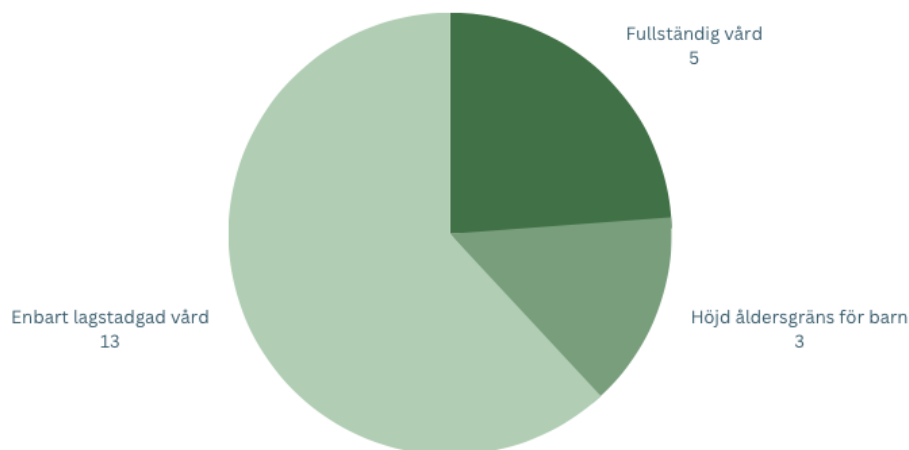
Som utgångspunkt råder kommunal självstyrelse i Sverige, vilket innebär att kommuner och regioner har en stor handlingsfrihet gällande lokala och regionala frågor.²⁵⁴ Handlingsfriheten är dock inte obegränsad. I förarbetena till lag (2013:407) har regeringen ansett att behovet av att erbjuda papperslösa en utökad vård väger tyngre än regionernas självstyrelseintresse på hälso- och sjukvårdsområdet. Det har därför enligt regeringen varit proportionerligt att stadga en högre miniminivå av hälso- och sjukvård som måste erbjudas papperslösa.²⁵⁵ Att regioner enligt 8 § lag (2013:407) tillåts erbjuda vård utöver den lagstadgade har i sin tur setts som en befogenhetsutvidgning och ska därmed vara positivt för självstyrelsen.²⁵⁶ Det är helt frivilligt för regionerna att erbjuda utökad vård. Första enkätfrågan avser därför utröna huruvida regionerna valt att nyttja denna befogenhetsutvidgning. Resultatet presenteras i figur 1.²⁵⁷

²⁵⁴ 1 kap. 2 § kommunallag (2017:725); och 1 kap. 1 § och 14 kap. 2 § regeringsformen.

²⁵⁵ Prop. 2012/13:109 s. 54.

²⁵⁶ Ibid.

²⁵⁷ Illustrationerna i arbetet är författarens egna.



Figur 1. Andel regioner som erbjuder utökad vård för papperslösa

I Sverige erbjuder fem av 21 regioner vård till papperslösa på samma villkor som för bosatta i regionen.²⁵⁸ Beslutet att utvidga vården på det sättet har motiverats av bland annat Socialstyrelsens uttalande om vårdetisk problematik kring begreppet ”vård som inte kan anstå” och hänsyn till vårdpersonalens arbetsmiljö. Oklarheten i begreppet riskerar att leda till merarbete, stressade arbetssituationer och etiska dilemman för personalen. Vården ska därför enligt dessa regioner enbart ges efter behov, för att uppfylla målet i HSL om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.²⁵⁹

Utöver dessa fem har tre andra regioner valt att delvis utvidga vilken vård som erbjuds papperslösa, i förhållande till lag (2013:407). Enligt lagen ska barn under 18 år erbjudas samma vård som de som är bosatta inom regionen.²⁶⁰ När den papperslöse fyllt 18 år gäller lagens begränsning i form av rätt till ”vård som inte kan anstå”. I Halland, Jönköping och Norrbotten dras i stället gränsen för när en papperslös person blir vuxen vid 20 års ålder.²⁶¹ Papperslösa patienter som är 18 eller 19 år gamla erbjuds därmed en utökad form av vård i regionerna, eftersom de fortfarande som ”barn” har rätt till samma vård som de som är bosatta inom regionen, inte bara ”vård som inte kan anstå”. Några av de fem regioner som erbjuder papperslösa fullständig vård har också en höjd åldersgräns för när en patient anses vara vuxen.

²⁵⁸ Ewa Eklund, Region Östergötland (2023) (Bilaga A); Region Sörmland (2023); Region Västerbotten (2022); Region Västmanland (2021); och Regionfullmäktige i Region Gävleborg. Svar på Motion – Rätt till vård på lika villkor (LS 2014/1058), beslut den 3 februari 2016.

²⁵⁹ Se t.ex. uttalanden i Region Västerbotten (2022) s. 2; och Kullgren m.fl. (2012).

²⁶⁰ 6 § lag (2013:407).

²⁶¹ Region Jönköpings län (2023) under rubriken ”Hälsa- och sjukvård till tillståndslösa patienter”; Region Halland (2023); och Marie Edberg, Region Norrbotten (2023a) (Bilaga A).

Åldersgränsen får i de regionerna en betydelse för vilken patientavgift som ska betalas, men inte för vilken typ av vård som ska erbjudas.

Resterande 13 regioner har svarat att de inte erbjuder någon vård för papperslösa utöver den som stadgas i lag (2013:407). En intressant notering bland dessa är att Region Västernorrland, som tidigare varit en av regionerna som erbjudit fullständig vård, från och med den 1 januari 2022 har gått tillbaka till att erbjuda enbart lagstadgad vård.²⁶²

5.2.2 Erbjuden vård i förhållande till nationella och internationella krav

Att enbart erbjuda den lagstadgade miniminivån av vård för papperslösa är inte fel enligt nationell rätt. Möjligheten att erbjuda någon form av utvidgad vård är enligt lag (2013:407) helt frivillig för regionerna. Att bara erbjuda ”vård som inte kan anstå” till papperslösa uppfyller också rent formellt sett de internationella krav som ställs, i enlighet med vad som framkommit i kapitel 4. Det är dock viktigt att tillse att miniminivån av rätten till hälsa även faktiskt tillhandahålls i praktiken. Några av de regioner som beslutat att erbjuda fullständig vård för papperslösa har motiverat detta med att regioner enligt HSL är skyldiga att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I strikt rättslig mening faller dock en stor del av papperslösa utanför ”befolkningen” om de inte är folkbokförda i Sverige eller kan anses vara bosatta här. Att välja att inte erbjuda papperslösa vård utöver den lagstadgade strider alltså inte mot målsättningsstadgandet inom hälso- och sjukvården. Utökad vård är ett helt frivilligt val för regionerna.

En förutsättning för att papperslösas rätt till hälsa ska kunna åtnjutas är emellertid utöver de formella kraven att gruppen inte i praktiken nekas vård som regionerna är skyldiga att erbjuda. Förutsättningen kan kopplas till de internationella AAAQ-kraven på tillgänglighet och förbudet mot diskriminering, som diskuterades i kapitel 4. Nekande av vård till en papperslös patient skulle utgöra en diskriminerande inskränkning av rätten till hälsa enligt internationell rätt, om det inte har lagstöd, ett legitimt syfte och utgör ett objektiva, sakligt och proportionerligt beslut. Avseende AAAQ-kraven kan de regioner som erbjuder fullständig vård för papperslösa på ett sätt sägas öka tillgängligheten för vård till gruppen. Genom att erbjuda samma typ av vård som ges till andra i regionen minskar å ena sidan sannolikheten för att en papperslös patient felaktigt nekas vård av personal som är osäker på bedömningen av ”vård som inte kan anstå”. Huruvida en papperslös patient erbjuds viss behandling blir då inte beroende av personalens kunskap om regelverket. På så sätt minskar alltså risken för att vården hålls otillgänglig för den papperslöse.

Å andra sidan krävs i fyra av de regioner som erbjuder fullständig vård för papperslösa fortfarande att personalen gör en bedömning av ”vård som inte

²⁶² Region Västernorrland. Protokoll regionfullmäktige, 2021-06-22–24, dnr 21RS2.

kan anstå”, för att avgöra vilken patientavgift som ska betalas. Reglerna kring patientavgifterna kan påverka den ekonomiska tillgänglighetsaspekten, som nämnts i kapitel 4. ”Vård som inte kan anstå” är för papperslösa subventionerad i alla regioner, i förhållande till de patientavgifter andra patienter betalar. I fyra av de regioner som erbjuder fullständig vård för papperslösa betalar dock papperslösa samma patientavgifter som övriga patienter när det gäller vård som går utöver den lagstadgade, det vill säga vård som *kan* anstå.²⁶³ Det ska noteras att vanliga patientavgifter också är kraftigt subventionerade i Sverige, men kan ändå uppgå till större summor för vissa typer av medicinska behandlingar. Denna reglering kan leda till att de mest sårbara papperslösa formellt sett erbjuds fullständig vård, men att vården inte hålls ekonomiskt tillgänglig för dem.

Att erbjuda alla patienter samma typ av vård har av de aktuella regionerna även ansetts gå bättre ihop med de yrkesetiska regler som hälso- och sjukvårdspersonal har att förhålla sig till. Trots att det i avsnitt 4.7 konstaterats att det enligt mig är högst troligt att Sveriges miniminivå av vård till papperslösa uppfyller AAAQ-kravet på acceptabel vård, kan det ändå ligga en fara i att vårdpersonalen i praktiken har en uppfattning och oro kring en eventuell kollision mellan det juridiska begreppet ”vård som inte kan anstå” och de medicinska prioriteringsprinciperna. En sådan oro riskerar att leda till missuppfattningar och felbedömningar av vilken vård papperslösa ska erbjudas. Genom att erbjuda alla patienter samma typ av vård kan möjligen förhindras att vårdpersonalen försätts i samma antal stressiga och etiskt svåra situationer.

I fyra av regionerna som erbjuder fullständig vård behöver personalen emellertid fortfarande bedöma vilken vård som kan anstå eller inte, för att avgöra vilken patientavgift som ska betalas. Det kan därför ifrågasättas i vilken utsträckning erbjudandet av fullständig vård avlastar vårdpersonalen i de bedömningar som för dem framstår som oetiska. Möjligen är det etiskt sett att föredra för en anställd att kräva en högre patientavgift av den papperslöse, jämfört med att neka denne vård helt och hållet, och att regleringen därmed ändå avlastar i viss mån.

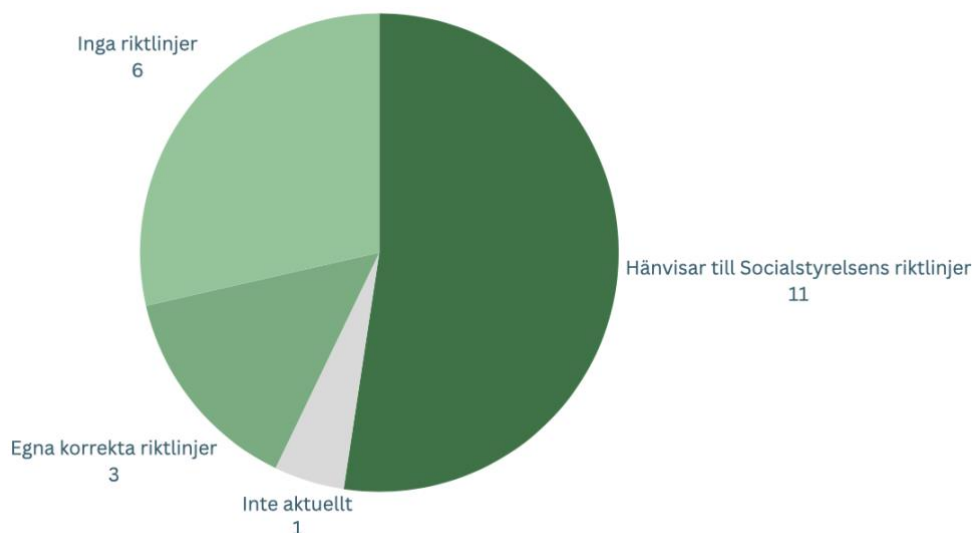
5.3 Regionernas riktlinjer kring ”vård som inte kan anstå”

5.3.1 Enkät svar

Som diskuterats i de föregående kapitlen är begreppet ”vård som inte kan anstå” till sin ordalydelse relativt vagt formulerat i lagtexten. Även förarbeten och Socialstyrelsens utredningar lämnar en bred möjlighet för en skönmässig bedömning avseende vad som utgör ”vård som inte kan anstå”. Den andra

²⁶³ Region Sörmland (2020); Region Västmanland (2023); Ewa Eklund, Region Östergötland (2023) (Bilaga A); och Region Gävleborg (2022).

enkätfrågan som ställts är därför huruvida regionerna använder sig av särskilda riktlinjer när det kommer till bedömningen av vilken vård som ska erbjudas papperslösa och på vilket sätt dessa riktlinjer i sådana fall utformats. Resultatet presenteras i figur 2.



Figur 2. Regioners riktlinjer för bedömning av "vård som inte kan anstå"

För en av regionerna som erbjuder papperslösa samma vård som bosatta i regionen blir riktlinjer kring "vård som inte kan anstå" inte aktuella. Definitionen av begreppet saknar i regionen betydelse för vem som ska erbjudas vård och inte. All vård för papperslösa är också mer subventionerad än för andra i regionen, vilket gör att definitionen av "vård som inte kan anstå" även saknar betydelse för vilken patientavgift som ska betalas.²⁶⁴

Vid fråga kring regionens riktlinjer hänvisar elva av Sveriges regioner till Socialstyrelsens riktlinjer om "vård som inte kan anstå".²⁶⁵ Ytterligare tre regioner har alla egna riktlinjer som liknar de som framgår av Socialstyrelsens rapport om "vård som inte kan anstå", men hänvisar inte uttryckligen till denna.²⁶⁶ I alla dessa 14 regioner betonas starkt att det är upp till varje behandlande läkare att göra en medicinsk bedömning av vilken vård som kan anstå. Det är således ingen av regionerna som har riktlinjer som på något sätt är snävare eller ger mer specifika anvisningar än vad Socialstyrelsens rapport

²⁶⁴ Region Västerbotten (2023) s. 17-18.

²⁶⁵ Sandra Dolietis, Region Stockholm (2023a) (Bilaga A); Andreas Delphin, Region Kalmar län (2023a) (Bilaga A); Camilla, Region Skåne (2023) (Bilaga A); Camilla Falk, Region Halland (2023a) (Bilaga A); Sofia Nilsson, Västra Götalandsregionen (2023) (Bilaga A); Carl Hugo Persson, Region Jämtland Härjedalen (2023a) (Bilaga A); Region Kronoberg (2023); Matilda Thorén, Region Västmanland (2023) (Bilaga A); Tommy Stokka, Region Gävleborg (2023) (Bilaga A); Region Värmland (2023a); och Region Västernorrland (2018) s. 2 (Bilaga A).

²⁶⁶ Yvonne Stolt, Region Jönköpings län (2023) (Bilaga B); Region Örebro län (2022); och Region Dalarna (2023).

kring begreppet gör. En intressant aspekt av undersökningens resultat är att många regioner väljer att utgå från Socialstyrelsens riktlinjer, trots att Socialstyrelsen i sin egen rapport är kritiskt inställd till hur begreppet ”vård som inte kan anstå” går samman med exempelvis den medicinska yrkesetiken.²⁶⁷ Det är samtidigt förståeligt att dessa riktlinjer har anammats av en så stor del av regionerna, eftersom det inte finns något mer uttömmande alternativ idag. Stor vikt läggs vid läkarens medicinska bedömning i varje enskilt fall, vilket gör att snävare eller tydligare riktlinjer är svåra att utforma.

Sex av regionerna anger inga särskilda riktlinjer för hur bedömningen av ”vård som inte kan anstå” ska göras och hänvisar heller inte till exempelvis Socialstyrelsens rapport kring begreppet.²⁶⁸ Här måste viss hänsyn tas till att det möjligen kan finnas mer interna riktlinjer för regionernas vårdpersonal, som inte framgått av enkätsvaren. Det har dock inte funnits några riktlinjer att tillgå kring bedömningen av ”vård som inte kan anstå” på regionernas offentliga hemsidor. I uppsatsen får vi således förlita oss på de svar som ingetts av regionerna, där närmare riktlinjer inte uppges finnas. Två av de regioner som inte uppgett några riktlinjer för bedömningen av ”vård som inte kan anstå” är regioner som erbjuder papperslösa fullständig vård. Begreppets definition saknar för dessa regioner betydelse för vilken typ av vård som ska erbjudas papperslösa. Huruvida den medicinska behandlingen utgör vård som inte kan anstå har dock betydelse för vilken patientavgift den papperslösa ska betala. Det är enbart den lagstadgade vården som är subventionerad i regionerna, i förhållande till den patientavgift andra patienter betalar. För andra typer av vård betalar papperslösa samma avgift som bosatta inom regionen.²⁶⁹

Av enkätsvaren framgick också att en av regionerna haft egna riktlinjer för bedömningen av ”vård som inte kan anstå” och att dessa varit utformade på ett felaktigt eller missvisande sätt. Regionen hänvisar i sitt enkätsvar till sin hemsida, där det vid tidpunkten för svaret framgick att ”hälso- och sjukvården ska erbjuda vuxna asylsökande akut vård som inte kan vänta”²⁷⁰ och att ”[d]e har rätt till (...) akut nödvändig sjukvård eller tandvård som inte kan vänta”.²⁷¹ Citaten är tagna ur sammanhang som behandlar hälso- och sjukvård för asylsökande, men gäller även för papperslösas rätt till ”vård som inte kan anstå”. Det framgick vid tidpunkten inte någonstans på hemsidan att papperslösa – eller asylsökande – ska erbjudas vård utöver akutvård. I början av de-

²⁶⁷ Socialstyrelsen (2014) s. 28.

²⁶⁸ Mats Englund, Region Gotland (2023) (Bilaga A); Annika Mellquist, Region Blekinge (2023) (Bilaga A); Jonas, Region Uppsala (2023) (Bilaga A); Marie Edberg, Region Norrbotten (2023a) (Bilaga A); Anne Talvén, Region Sörmland (2023a) (Bilaga A); och Ewa Eklund, Region Östergötland (2023) (Bilaga A).

²⁶⁹ Region Sörmland (2020); och Ewa Eklund, Region Östergötland (2023) (Bilaga A).

²⁷⁰ Region Värmland (2023c).

²⁷¹ Region Värmland (2023b).

cember 2023 uppdaterades regionens hemsida och det hänvisas numera till Socialstyrelsens riktlinjer om begreppet ”vård som inte kan anstå”.²⁷²

5.3.2 Regionernas riktlinjer i förhållande till nationella och internationella krav

Avseende de sistnämnda riktlinjerna var den tidigare beskrivningen av vad som utgör ”vård som inte kan anstå” felaktig i jämförelse med den innebörd begreppet har enligt kapitel 3 och 4 i denna uppsats. Det framgår tydligt av både nationell och internationell rätt att papperslösa har rätt att erbjudas hälso- och sjukvård som går utöver omedelbar eller akut vård. Att bara erbjuda papperslösa vård när deras tillstånd blivit akut riskerar i värsta fall att utsätta papperslösa för irreversibla skador till följd av att de söker vård för sent. Om patienter söker vård först vid akuta tillstånd krävs ofta mer ingripande medicinska behandlingar, vilket är både mer resurskrävande för samhället och kan skapa större lidande hos patienterna.²⁷³ Det är därför av stor vikt att regioner kontrollerar att de riktlinjer som finns att tillgå för personal och papperslösa är korrekt formulerade, vilket regionen i fråga åtgärdat.

Tillgången till riktlinjer för bedömningen av ”vård som inte kan anstå” är viktig för att uppfylla den nationella förvaltningsrättsliga objektivitetsprincipen. Som förklarats i avsnitt 3.4 uppställer objektivitetsprincipen bland annat ett krav på saklighet. Saklighetskravet besvarar frågan om vilka kriterier som är legitima att ta i beaktning vid beslutsfattande inom offentlig verksamhet.²⁷⁴ Nationell rätt kräver således att personalen inom den offentliga hälso- och sjukvården fattar sakliga beslut, baserade på legitima kriterier. Tydligare riktlinjer skulle kunna förenkla för beslutsfattande personal att förstå vilka kriterier som är legitima att beakta och inte.

Sådana riktlinjer blir viktigare att tillgå när lagtexten i sin ordalydelse är relativt vagt formulerad. Det har diskuterats i avsnitt 4.7 hur förutsebarheten i lag (2013:407) möjligen skulle kunna kritiseras i förhållande till både internationell rätt och den nationella legalitetsprincipen. Offentlighetslagstiftning är emellertid ofta utformad på ett sätt som ger myndigheter och anställda ett visst utrymme för beslutsfattande efter eget omdöme, ett s.k. fritt skön.²⁷⁵ Precis som belysts genomgående i uppsatsen behöver en medicinsk bedömning alltid göras i det enskilda fallet och en sådan bedömning kan omöjligen detaljstyras. Detta har också många regioner påpekat i enkätsvaren. Eftersom beslutsfattare är mänskliga, kommer det alltid finnas risk för att andra, mer irrelevanta, faktorer spelar in i bemötandet av en patient. Detta kan vara omständigheter som härstammar ur politiska åsikter, egna moraliska värderingar eller fördomar om hur vissa samhällsgrupper ser ut och agerar. Då är

²⁷² Region Värmland (2023a).

²⁷³ Svenska Röda Korset (2018) s. 7.

²⁷⁴ Bull (2020) s. 105-106; Litins'ka (2020) s. 40; Kindström Dahlin (2014) s. 59; och Nilsson (2011) s. 74-76.

²⁷⁵ Bull (2020) s. 105.

kravet på saklighet ämnat att fungera som en garanti för att vissa typer av omständigheter inte ska beaktas vid beslutsfattandet.²⁷⁶ Det kan vara svårare för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården att veta vilka faktiska kriterier begreppet ”vård som inte kan anstå” utpekar som legitima, utan att få vidare förklaring genom exempelvis Socialstyrelsens eller regionens egna riktlinjer.

Just frågor rörande migrationsrätt och mänskliga rättigheter i hälso- och sjukvårdssammanhang, verkar väcka starka etiska eller politiska känslor hos flertalet yrkesverksamma.²⁷⁷ Som nämnts i avsnitt 1.1 och 4.7 anser en del att det inte är medicinsketiskt försvarbart att neka en patient vård på grund av dennes juridiska status. Om vårdpersonalen upplever en sådan inre konflikt blir det ännu viktigare att genom riktlinjer förtydliga att en del kriterier faktiskt är legitima att beakta, även om det kan krocka med den enskilda beslutsfattarens egna värderingar. Sådana kriterier kan exempelvis vara att beakta hur länge patienten väntas stanna i Sverige och vilka framtida konsekvenser nekande av behandling skulle få för den papperslöse. Tidigare i detta kapitel diskuterades att en lösning på det etiska dilemmat hos personalen åstadkommits av de regioner som valt att erbjuda papperslösa fullständig vård; särskilt den region som valt att också subventionera all typ av vård för papperslösa i förhållande till andra patienter. En alternativ lösning till fullständig vård skulle alltså kunna vara att underlätta för vårdpersonalen genom tydligare riktlinjer kring vilka kriterier som är legitima att beakta vid beslut om vård.

Ytterligare en grundsats som följer av objektivitetsprincipen är att lika fall ska behandlas lika. Sådan likabehandling ska ske på ett flertal olika plan. Samma läkare ska behandla lika patientfall lika. Olika läkare inom samma region ska behandla lika patientfall lika. Men även olika läkare över regiongränserna ska enligt objektivitetsprincipen behandla lika fall lika. Kravet på likabehandling ska dock inte ses som ett förbud mot all typ av särbehandling. Tvärtom är det viktigt att olika fall också behandlas olika. Dessutom har regioner enligt nationell lagstiftning en utvidgad befogenhet att erbjuda vård utöver den lagstadgade. Riktlinjer och kriterier kan således omöjligen se likadana ut för samtliga regioner, när dessa inte erbjuder samma typ av vård. Ett förtydligande av vilka legitima och sakliga kriterier läkare har att förhålla sig till i sina bedömningar, kan dock generellt sett underlätta för yrkesverksamma att främja allas likhet inför lagen inom hälso- och sjukvården.

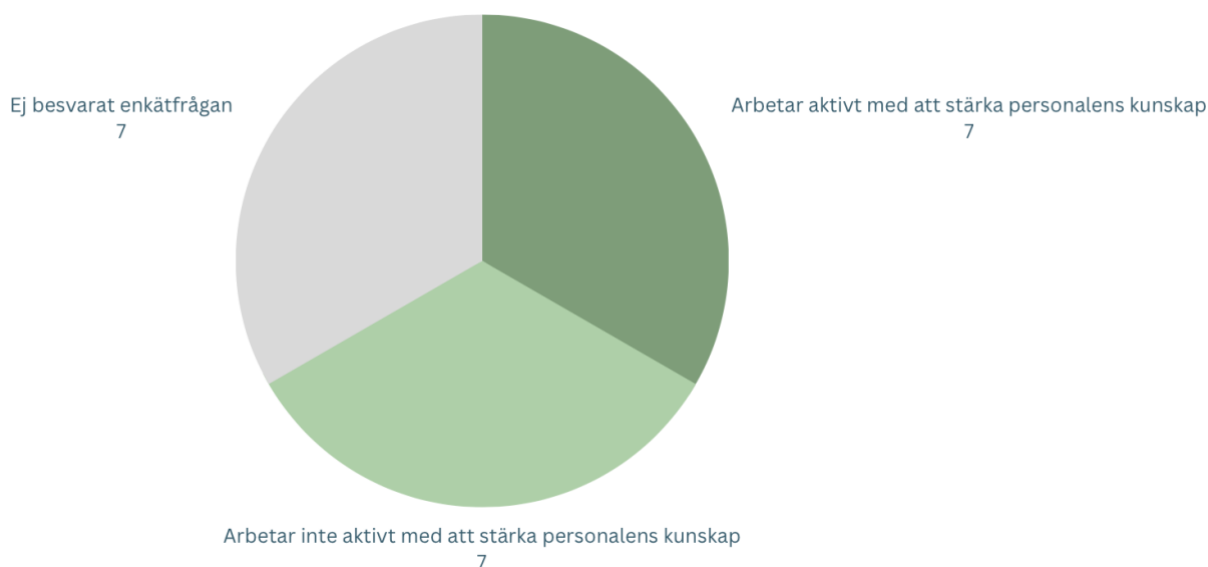
²⁷⁶ Bull (2020) s. 106.

²⁷⁷ Rätt till vård-initiativet (2017); Rätt till vård-initiativet (2014); Smer (2020) s. 9 och 75; Rosengrenska Insamlingsstiftelsen (2021) s. 2; och prop. 2012/13:109 s. 33 f.

5.4 Aktiva åtgärder för hälso- och sjukvårdspersonalens ökade kunskap

5.4.1 Enkät svar

Då det framkommit genom tidigare enkätstudier och rapporter att hälso- och sjukvårdspersonal själva anser sig behöva mer kunskap om vård för papperslösa, har en tredje enkätfråga ställts till samtliga regioner. Frågan avsåg utröna huruvida regionen på något sätt arbetar aktivt med att säkerställa och stärka vårdpersonalens kunskap på området och på vilket sätt sådant arbete genomförs. Resultatet av frågans första del presenteras i figur 3.



Figur 3. Arbetar regionen aktivt för att säkerställa och stärka vårdpersonalens kunskap om vård för papperslösa?

Av Sveriges 21 regioner har sju av dem inte besvarat den tredje enkätfrågan, medan sju andra regioner svarat att de inte arbetar aktivt med säkerställande och stärkande av vårdpersonalens kunskap om vård för papperslösa. Majoriteten av dessa sju regioner har i stället hänvisat till att riktlinjer på området finns tillgängliga för personalen på någon form av internt intranät och att det finns särskilda kontaktpersoner som personalen kan vända sig till vid frågor eller behov.²⁷⁸ ”Aktivt” arbete har i enkätundersökningen syftat på kontinuerligt vidtagande av åtgärder i försök att höja kunskapsnivån gällande vård för papperslösa hos vårdpersonalen. Att tillgängliggöra information på en hemsida och peka ut en grupp som ansvarar för att besvara eventuella frågor har därför i denna uppsats inte ansetts vara aktivt arbete, eftersom det utgör

²⁷⁸ Carl Hugo Persson, Region Jämtland Härjedalen (2023b) (Bilaga B); Yvonne Stolt, Region Jönköpings län (2023) (Bilaga B); Andreas Delphin, Region Kalmar län (2023b) (Bilaga B); Anne Talvén, Region Sörmland (2023b) (Bilaga B); Anders Nordmark, Region Värmland (2023) (Bilaga B); och Helena Broman, Region Västernorrland (2023) (Bilaga B).

en mer passiv åtgärd. Sådana tillvägagångssätt kräver att medarbetarna själva tar initiativ till att vilja lära sig mer om ämnet genom att aktivt ställa frågor eller söka upp information.

De resterande sju regioner som svarat att de aktivt arbetar med att stärka eller säkerställa personalens kunskap har till stor del ganska lika svar på vilka tillvägagångssätt som används. Större delen av dessa regioner har skapat särskilda utbildningar och föreläsningar, seminarium eller nätverk för vårdpersonal som kan komma i kontakt med papperslösa i sitt arbete.²⁷⁹ Utbildningarna och informationstillfällena kan enligt enkätsvaren antingen ske på personalens initiativ eller på regionens. De arrangeras ibland av regionerna själva, men kan också erbjudas av exempelvis frivilligorganisationer eller genom nationella insatser. I enkätsvaret från Region Stockholm finns även en länk²⁸⁰ till informationsmaterial i form av bland annat en affisch. Denna beskriver på sex olika språk vilken rätt till hälso- och sjukvård papperslösa har. Bland informationsmaterialet finns också en informationsfolder där hälso- och sjukvård för papperslösa beskrivs mer ingående. Liknande informationsmaterial får troligen antas finnas internt även hos i varje fall en del andra regioner. Att de inte angivit detta i enkätsvaren kan bero på frågans öppna formulering eller att den som besvarat frågan inte haft vetskap om materialet. Det framgår dock inte av undersökningen i vilken utsträckning affischen eller informationsfoldern använts inom Region Stockholm eller var materialet placerats för att synliggöras för vårdpersonal eller patienter.

5.4.2 Regionernas åtgärder i förhållande till nationella och internationella krav

Det finns inget uttryckligt krav i nationell rätt som ålägger regioner att aktivt arbeta med att sprida kunskap till hälso- och sjukvårdsanställda avseende regleringen av vård för papperslösa. Däremot har det konstaterats av bland annat Statskontoret att både regionerna och staten kan göra mer för att underlätta efterlevnaden av lag (2013:407). Myndigheten uppmanar regionerna att genomföra riktade utbildnings- och informationsinsatser för att höja vårdpersonalens kunskap om regleringen, eftersom Statskontorets utredning indikerat att en stor del av hälso- och sjukvårdspersonalens kunskaper behöver förbättras.²⁸¹ Precis som en av regionerna påpekat är okunskapen bland personalen ett starkt återkommande problem, med tanke på att ny personal hela tiden anställs.²⁸² Väljer en region att aktivt utbilda och informera för att

²⁷⁹ Sandra Dolietis, Region Stockholm (2023b) (Bilaga B); Camilla Falk, Region Halland (2023b) (Bilaga B); Sofia Nilsson, Västra Götalandsregionen (2023) (Bilaga A); Jonas, Region Dalarna (2023) (Bilaga A); Maria Stefansson, Region Västerbotten (2023) (Bilaga B); och Marie Edberg, Region Norrbotten (2023b) (Bilaga B).

²⁸⁰ Region Stockholm (2023).

²⁸¹ Statskontoret (2016) s. 84.

²⁸² Registrator, Region Uppsala (2023) (Bilaga B).

motverka okunskap hos vårdpersonal, behöver således detta göras kontinuerligt och relativt frekvent för att få största möjliga effekt.

Trots avsaknaden av uttryckliga krav i nationell rätt finns en del internationella krav som ställs på staten i att hela tiden utveckla och förbättra de socioekonomiska rättigheter som erbjuds. I kapitel 4, särskilt avsnitt 4.3, har förklarats hur socioekonomiska rättigheter i ESC och ICESCR får förverkligas gradvis. Detta medför även en skyldighet för konventionsstaterna att utifrån deras egna socioekonomiska tillgångar hela tiden arbeta mot konventionernas mål. Vad som utgör en god hälsa förändras över tid, i samband med den medicinska utvecklingen i staten. Eftersom Sverige har förhållandevis goda resurser och har kommit långt inom den medicinska utvecklingen, innebär det att staten har en bredare skyldighet att förverkliga de socioekonomiska rättigheterna och konventionernas målstadganden jämfört med andra konventionsstater.

ESC uppställer exempelvis i sin första del, punkt 11, ett åtagande för konventionsstaterna att arbeta för varje individs bästa möjliga hälsotillstånd. Ett sådant åtagande framgår också av artikel 12 ICESCR. Individens bästa möjliga hälsotillstånd handlar om att ge denne bästa möjliga förutsättningar att uppnå bästa möjliga hälsa, utifrån individens enskilda omständigheter. Internationell rätt kräver således inte enbart att staterna formellt sett lagstiftar om att viss hälso- och sjukvård ska erbjudas alla personer, utan även att konventionsstaterna hela tiden arbetar med att enskilda i praktiken ska kunna åtnjuta denna vård. I förhållande till artikel 12 ICESCR har staterna enligt ESK-kommittén en skyldighet att respektera, skydda och förverkliga rätten till hälsa, genom att bland annat avstå från att neka eller begränsa tillgänglighet på lika villkor för alla, inklusive papperslösa.

Vikten av den praktiska tillgången till hälso- och sjukvård kommer till uttryck också i artikel 11 ESC. Denna ålägger stater att vidta åtgärder för att bland annat främja god hälsa och förebygga folkhälsoproblem. Konventionsstaterna ska även enligt artikeln arbeta för att införliva ett effektivt och tillförlitligt hälso- och sjukvårdssystem, som ska tillgängliggöras för alla i landet. Vilka konkreta åtgärder skyldigheterna i artikel 11 ESC och artikel 12 ICESCR föranleder, beror på statens utveckling och resurser. Några åtgärder som en stat med goda socioekonomiska resurser bör kunna vidta, skulle kunna vara att sprida information till hälso- och sjukvårdspersonal, samt papperslösa, om rätten till hälsa för den aktuella gruppen.

Rätten till hälsa i internationell rätt medför alltså dels en negativ förpliktelse för konventionsstater att avstå från att inskränka individens möjlighet till bästa möjliga hälsa, dels en positiv förpliktelse att skapa rätt förutsättningar för individen att nå den hälsan, genom att exempelvis hålla hälso- och sjukvården tillgänglig. Denna tillgänglighet framhävs av de ovan nämnda artiklarna, men också genom AAAQ-kriterierna i ICESCR. Staten måste alltså

arbeta för att faktiskt tillgodose den lagstadgade vården för papperslösa i praktiken. En förutsättning för att papperslösas rätt till hälsa ska kunna åtnjutas är bland annat att de inte nekas vård som regionerna är skyldiga att erbjuda. Samtidigt är ett av de vanligaste vårdhindren som papperslösa möter okunskap bland vårdpersonalen, som gör att enskilda patienter inte erhåller den vård de har rätt till. De regioner som aktivt vidtar åtgärder för att eliminera sådana vårdhinder kan sägas minska risken för att papperslösa nekas den lagstadgade miniminivån av vård. Tillgängligheten ökar på så sätt genom de aktiva åtgärderna. Detta under förutsättning att åtgärderna ger önskat resultat. Att personal nekar papperslösa vård på grund av okunskap är annars en begränsning av tillgängligheten till vård på lika villkor för alla.

Slutligen kan det inte påstås att de regioner som valt att inte arbeta aktivt med informations spridning på området går emot någon reglering, eftersom de enligt nationell rätt inte har någon faktisk skyldighet att vidta sådana åtgärder. Många av regionerna har svarat att det finns utpekade kontaktpersoner eller särskilda grupper tillgängliga för besvarande av frågor om papperslösas vård. Med tanke på att det genom exempelvis Lönnermarks studie år 2018 visat sig att majoriteten av de tillfrågade läkarna inte visste vem de skulle kontakta om de har frågor kring vård för papperslösa,²⁸³ kanske det inte räcker med passivt tillhandahållande av information. Det är självfallet viktigt att i regionen utse en person eller grupp som ansvarar för frågan, men det är då också av vikt att tillse att personalen vet vart de bör vända sig med sina funderingar. Trots att inte regionerna har någon rättslig skyldighet att vidta aktiva åtgärder bör däremot staten, med tanke på sina internationella åtaganden, framskridna medicinska utveckling och förhållandevis goda resurser, kunna arbeta mer aktivt för allas rätt och tillgång till bästa möjliga hälsa i praktiken.

²⁸³ Lönnermark (2018) s. 5.

6 Avslutande sammanfattning

6.1 Introduktion

Syftet med uppsatsen har varit att analysera begreppet ”vård som inte kan anstå” i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning om vård för papperslösa, samt undersöka hur det förhåller sig till Sveriges internationella åtaganden avseende mänskliga rättigheter. Detta har uppfyllts genom besvarandet av tre frågeställningar, vars svar kommer sammanfattas i följande avsnitt. Kapitlet avser utgöra en sammanfattning av den diskussion som förts i tidigare delar av uppsatsen.

6.2 Vilken vård omfattas av begreppet ”vård som inte kan anstå”?

Uppsatsens första frågeställning är tydligt kopplad till arbetets syfte att klargöra och analysera begreppet ”vård som inte kan anstå”. Frågeställningen avser beskriva vilken typ av vård begreppet omfattar och således vilken typ av vård regioner ska erbjuda papperslösa enligt lag (2013:407). Detta har gjorts genom att först ge en översikt över den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen för papperslösa samt en bakgrund till ”vård som inte kan anstå” som begrepp i nationell lagstiftning. Redan i bakgrunden kan konstateras att avsikten med lag (2013:407) har varit att ge papperslösa samma rätt till vård som asylsökande i Sverige. Denna vård ska gå utöver den omedelbara vården, det vill säga att det är mer än akutsjukvård som ska erbjudas.

Eftersom lagtextens ordalydelse är tämligen vag får mer detaljerad beskrivning av begreppet ”vård som inte kan anstå” hämtas ur förarbeten och myndighetsuttalanden. Enligt dessa kan följande konstateras. ”Vård som inte kan anstå” omfattar medicinsk behandling där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienter, såsom fara för liv, svår värk, svår ångest eller depression. I bedömningen ska vägas in huruvida en uppskjuten behandling kan leda till en avsevärt sämre prognos för patientens hälsa eller en ökad risk för komplikationer. Även följdinsatser till ”vård som inte kan anstå” omfattas av begreppet, exempelvis hjälpmedel eller uppföljande behandling. Vid alla beslut om att erbjuda viss vård måste hänsyn tas till hur länge patienten kan väntas vistas i landet. Hur en sådan bedömning ska göras i förhållande till papperslösa är dock oklart, eftersom de inte befinner sig i landet på samma premisser som exempelvis asylsökande, vilka lever här i väntan på ett myndighetsbeslut. Även förebyggande behandling kan vara befogad att erbjuda papperslösa, om den kan ges för att förhindra att patienten drabbas av mer akuta sjukdomstillstånd längre fram. Förebyggande behandling är nämligen oftast mindre resurskrävande i jämförelse med akuta behandlingar.

Eftersom Socialstyrelsen i sin rapport avstått från att enligt regeringens anvisningar förtydliga begreppet, finns fortfarande inga mer detaljerade riktlinjer kring hur en bedömning av ”vård som inte kan anstå” ska göras. Regeringen motiverade i förarbetena vagheten med att inte vilja ge begreppet för snävt tolkningsutrymme. Socialstyrelsen anser på samma sätt att det varken skulle vara etiskt eller medicinskt lämpligt att mer detaljerat ange vad som omfattas av begreppet ”vård som inte kan anstå”. Bedömningen måste göras av vårdpersonalen i varje enskilt fall, eftersom de konkreta omständigheterna kan skilja sig avsevärt också mellan patienter med liknande tillstånd eller samma diagnoser. Varje patients enskilda förhållanden måste tas i beaktning. Därför kan ingen form av lista upprättas över former av medicinsk behandling som med säkerhet alltid eller aldrig utgör ”vård som inte kan anstå”.

6.3 Hur omfattande är rätten till hälsa för papperslösa?

I förarbetena till lag (2013:407) framgick att avsikten med den nya regleringen var att kunna uppfylla Sveriges internationella åtaganden om mänskliga rättigheter bättre. Det har därför varit relevant att i enlighet med uppsatsens andra frågeställning undersöka hur omfattande papperslösas rätt till hälso- och sjukvård är enligt EKMR, ESC, ICCPR och ICESCR.

Rätten till hälsa är i grunden en socioekonomisk rättighet, men påverkas också av olika grundläggande civila rättigheter såsom rätten till liv, rätten till privat- och familjeliv, förbudet mot tortyr och förbudet mot diskriminering. Socioekonomiska rättigheter är vanligtvis av en karaktär att de får realiseras gradvis av konventionsstater. Delvis genom konventionstext och delvis genom praxis har dock utpräglats vissa miniminivåer av även de socioekonomiska rättigheterna som alltid måste realiseras omedelbart. Rätten till hälsa måste exempelvis enligt FN:s och Europarådets kommittéer alltid realiseras omedelbart om rätten till liv eller förbudet mot tortyr äventyras. Detta gäller för alla människor, oavsett migrationsrättslig status. Rätten till liv har enligt praxis ansetts vara hotad när tillgång till primärvård och akutvård saknats. Exakt när rätten till hälsa eller liv kränks måste avgöras i det enskilda fallet. Relevant att beakta är inte enbart medicinska omständigheter hos individen, utan dessa måste också ses tillsammans med sociala faktorer, såsom kön, ålder, ekonomi och eventuell sårbar status. Så länge de mest grundläggande rättigheterna inte äventyras, är staters skyldigheter på hälso- och sjukvårdsområdet också beroende av den enskilda statens utveckling och resurser.

Alla fyra konventioner kan i viss mån tillämpas på papperslösa som vistas inom en konventionsstats jurisdiktion. Konventionerna möjliggör emellertid även offentlig särbehandling av gruppen i förhållande till medborgare och migranter med tillstånd att uppehålla sig i landet. En sådan differentiering utgör inte diskriminering om behandlingen av de papperslösa är objektiv, rimlig och proportionerlig, samt förenlig med konventionernas syften. Det

kan exempelvis vara förenligt med konventionernas syften att begränsa papperslösas rätt till vård med hänvisning till patientsäkerhet, allokering av statliga resurser eller i försök att minska den irreguljära invandringen, men det måste göras på ett proportionerligt sätt. Begränsningen av individens rättigheter måste också uppfylla legalitetsprincipens krav på förutsebarhet. Här måste en avvägning göras mellan intresset av förutsebarhet och intresset av möjligheten för offentliga beslutsfattare att beakta särskilda omständigheter i varje enskilt fall. Särbehandlingen får inte heller inskränka på den fastställda miniminivån av rätt till hälsa som ska gälla för alla, oavsett status. Därför blir det aktuellt att fastställa konventionernas miniminivåer av rätt till hälso- och sjukvård, för att se vilken rätt till hälsa papperslösa måste garanteras av staterna.

Miniminivåerna av rätt till hälsa för papperslösa skiljer sig aningen åt mellan de olika konventionerna; delvis eftersom två av dem reglerar civila rättigheter, medan två av dem reglerar socioekonomiska. Det är bara ESC och ICESCR som har en uttrycklig rätt till hälsa bland sina artiklar. Miniminivåerna av hälso- och sjukvård som sätts i EKMR och ICCPR är satta i förhållande till möjliga kränkningar av grundläggande civila rättigheter. Alla människor, även papperslösa, måste enligt EKMR erbjudas vård som förhindrar allvarligt hot mot liv, privat- och familjeliv, eller som förhindrar omänsklig eller förnedrande behandling, i form av exempelvis stort lidande eller betydlig minskning av förväntad livslängd. Enligt ICCPR:s praxis och formulering ska alla erbjudas vård som är tillräckligt tillgänglig, i situationer där bristande tillgång skulle kunna utsätta en individs liv för en rimligen förutsägbar risk. Tillgången till hälso- och sjukvård får inte begränsas till att bara avse akutvård. Det finns alltså redan här ett krav på viss praktisk tillgänglighet till hälso- och sjukvården och en tanke om att alla människor ska garanteras vård som går utöver akutvård. Konventionsstaterna har följaktligen enligt EKMR och ICCPR en skyldighet att skydda även papperslösa från risken att hamna i ett tillstånd som hotar deras rätt till liv eller andra grundläggande rättigheter.

Även de socioekonomiska konventionerna kräver en miniminivå som måste gå utöver omedelbar vård. Enligt ESC ska alla människor erbjudas vård som kan kopplas till skydd av grundläggande rättigheter, såsom skydd för liv, personlig integritet, mänsklig värdighet och hälsa. Det finns ett visst krav på att det ska föreligga ett akut och allvarligt behov hos den enskilde, men detta får inte tolkas för snävt, till att avse en miniminivå med bara krav på akutvård. ICESCR ger alla människor en miniminivå av rätt till hälsa som innefattar både akut- och primärvård. Exakt vad primärvård innebär har emellertid erkänts otydligt. Det utgör i varje fall någonting mer än akutvård och innefattar typiskt sett sådan behandling av relativt vanliga och icke allvarliga sjukdomar som kan tillhandahållas till en lägre kostnad. Vården ska enligt ICESCR även uppfylla vissa tillgänglighetskrav, de s.k. AAAQ-kriterierna. Vilka konkreta krav kriterierna uppställer är i sig beroende av den enskilda konventionsstatens utveckling och resurser. Det står dock klart att staten

utefter sina egna möjligheter måste arbeta för att säkra en tillgänglighet till akut- och primärvård på lika villkor för alla, inklusive papperslösa.

6.4 Hur förhåller sig regionernas riktlinjer och tillvägagångssätt till nationell och internationell rätt?

För att få ett perspektiv på hur lag (2013:407) tillämpas i praktiken har en enkätundersökning genomförts, där samtliga av Sveriges regioner deltagit. Enkätsvaren exemplifierar vilken vård olika regioner erbjuder papperslösa, vilka riktlinjer som används för bedömningen av ”vård som inte kan anstå”, samt vilka – om några – aktiva åtgärder regionerna vidtar för att sprida kunskap om vård för papperslösa hos hälso- och sjukvårdspersonal. Resultatet analyseras i förhållande till vad som framkommit om nationella och internationella krav på vård för papperslösa. Detta för att besvara uppsatsens tredje frågeställning.

Avseende vilken typ av vård som erbjuds papperslösa, tillhandahåller fem regioner fullständig vård. Valet att göra detta är enligt lag (2013:407) helt frivilligt för regionerna och det finns annars inget krav på att erbjuda hälso- och sjukvård utöver den som listas i lagen. Vården för papperslösa i lag (2013:407) uppfyller formellt sett med största sannolikhet den miniminivå av vård som internationell rätt kräver. Att enbart erbjuda ”vård som inte kan anstå” bör därför inte kunna kritiseras ur det perspektivet. Det kan dock finnas vissa fördelar med att erbjuda papperslösa fullständig vård, sett ur andra konventionsrättsliga aspekter. Genom att erbjuda samma typ av vård som ges till andra i regionen minskar exempelvis sannolikheten för att en papperslös patient felaktigt nekats vård av personal som är osäker på hur bedömningen av ”vård som inte kan anstå” ska göras. Tillhandahållande av fullständig vård minskar alltså risken för att hälso- och sjukvården hålls otillgänglig för den papperslöse på grund av personalens okunskap kring regelverket, vilket annars hade stridit mot den internationella rättens krav på tillgänglighet.

Mer än hälften av regionerna använder sig av Socialstyrelsens riktlinjer för hur ”vård som inte kan anstå” ska bedömas. Tre regioner har egna riktlinjer som liknar Socialstyrelsens, medan sex regioner inte anger några särskilda riktlinjer för bedömningen av vilken vård som faller under begreppet och inte. En region har, vid tidpunkten för enkätundersökningen, i sina riktlinjer beskrivit ”vård som inte kan anstå” på ett felaktigt sätt i förhållande till både nationell och internationell rätt, då regionen genom sin formulering fått det att framstå som att enbart akutvård erbjuds papperslösa. Tillgången till riktlinjer för bedömningen av ”vård som inte kan anstå” är viktig för att underlätta uppfyllandet av den förvaltningsrättsliga objektivitetsprincipen och dess krav på saklighet, objektivitet och likabehandling. Tydligare riktlinjer gör det lättare för vårdpersonal att veta vilka kriterier som är legitima och sakliga att beakta i sin bedömning, samt kan skapa bättre förutsättningar för att behandla

lika fall lika. Detta blir ännu viktigare när begreppet ”vård som inte kan anstå” är vagt formulerat i lag (2013:407) och skulle kunna kritiseras enligt kravet på förutsebarhet i legalitetsprincipen och artikel 8 EKMR. Tydlighet i riktlinjerna är särskilt viktigt på ett område som detta, där yrkesverksamma uttryckt att de ofta upplever ett etiskt dilemma och stress vid beslutsfattandet.

En tredjedel av Sveriges regioner har svarat att de arbetar aktivt med att säkerställa och stärka sin personals kunskap om vård för papperslösa, medan ytterligare en tredjedel svarat att de inte gör det. ”Aktivt” arbete har i enkätundersökningen syftat på kontinuerligt vidtagande av åtgärder i försök att höja kunskapsnivån gällande vård för papperslösa hos vårdpersonalen. Detta i kontrast till mer passivt tillgängliggörande av information på exempelvis regionens hemsida. Nationell rätt ålägger inte uttryckligen regioner att vidta aktiva åtgärder för informationsspridning. Det är däremot någonting som bland annat Statskontoret i sin uppföljningsrapport av lag (2013:407) rekommenderat att regionerna gör, eftersom kunskapen bland hälso- och sjukvårdspersonalen behöver förbättras. I förhållande till Sverige som stat ställer emellertid den internationella rätten upp vissa krav om att hela tiden – utefter tillgängliga resurser – arbeta för att främja god hälsa och förebygga folkhälsoproblem, samt göra hälso- och sjukvården tillgänglig för alla i praktiken. Okunskap bland vårdpersonal om papperslösas rätt till hälso- och sjukvård hindrar i värsta fall gruppens tillgänglighet till vård. Enligt internationell rätt bör således staten vidta åtgärder för att undanröja vårdhindret.

6.5 Avslutning

Efter att ha analyserat begreppet ”vård som inte kan anstå” i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning i förhållande till nationell rätt och internationella åtaganden om mänskliga rättigheter, samt granskat regioners tillvägagångssätt och riktlinjer för vård till papperslösa, kan slutsatser dras som visar på både framsteg och utmaningar på området.

Att erbjuda ”vård som inte kan anstå” för papperslösa sträcker sig bortom erbjudande om enbart akutsjukvård. Begreppet uppfyller enligt uppsatsens analys de minimikrav som ställs på hälso- och sjukvård för papperslösa enligt internationella konventioner om mänskliga rättigheter. Utmaningen ligger snarare i den praktiska tolkningen av begreppet och bristen på detaljerade riktlinjer, vilket riskerar att leda till varierande tillgång till vård för papperslösa i Sverige. Tydligare riktlinjer är svårt att formulera, med tanke på det fria skön som måste ges hälso- och sjukvårdspersonal att ta hänsyn till omständigheter hos varje enskild patient. Att adressera och åtgärda klyftan mellan avsikten bakom lag (2013:407) och dess praktiska tillämpning är till sist avgörande för att garantera papperslösas rätt till hälsa på lika villkor, och därmed också stärka Sveriges arbete för att utveckla rätten till hälsa i enlighet med internationella åtaganden.

Käll- och litteraturförteckning

Källor

Otryckta källor

Anders Nordmark, administrativ chef, Hälso- och sjukvårdsnämndens nämndadministration, Region Värmland, e-post den 17 oktober 2023 (Bilaga B).

Andreas Delphin, samordnare, Regionstab Samordning hälso- och sjukvård, Region Kalmar län, e-post den 9 oktober 2023 (Bilaga A).

Andreas Delphin, samordnare, Regionstab Samordning hälso- och sjukvård, Region Kalmar län, e-post den 13 oktober 2023 (Bilaga B).

Anne Talvén, administratör, Asyl- och migranthälsan/Hälsoval, Region Sörmland, e-post den 2 oktober 2023 (Bilaga A).

Anne Talvén, administratör, Asyl- och migranthälsan/Hälsoval, Region Sörmland, e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga B).

Annika Mellquist, hälso- och sjukvårdschef – Område Nära vård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Blekinge, e-post den 10 oktober 2023 (Bilaga A).

Camilla, Enheten för diarium och handlingsoffentlighet, Region Skåne, e-post den 2 oktober 2023 (Bilaga A).

Camilla Falk, hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Halland, e-post den 3 oktober 2023 (Bilaga A).

Camilla Falk, hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Halland, e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga B).

Carl Hugo Persson, utvecklingsstrateg, Region Jämtland Härjedalen, e-post den 3 oktober 2023 (Bilaga A).

Carl Hugo Persson, utvecklingsstrateg, Region Jämtland Härjedalen, e-post den 13 oktober 2023 (Bilaga B).

Ewa Eklund, Regionledningskontoret, Region Östergötland, e-post den 11 oktober 2023 (Bilaga A).

Helena Broman, regionledningsförvaltningens kansli, Region Västernorrland, e-post den 23 oktober 2023 (Bilaga B).

Maria Stefansson, hälsoutvecklare Våld i nära relation, Region Västerbotten
e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga B).

Marie Edberg, Region Norrbotten, e-post den 3 oktober 2023 (Bilaga A).

Marie Edberg, Region Norrbotten, e-post den 23 oktober 2023 (Bilaga B).

Matilda Thorén, integrationsstrateg, Region Västmanland, e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga A).

Mats Englund, funktionsekonom, Region Gotland, e-post den 10 oktober 2023 (Bilaga A).

Jonas, patientadministration, Region Uppsala, e-post den 11 oktober 2023 (Bilaga A).

Registrator, Region Uppsala, e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga B).

Sandra Dolietis, Avdelning Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, e-post den 3 oktober 2023 (Bilaga A).

Sandra Dolietis, Avdelning Närsjukvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga B).

Sofia Nilsson, regionutvecklare, Kunskapscentrum för jämlik vård, Västra Götalandsregionen, e-post den 4 oktober 2023 (Bilaga A).

Tommy Stokka, stabschef hälso- och sjukvård, Region Gävleborg, e-post den 3 oktober 2023 (Bilaga A).

Yvonne Stolt, utredare, Region Jönköpings län, e-post den 12 oktober 2023 (Bilaga B).

Tryckta källor

Offentligt tryck

Utredningsbetänkanden

Ds. 2012:36 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd

Ds. 2019:23 Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter

SOU 2001:8 Prioriteringar i vården – Perspektiv för politiker, profession och medborgare

SOU 2003:89 EG-rätten och mottagande av asylsökande

SOU 2011:48 Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet

SOU 2017:05 Svensk social trygghet i en globaliserad värld

SOU 2020:63 Barnkonventionen och svensk rätt

Propositioner

Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1993/94:94 Mottagande av asylsökande m.m.

Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Prop. 1997/98:82 Europarådets sociala stadga

Prop. 2007/08:105 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

Prop. 2012/13:109 Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd

Prop. 2017/18:186 Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter

Prop. 2020/21:159 Vissa identitetsfrågor inom utlänningsrätten

Övrigt offentligt tryck

Bet. 2007/08:SfU8 Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.

FN-resolutioner

General Assembly of the United Nations. Resolution 543(VI), *Preparation of Two Draft International Covenants on Human Rights*, A/RES/543(VI) (5 februari 1952). Tillgänglig på digitallibrary.un.org/record/210793/files/A_RES_543%28VI%29-EN.pdf (hämtad 2023-12-13).

General Assembly of the United Nations. Resolution 71.1, *New York Declaration for Refugees and Migrants*, A/RES/71/1 (16 september 2016). Tillgänglig på www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_71_1.pdf (hämtad 2023-12-13).

Conclusions från Europeiska kommittén för sociala rättigheter (Europakommittén)

Europakommittén, *Conclusions* I - Statement of Interpretation - Article 11 (31 maj 1969) I_Ob_-43/Ob/EN.

Europakommittén, *Conclusions* I - Statement of Interpretation - Article 13 (31 maj 1969) I_Ob_-47/Ob/EN.

Europakommittén, *Conclusions* XIII-4, Statement of Interpretation on Article 13§1 (1996).

Europakommittén, *Conclusions* XIV-1 - Portugal - Article 13-4 (30 mars 1998) XIV-1/def/PRT/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* XVI-1 - Portugal - Article 13-4 (30 maj 2003) XVI-1/def/PRT/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* XIX-2 - Slovak Republic - Article 11-1 (2 januari 2010) XIX-2/def/SVK/11/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* XX-2 – Spain – Articles 3, 11, 12, 13 and 14 of the 1961 Charter (2013).

Europakommittén, *Conclusions* XX-2 - Statement of Interpretation - Article 13-1, 13-4 (2013) XX-2_035_03/Ob/EN (2013).

Europakommittén, *Conclusions* 2005 - Statement of Interpretation - Article 11 (30 juni 2005) 2005_Ob_1-1/Ob/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2009 - Italy - Article 13-4 (2 januari 2010) 2009/def/ITA/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2009 - Ukraine - Article 11-1 (2 januari 2010) 2009/def/UKR/11/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2013 - Bosnia and Herzegovina - Article 13-1 (6 December 2013) 2013/def/BIH/13/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2013 - Malta - Article 13-4 (6 december 2013) 2013/def/MLT/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2013 - Montenegro - Article 13-4 (6 december 2013) 2013/def/MNE/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Armenia - Article 13-1 (8 december 2017) 2017/def/ARM/13/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Austria - Article 13-1 (8 december 2017) 2017/def/AUT/13/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Austria - Article 13-4 (8 december 2017) 2017/def/AUT/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Belgium - Article 13-1 (8 december 2017) 2017/def/BEL/13/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Bosnia and Herzegovina - Article 13-1 (8 december 2017) 2017/def/BIH/13/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* XXI-2 - Denmark - Article 13-1 (8 december 2017) XXI-2/def/DNK/13/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* XXI-2 - Denmark - Article 13-4 (8 december 2017) XXI-2/def/DNK/13/4/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Lithuania - Article 11-1 (8 december 2017) 2017/def/LTU/11/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2017 - Russian Federation - Article 11-2 (8 december 2017) 2017/def/RUS/11/2/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2021 - Georgia - Article 11-1 (31 december 2021) 2021/def/GEO/11/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2021 – Latvia - Article 11-1 (31 december 2021) 2021/def/LVA/11/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2021 – Serbia - Article 11-1 (31 december 2021) 2021/def/SRB/11/1/EN

Europakommittén, *Conclusions* 2021 - Slovak Republic - Article 11-1 (31 december 2021) 2021/def/SVK/11/1/EN.

Europakommittén, *Conclusions* 2021 - Turkey - Article 11-1 (31 december 2021) 2021/def/TUR/11/1/EN

Europakommittén, *Conclusions* 2021 - Ukraine - Article 11-2 (31 december 2021) 2021/def/UKR/11/2/EN.

Concluding Observations från FN:s kommitté för mänskliga rättigheter (MR-kommittén)

MR-kommittén, *Concluding Observations: Canada*, 7 april 1999, CCPR/C/79/Add.105.
<www.refworld.org/docid/3df378764.html> (hämtad 2023-12-11).

MR-kommittén, *Concluding observations on the 4th periodic report of Israel*, 21 november 2014, CCPR/C/ISR/CO/4.
<digitallibrary.un.org/record/786571/files/CCPR_C_ISR_CO_4-EN.pdf> (hämtad 2023-12-11).

General Comments från FN-kommittéerna

FN:s kommitté för de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna (ESK-kommittén)

ESK-kommittén, *General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1 of the Covenant)*, 14 december 1990, E/1991/23.
<www.refworld.org/docid/4538838e10.html> (hämtad 2023-12-11).

ESK-kommittén, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, 11 augusti 2000, E/C.12/2000/4.
<www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (hämtad 2023-12-11).

ESK-kommittén, *General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, 2 juli 2009, E/C.12/GC/20.
<www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> (hämtad 2023-12-11).

FN:s kommitté för mänskliga rättigheter (MR-kommittén)

- MR-kommittén, *General Comment No. 6: Article 6 (Right to Life)*, 30 april 1982. <www.refworld.org/docid/45388400a.html> (hämtad 2023-12-11).
- MR-kommittén, *General Comment No. 15: The Position of Aliens Under the Covenant*, 11 april 1986.
<www.refworld.org/docid/45139acfc.html> (hämtad 2023-12-11).
- MR-kommittén, *General Comment No. 18: Non-discrimination*, 10 november 1989. <www.refworld.org/docid/453883fa8.html> (hämtad 2023-12-11).
- MR-kommittén, *General comment No. 31 [80], The nature of the general legal obligation imposed on States Parties to the Covenant*, 26 maj 2004, CCPR/C/21/Rev.1/Add.13.
<www.refworld.org/docid/478b26ae2.html> (hämtad 2023-12-11).
- MR-kommittén, *General comment no. 36, Article 6 (Right to Life)*. 3 september 2019, CCPR/C/GC/35.
<www.refworld.org/docid/5e5e75e04.html> (hämtad 2023-12-11).

Regioners upprättade dokument

- Region Gävleborg. *Avgiftshandbok – Patientavgifter Region Gävleborg*, diariernr: RS 2022/2378. 2022-10-12. Tillgänglig på
<www.regiongavleborg.se/Lankkatalog/P/Platinadokument/avgiftshandboken-patientavgifter-05-35663/> (hämtad 2023-12-18).
- Region Sörmland. *Asylsökande samt personer utan giltigt tillstånd att vistas i Sverige*, dokumentnummer Avgiftshandboken. 2020-01-01. Tillgänglig på
<edilprod.dll.se/GetPublicFile.ashx?docid=503900> (hämtad 2023-12-18).
- Region Västerbotten. *Avgiftshandbok – regelverk för avgifter år 2023*. Region Västerbotten, 2023. Tillgänglig på
<www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Avgiftshandbok%202023.pdf> (hämtad 2023-12-13).
- Region Västerbotten. *Riktlinje Vård till migranter*, dokumentnummer

67034. 2022.

<rvlitablobprod.blob.core.windows.net/rvlitablobprod/67034.pdf> (hämtad 2023-10-26).

Region Västernorrland. *Hälso- och sjukvård till gömda/papperslösa*, dokumentnummer 323161, version 5. Senast reviderad 2021-12-09. Tillgänglig på <[www.rvn.se/globalassets/ vardgivarwebb/kunskapsstod-och-rutiner/asylsokande-och-flyktingar/styrdokument/halso--och-sjukvard-till-gomda-papperslosa-riktlinje3231612.pdf](http://www.rvn.se/globalassets/vardgivarwebb/kunskapsstod-och-rutiner/asylsokande-och-flyktingar/styrdokument/halso--och-sjukvard-till-gomda-papperslosa-riktlinje3231612.pdf)> (hämtad 2023-12-18).

Region Örebro län. *Asylsökande och tillståndslösa – rätt till vård*, dokumentnummer 836901. Senast reviderad 2022-06-17. Tillgänglig på <vardgivare.regionorebrolan.se/globalassets/media/dokument/platina/administrativ-rutin/asylsokande-och-tillstandslosa---ratt-till-varld.836901.pdf> (hämtad 2023-12-13).

Beslut från regionfullmäktige

Regionfullmäktige i Region Gävleborg. Svar på Motion – Rätt till vård på lika villkor (LS 2014/1058), beslut den 3 februari 2016.

Regionfullmäktige i Region Västernorrland. Protokoll regionfullmäktige, 2021-06-22--24, dnr 21RS2.

Övriga källor

Region Dalarna. ‘Asyl- och migranthälsa Dalarna’. *Region Dalarna*. Tillgänglig på <www.regiondalarna.se/plus/vard/ovrig-halso--och-sjukvard/asyl--och-migranthalsa/> (hämtad 2023-12-13).

Region Halland. ‘Asylsökande, nyanlända och kvotflyktingar’. *Region Halland, Vårdgivare Halland*. 2023. Tillgänglig på <vardgivare.regionhalland.se/vardadministration/asylsokande/> (hämtad 2023-12-13).

Region Jönköpings län. ‘Vård av asylsökande och flyktingar’. *Folkhälsa och sjukvård i Jönköpings län*. 2023. Tillgänglig på <folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/154b5110-cb34-4e27-9014-313479bedd17> (hämtad 2023-11-11).

- Region Kronoberg. 'Asylhandboken'. *Region Kronoberg: Vårdgivare*. 2023. Tillgänglig på www.regionkronoberg.se/vardgivare/vardadministration/vard-av-personer-fran-andra-lander/asylhandboken/#tab-18087 (hämtad 2023-12-13).
- Region Stockholm. 'Informationsmaterial'. *Region Stockholm, Vårdgivarguiden*. 2023. Tillgänglig på vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/patientavgifter/asyl_utan_tillstand/handbokforpersonerutan_tillstand/artiklar/informationsmaterial/ (hämtad 2023-12-13).
- Region Sörmland. 'Asyl- och migranthälsan Sörmland'. *Region Sörmland, Samverkanswebben*. 2023. Tillgänglig på samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/halsoval/asyl--och-migranthalsa/ (hämtad 2023-12-11).
- Region Värmland (2023a). 'Asylsökande och massflyktingar'. *Region Värmland, Vårdgivarwebben*. Tillgänglig på https://regionvarmland.se/vardgivarwebben/administration/asyl--och-flyktingfragor/asylsokande-och-massflyktingar?c=svi10_2dba85da17ba873fda14f661#svi10_2dba85da17ba873fda14f661 (hämtad 2023-12-17).
- Region Värmland (2023b). 'Frågor och svar om asylsökandes rätt till vård'. *Region Värmland, Vårdgivarwebben*. Senast uppdaterad 2023-08-15. regionvarmland.se/vardgivarwebben/administration/asyl--och-flyktingfragor/asylsokande-och-massflyktingar?c=svi10_2dba85da17ba873fda14f661#svi10_2dba85da17ba873fda14f661 (hämtad 2023-10-15).
- Region Värmland (2023c). 'Övriga frågor om asyl- och flyktingfrågor'. *Region Värmland, Vårdgivarwebben*. Senast uppdaterad 2023-08-15. regionvarmland.se/vardgivarwebben/administration/asyl--och-flyktingfragor/ovriga-fragor?c=svi10_2dba85da17ba873fda14f953#svi10_2dba85da17ba873fda14f953 (hämtad 2023-10-15).
- Region Västmanland. 'Patientavgifter'. *Region Västmanland*. 2023. Tillgänglig på regionvastmanland.se/vardgivare/patientadministration/patientavgifter-ny/ (hämtad 2023-12-13).

Region Västmanland. 'Vård i Västmanland om du är asylsökande eller saknar tillstånd för att vistas i Sverige'. 1177. 2021. Tillgänglig på <www.1177.se/Vastmanland/sa-fungerar-varden/vard-om-du-kommer-fran-ett-annat-land/vard-i-vastmanland-om-du-ar-asylsokande-gomd-eller-tillstandslos/> (hämtad 2023-12-11).

Sveriges Kommuner och Regioner. 'Tillgång till vård viktigare än antal vårdplatser'. *Sveriges Kommuner och Regioner*. 2021. Tillgänglig på <skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/nyheteromvantetideroc htillganglighet/nyhetervantetiderivarden/tillgangtillvardviktiga reanantalvardplatser.59023.html> (hämtad 2023-10-16).

Sveriges Läkarförbund. 'Läkarförbundets etiska regler'. *Sveriges Läkarförbund*. 2017. Tillgänglig på <slf.se/app/uploads/2018/04/etiskaregler-a4-korr2.pdf> (hämtad 2023-12-11).

Rättsfallsförteckning

Sverige

Högsta förvaltningsdomstolen

RÅ 1995 ref. 70
HFD 2014 ref. 37
HFD 2017 ref. 33

IVO

IVO beslut 2015-04-13, dnr. 8.2-35696/2013-26.
IVO beslut 2016-10-17, dnr. 8.2-36521/2015-15.

EU-domstolen

C-562/13 *Centre public d'action sociale d'Ottignies-Louvain-la-Neuve*,
EU:C:2014:2453.

Europadomstolen

A.S. v. Switzerland, no. 39350/13, 30 juni 2015.

Abdulaziz, Cabales and Balkandali v. The United Kingdom, nos. 9214/80, 9473/81 och 9474/81, 28 maj 1985, Series A no. 94.

Aden Ahmed v. Malta, no. 55352/12, 23 juli 2013.

Airey v. Ireland, no. 6289/73, 9 oktober 1979, Series A no. 32.

Arskaya v. Ukraine, no. 45076/05, 5 december 2013.

Ashot Harutyunyan v. Armenia, no. 34334/04, 15 juni 2010.

Bah v. the United Kingdom, no. 56328/07, 27 september 2011, ECHR 2011-VI.

Bouyid v. Belgium [GC], no. 23380/09, 28 september 2015, ECHR 2015-V.

Budina v. Russia, no. 45603/05, 18 juni 2009.

Burke v. The United Kingdom, no. 19807/06, 11 juli 2006.

Calvelli and Ciglio v. Italy [GC], no. 32967/96, 17 januari 2002, ECHR 2002-I.

Case "Relating to Certain Aspects of the Laws on the Use of Languages in Education in Belgium" v. Belgium, nos. 1474/62, 1677/62, 1691/62, 1769/63, 1994/63, och 2126/64, 23 juli 1968, Series A no. 6.

Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu v. Romania [GC], no. 47848/08, 17 julia 2014, ECHR 2014-V.

Chowdury and others v. Greece, no. 21884/15, 30 mars 2017, ECHR 2017.

Ciorap v. Moldova, no. 12066/02, 19 juni 2007.

Cyprus v. Turkey [GC], no. 25781/94, 10 maj 2001, ECHR 2001-IV.

D. v. The United Kingdom, no. 30240/96, 2 maj 1997, Reports 1997-III.

Da Conceição Mateus and Santos Januário v. Portugal, nos. 62235/12 och 57725/12, 8 oktober 2013.

Dybeku v. Albania, no. 41153/06, 2 juni 2008.

Elberte v. Latvia, no. 61243/08, 13 januari 2015, ECHR 2015-I.

El-Masri v. The Former Yugoslav Republic of Macedonia [GC], no. 39630/09, 13 december 2012, ECHR 2012-VI.

Fadeyeva v. Russia, no. 55723/00, 9 juni 2005, ECHR 2005-IV.

Fernandes de Oliveira v. Portugal [GC], no. 78103/14, 31 januari 2019.

Guerra and Others v. Italy [GC], no. 14967/89, 19 februari 1998, Reports 1998-I.

Hatton and Others v. The United Kingdom [GC], no. 36022/97, 8 juli 2003, ECHR 2003-VIII.

Herczegfalvy v. Austria, no. 10533/83, 24 september 1992, Series A no. 244.

Hirsi Jamaa and Others v. Italy [GC], no. 27765/09, 23 februari 2012, ECHR 2012-II.

Hristozov and Others v. Bulgaria, nos. 47039/11 and 358/12, 13 november 2012, ECHR 2012-V (extracts).

Hunde v. The Netherlands, no. 17931/16, 5 juli 2016.

Jalloh v. Germany [GC], no. 54810/00, 11 juli 2006, ECHR 2006-IX.

James and Others v. the United Kingdom, no. 8793/79, 21 februari 1986, Series A no. 98.

J.K. and others v. Sweden [GC], no. 59166/12, 23 augusti 2016, ECHR 2016.

Keenan v. the United Kingdom, no. 27229/95, 3 april 2001, ECHR 2001-III.

K.H. and Others v. Slovakia, no. 32881/04, 28 april 2009, ECHR 2009-II.

Khalifa and others v. Italy [GC], no. 16483/12, 15 december 2016, ECHR 2016 (extracts).

Kudla v. Poland [GC], no. 30210/96, 26 oktober 2000, ECHR 2000-XI.

L.L. v. France, no. 7508/02, 10 oktober 2006, ECHR 2006-XI.

Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal [GC], no. 56080/13, 19 december 2017, ECHR 2017.

López Ostra v. Spain, no. 16798/90, 9 december 1994, Series A no. 303-C.

Marzari v. Italy, no. 36448/97, 4 maj 1999.

Mehmet Şentürk and Bekir Şentürk v. Turkey, no. 13423/09, 9 april 2013, ECHR 2013-II.

N. v. the United Kingdom [GC], no. 26565/05, 27 maj 2008, ECHR 2008-III.

Narinen v. Finland, no. 45027/98, 1 juni 2004.

Nevmerzhitsky v. Ukraine, no. 54825/00, 5 april 2005, ECHR 2005-II (extracts).

Osman v. the United Kingdom [GC], no. 23452/94, 28 oktober 1998, Reports 1998-VIII.

Paposhvili v. Belgium, no. 41738/10, 17 april 2014.

Petrova v. Latvia, no. 4605/05, 24 juni 2014.

Poltoratskiy v. Ukraine, no. 38812/97, 29 april 2003, ECHR 2003-V.

Ponomaryovi v. Bulgaria, no. 5335/05, 21 juni 2011, ECHR 2011-III.

Powell v. the United Kingdom, no. 45305/99, 4 maj 2000, ECHR 2000-V.

Pretty v. the United Kingdom, no. 2346/02, 29 april 2002, ECHR 2002-III.

Rees v. the United Kingdom, no. 9532/81, 17 oktober 1986, Series A no. 106.

S. and Marper v. the United Kingdom [GC], nos. 30562/04 och 30566/04, 4 december 2004, ECHR 2008-V.

Savran v. Denmark [GC], no. 57467/15, 7 december 2021.

Shelley v. the United Kingdom, no. 23800/06, 4 januari 2008.

Sporrong and Lönnroth v. Sweden, nos. 7151/75 och 7152/75, 23 september 1982, Series A no. 52.

Svinarenko and Slyadnev v. Russia, nos. 32541/08 och 43441/08, 17 juli 2014, ECHR 2014-V (extracts).

Taylor and others v. the United Kingdom, no. 23412/94, 30 augusti 1994.

Tekin v. Turkey, no. 22496/93, 9 juni 1998, Reports 1998-IV.

Ternovszky v. Hungary, no. 67545/09, 14 december 2010.

Thlimmenos v. Greece [GC], no. 34369/97, 6 april 2000, ECHR 2000-IV.

Tyrer v. the United Kingdom, 25 april 1978, Series A no. 26.

Tysiqc v. Poland, no. 5410/03, 20 mars 2007, ECHR 2007-I.

Üner v. the Netherlands [GC], no. 46410/99, 18 oktober 2006, ECHR 2006-XII.

V. v. the United Kingdom [GC], no. 24888/94, 16 december 1999, ECHR 1999-IX.

V.C. v. Slovakia, no. 18968/07, 8 november 2011, ECHR 2011-V (extracts).

X. v. Denmark, no. 9974/82, 2 mars 1983, D.R. 32, s. 282.

Yirdem and others v. Turkey, no. 72781/12, 4 september 2018.

Yoh-Ekale Mwanje v. Belgium, no. 10486/10, 20 december 2011.

Europeiska kommittén för sociala rättigheter (Europakommittén)

Autism-Europe v. France, Collective complaint No. 13/2002.

Conference of European Churches (CEC) v. The Netherlands, Collective complaint No. 90/2013.

Defence for Children International (DCI) v. Belgium, Collective complaint No. 69/2011.

Defence for Children International (DCI) v. The Netherlands, Collective complaint No. 47/2008.

European Committee for Home-Based Priority Action for the Child and the Family (EUROCEF) v. France, Collective complaint No. 114/2015.

European Federation of National Organisations working with the Homeless

(FEANTSA) v. The Netherlands, Collective complaint No. 86/2012.

International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) v. Croatia, Collective complaint No. 45/2007.

International Commission of Jurists (ICJ) and European Council for Refugees and Exiles (ECRE) v. Greece, Collective complaint No. 173/2018.

International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) v. France, Collective complaint No. 14/2003.

Médecins du Monde - International v. France, Collective complaint No. 67/2011.

Tehy ry och STTK ry v. Finland, Collective complaint No. 10/2000.

Transgender-Europe and ILGA-Europe v. Czech Republic, Collective complaint No. 117/2015.

FN:s kommitté för mänskliga rättigheter (MR-kommittén)

Broeks v. Netherlands, Communications No. 172/1984,
CCPR/C/29/D/172/1984.

O'Neill and Quinn v. Ireland, Communications No. 1314/2004,
CCPR/C/87/D/1314/2004.

Toussaint v. Canada, Communications No. 2348/2014,
CCPR/C/123/D/2348/2014.

Zwaan-de Vries v. The Netherlands, Communications No. 182/1984,
CCPR/C/29/D/182/1984.

Internationella domstolen i Haag

Ahmadou Sadio Diallo (Republic of Guinea v. Democratic Republic of the Congo), Merits, Judgment, 30 november 2010, I.C.J. Reports 2010, s. 639.

Litteratur

- Andersson Lena M.C., Anders Hjern och Henry Ascher. 'Undocumented adult migrants in Sweden: mental health and associated factors'. *BMC Public Health*. Vol. 18, nr. 1369, 2018. doi: 10.1186/s12889-018-6294-8.
- Angeleri, Stefano. *Irregular Migrants and the Right to Health*. Cambridge University Press, 2022.
- Biswas, Dan, Maria Kristiansen, Allan Krasnik och Marie Norredam. 'Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark'. *BMC Public Health*. Vol. 11, nr. 560, 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-560.
- Björngren Cuadra Carin och Sandro Cattacin. *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27: Towards a Comparative Framework. Summary report*. Malmö University, Nowhereland Project, 2010.
- Blake, Conway. *Normative Instruments in International Human Rights Law: Locating the General Comment*. New York: NYU School of Law, 2008.
- Blume, Ebba. 'Sjuksköterskor vittnar: Asylsökande och papperslösa avvisas av vården'. *Vårdfokus*. 2022-11-08. Tillgänglig på www.vardfokus.se/nyheter/sjukskoterskor-vittnar-asylsokande-och-papperslosa-avvisas-av-varden/ (hämtad 2023-12-13).
- Boeles, Pieter, Maarten den Heijer, Gerrie Lodder och Kees Wouters. *European Migration Law*. 2 uppl., Cambridge: Intersentia 2014.
- Bozorgmehr, Kayvan och Oliver Razum. 'Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994-2013'. *PloS One*. Vol. 10, nr. 7, 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0131483.
- Bremdal, Patrik, Maria Grahn Farley och Jane Reichel. *Principen om fördragskonform tolkning förhållande till Sveriges konventionsåtaganden om mänskliga rättigheter*. Uppsala universitet, 2018.
- Bull, Thomas. 'Den offentlige tjänstemannen – makthavare i medborgarnas

- tjänst'. I *Mänskliga rättigheter i det offentliga Sverige*, Anna-Sara Lind och Elena Namli (red.) 37-54. Studentlitteratur AB, 2017.
- Bull, Thomas. 'Objektivitetsprincipen'. I *Offentligrättsliga principer*, Lena Marcusson (red.), 101-136. 4 uppl., Uppsala: Iustus Förlag, 2020.
- Cederberg, Jesper. 'Volontärer oroade över nya politiska vindar'. *Läkartidningen*. 2023-08-23. Tillgänglig på [<lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/08/volontarer-oroad-over-nya-politiska-vindar/>](https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/08/volontarer-oroad-over-nya-politiska-vindar/) (hämtad 2023-12-13).
- Commission on Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO/IER/CSDH/08.1. Genève: World Health Organization, 2008. Tillgänglig på [<www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1) (hämtad 2023-12-16).
- Dahlgren Ekegren, Lou och Sandra Dolietis. *Kunskap och vägledning, en förutsättning för god vård*. Stockholm: Svenska Röda Korset, 2018. Tillgänglig på [<www.rodakorset.se/globalassets/rodakorset.se/dokument/om-oss/fakta-och-standpunkter/rapporter/kunskap-och-vagledning-en-forutsattning-for-god-var-d-2018.pdf>](http://www.rodakorset.se/globalassets/rodakorset.se/dokument/om-oss/fakta-och-standpunkter/rapporter/kunskap-och-vagledning-en-forutsattning-for-god-var-d-2018.pdf) (hämtad 2023-12-13).
- Dembour, Marie-Bénédicte och Tobias Kelly. *Are Human Rights for Migrants? Critical Reflections on the Status of Irregular Migrants in Europe and the United States*. New York: Routledge, 2011.
- ESK-kommittén. *Duties of States towards refugees and migrants under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. E/C.12/2017/1. Genève: FN, 2017. Tillgänglig på [<www.refworld.org/docid/5bbe0bc04.html>](http://www.refworld.org/docid/5bbe0bc04.html) (hämtad 2023-12-11).
- EU-kommissionens generaldirektorat för forskning och innovation. *Fundamental Social Rights in Europe*. Working Paper, Social Affairs series, SOCI 104 EN. Luxemburg: Europaparlamentet, 1999. Tillgänglig på [<www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/pdf/104_en.pdf >](http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/pdf/104_en.pdf) (hämtad 2023-12-13).

Europakommittén. *Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic*. Europeiska kommittén för sociala rättigheter, 2020. Tillgänglig på <rm.coe.int/statement-of-interpretation-on-the-right-to-protection-of-health-in-ti/16809e3640> (hämtad 2023-12-08).

European Union Agency for Fundamental Rights. *Cost of Exclusion from Healthcare – The Case of Migrants in an Irregular Situation*. European Union Agency for Fundamental Rights. Wien, 2015. Tillgänglig på <fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf> (hämtad 2023-12-08).

Godoy-Ramirez, Karina, Emma Byström, Ann Lindstrand, R. Butler, Henry Ascher och Asli Kulane. 'Exploring childhood immunization among undocumented migrants in Sweden-following qualitative study and the World Health Organizations Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP)'. *Public Health*. Vol. 171, 2019: 97–105. doi: 10.1016/j.puhe.2019.04.008.

Holmberg, Erik, Nils Stjernquist, Magnus Isberg, Marianne Eliason och Göran Regner, Grundlagarna (3 juli 2019, version 3A, JUNO), kommentaren till 1 kap. 2 § regeringsformen.

Hunt, Paul. *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt : addendum*. A/HRC/4/28/Add.2. Genève: FN, 2007. Tillgänglig på <digitallibrary.un.org/record/594900/files/A_HRC_4_28_Add-2-EN.pdf> (hämtad 2023-12-13).

International Law Commission. Draft Articles on the Expulsion of Aliens. *I Yearbook of the International Law Commission*. Vol. 2, del 2, 2014. Tillgänglig på <legal.un.org/ilc/publications/yearbooks/english/ilc_2014_v2_p2.pdf> (hämtad 2023-12-13).

International Organization for Migration (IOM). *Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports*. Genève: International Organization for Migration (IOM), 2016. Tillgänglig på <publications.iom.int/system/files/pdf/mrs_52.pdf> (hämtad 2023-12-13).

Johnsson, Lars-Åke. Hälso- och sjukvårdslagen – Med kommentarer (20

augusti 2021, version 11, JUNO), kommentaren till 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

- Kindström Dahlin, Moa. *Psykiatrirätt: intressen, rättigheter och principer*. Stockholm: Jure Förlag, 2014.
- Kisswani, Katrin och Lina Lönnberg. 'Ge asylsökande och papperslösa vård på lika villkor'. *Göteborgsposten*. 2018-01-28. Tillgänglig på <www.gp.se/debatt/ge-asylsökande-och-papperslösa-vård-på-lika-villkor-1.5100295> (hämtad 2023-12-13).
- Kjellbom, Pia och Anna Lundberg. 'Olika rättsliga rum för en skälig levnadsnivå? – En rättskartografisk analys av SoL och LMA i domstolspraktiken'. *Nordisk socialrättslig tidskrift*. Nr. 17-18, 2018: 39-71.
- Kleineman, Jan. 'Rättsdogmatisk metod'. I *Juridisk metodlära*, Maria Nääv och Mauro Zamboni (red.), 21-46. Lund: Studentlitteratur AB, 2018.
- Kullgren, Åsa, Marie-Louise Forslund Mustaniemi, Thomas af Bjur, Mattias Claesson, Ylva G. Karlsson och Maud Ekman. 'Dags att lagstifta om vård till papperslösa'. *Svenska Dagbladet*. 2012-04-07. Tillgänglig på <www.svd.se/a/b3a5c280-b61d-37f6-b6fc-28476be9ce0d/dags-att-lagstifta-om-var-d-till-papperslosa> (hämtad 2023-11-14).
- Langlois, Etienne V., Andy Haines, Göran Tomson och Abdul Ghaffar. 'Refugees: towards better access to health-care services'. *The Lancet*. Vol. 387, nr. 10016, 2016: 319-321. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00101-X.
- Lebeck, Carl. *Legalitetsprincipen i förvaltningsrätten*. Stockholm: Norstedts Juridik, 2018.
- Letsas, George. 'The ECHR as a Living Instrument: Its Meaning and Legitimacy'. I *Constituting Europe: the European Court of Human Rights in a national, European, and global context*, Andreas Føllesdal, Birgit Peters och Geir Ulfstein (red.), 106-141. Cambridge University Press, 2012.
- Lind, Anna-Sara. *Sociala rättigheter i förändring: En konstitutionellrättslig studie*. Uppsala: Uppsala universitet, 2009.
- Lind, Anna-Sara. 'The Right to Health in Sweden'. I *The Right to Health at*

the Public/Private Divide, Colleen M. Flood (red.), 51-78.
Cambridge University Press, 2014.

Lind, Anna-Sara. 'Rätten till hälsa och den medicinska rätten'. I *Medicinsk rätt*, Kavot Zillén, Titti Mattsson och Santa Slokenberga (red.), 39-52. 2 uppl., Norstedts Juridik AB, 2022.

Litins'ka, Yana. *Hjärt- och/eller lungtransplantation för personer som saknar permanent uppehållstillstånd*. Lunds universitet, 2020.

Litins'ka, Yana. *Healthcare Services for Asylum-Seekers: Untangling the European Social Charter*. Oxford University Press, 2023.

Lukas, Karin. *The Revised European Social Charter: An Article by Article Commentary*. Edward Elgar Publishing, 2021.

Läkare utan gränser. *Gömnda i Sverige. Utestängda från hälso- och sjukvård*. Stockholm: Läkare utan gränser, 2005. Tillgänglig på lakareutangranser.se/sites/default/files/studiegomdasverige.pdf (hämtad 2023-12-13).

Lönnermark, Elisabet. *Kunskap om rätten till vård för tillståndslösa och asylsökande personer: En enkätstudie bland sjuksköterskestudenter, läkarstudenter och läkare i Västra Götaland*. Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet, 2018. Tillgänglig på mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/SOFIA/RS9465-2041215917-150/SURROGATE/Kunskap%20om%20r%C3%A4tten%20till%20v%C3%A5rd%20f%C3%B6r%20tillst%C3%A5ndslosl%C3%B6sa%20och%20asyls%C3%B6kande%20personer-1.pdf (hämtad 2023-12-13).

Mona, Hatem, Lena M.C. Andersson, Anders Hjern och Henry Ascher. 'Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden – a principal component analysis'. *BMC Health Services Research*. Vol. 21, nr. 830, 2021. doi: 10.1186/s12913-021-06837-y.

MR-kommittén. *Consideration of reports submitted by States parties under article 40 of the Covenant: concluding observations adopted by the Human Rights Committee at its 105th session: Kenya*. CCPR/C/KEN/CO/3. Genève: FN, 2012. Tillgänglig på documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/455/90/PDF/G1245590.pdf?OpenElement (hämtad 2023-12-11).

- Nilsson, Annika K. *Enforcing Environmental Responsibilities: A Comparative Study of Environmental Administrative Law*. Uppsala: Uppsala universitet, 2011.
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *The principle of non-refoulement under international human rights law*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2018. Tillgänglig på www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/GlobalCompactMigration/ThePrincipleNon-RefoulementUnderInternationalHumanRightsLaw.pdf (hämtad 2023-12-05).
- Patel, Vikram. 'Mental health in low- and middle-income countries'. *British medical bulletin*. Vol. 81-82, 2007: 81-96. doi: 10.1093/bmb/ldm010.
- Roscam Abbing, Henriette D.C. 'The Right to Care for Health: The Contribution of the European Social Charter'. *European Journal of Health Law*. Vol. 12, nr. 3, 2005: 183-191. doi: 10.1163/157180905774857907.
- Rosengrenska Insamlingsstiftelsen. 'Verksamhetsberättelse 2021'. *Rosengrenska Insamlingsstiftelsen*. 2021. Tillgänglig på www.rosengrenska.org/wp-content/uploads/2022/05/Verksamhetsbera%CC%88ttelse-2021.pdf (hämtad 2023-11-06).
- Rätt till vård-initiativet. 'Uttalande om begreppet "Vård som inte kan anstå" rörande vård till asylsökande och papperslösa'. *Rätt till vård-initiativet*. 2014. Tillgänglig på vardforpapperslosa.org/wp-content/uploads/2023/01/UndertecknatAnsta140616.pdf (hämtad 2023-11-05).
- Rätt till vård-initiativet. 'Rätt till vård på lika villkor 2017: Ställningstagande från Rätt till vård-initiativet'. *Rätt till vård-initiativet*. 2017. Tillgänglig på vardforpapperslosa.org/ratt-till-vard-pa-lika-villkor-2017/ (hämtad 2023-11-05).
- Sandgren, Claes, *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare: ämne material, metod, argumentation och språk*. 5 uppl., Norstedts juridik 2021.
- Shue, Henry. *Basic Rights: Substinence, Affluence, and U.S. Foreign Policy*. 2 uppl., Princeton University Press, 1996.

- Simonnot, Nathalie, A. Rodriguez, M. Nuernberg, F. Fille, P.E.
Aranda-Fernández och P. Chauvin. *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries*. Doctors of the World och European Network to Reduce Vulnerability in Health, 2016. Tillgänglig på [<mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016_en-mdm-international.pdf>](http://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2016/11/observatory-report2016_en-mdm-international.pdf) (hämtad 2023-12-13).
- Smer. *Vård av personer utan permanent uppehållstillstånd. Etiska aspekter på behandling som kräver eftervård* (2020:6). Stockholm: Smer, 2020. Tillgänglig på [<smer.se/wp-content/uploads/2020/11/smer-2020-6-var-d-av-personer-utan-permanent-uppehallstillstand-webb.pdf>](http://smer.se/wp-content/uploads/2020/11/smer-2020-6-var-d-av-personer-utan-permanent-uppehallstillstand-webb.pdf) (hämtad 2023-12-11).
- Socialstyrelsen. Socialstyrelsens allmänna råd 1988:8 *Hälsovård för flyktingar och asylsökande* (SOSFS 1988:8). Socialstyrelsen, 1988.
- Socialstyrelsen. Allmänna råd 1995:4 *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar* (SOSFS 1995:4). Socialstyrelsen, 1995.
- Socialstyrelsen. *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2010. Tillgänglig på [<www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2010-3-11.pdf>](http://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2010-3-11.pdf) (hämtad 2023-12-11).
- Socialstyrelsen. *Vård för papperslösa. Vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014. Tillgänglig på [<www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-28.pdf>](http://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-2-28.pdf) (hämtad 2023-12-11).
- Ssenyonjo, Manisuli. *Economic Social and Cultural Rights in International Law*. Oxford: Hart Publishing Ltd, 2009.
- Statskontoret. *Vård till papperslösa – En uppföljning av lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd* (2015:10). Stockholm: Statskontoret, 2015. Tillgänglig på [<www.statskontoret.se/siteassets/publikationer/2015/201510.pdf>](http://www.statskontoret.se/siteassets/publikationer/2015/201510.pdf) (hämtad 2023-12-11).

Statskontoret. *Vård till papperslösa – Slutrapport av uppdraget att följa upp lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd* (2016:11). Stockholm: Statskontoret, 2016. Tillgänglig på www.statskontoret.se/siteassets/publikationer/2016/201611.pdf (hämtad 2023-12-11).

Sterzel, Fredrik. 'Legalitetsprincipen'. I *Offentligrättsliga principer*, Lena Marcusson (red.), 79-100. 4 uppl., Uppsala: Iustus Förlag, 2020.

Straßmayr Christa, Aleksandra Matanov, Stefan Priebe, Henrique Barros, Reamonn Canavan, José Manuel Díaz-Olalla, Edina Gabor, Andrea Gaddini, Tim Greacen, Petra Holcnerová, Ulrike Kluge, Marta Welbel, Pablo Nicaise, Aart H Schene, Joaquim JF Soares och Heinz Katschnig. 'Mental health care for irregular migrants in Europe: Barriers and how they are overcome'. *BMC Public Health*. Vol. 12, nr. 367, 2012. doi: 10.1186/1471-2458-12-367.

Svenska Röda Korsets vårdenhet. *Nedslag i Verkligheten – tillgång till vård för papperslösa. Röda Korsets nulägesbeskrivning av hinder till vård för papperslösa personer och dess humanitära konsekvenser*. Stockholm: Svenska Röda Korset, 2018. Tillgänglig på www.rodakorset.se/siteassets/dokument/var-hjalp-i-sverige/vard-och-behandling/vard-till-papperslosa/nedslag-i-verkligheten-2018.pdf (hämtad 2023-12-11).

Tobin, John. *The Right to Health in International Law*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

Trummer, Ursula, Sonja Novak-Zezula, Anna-Theresa Renner och Ina Wilczewska. *Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance*. Wien: Center for Health and Migration Vienna (C-HM), 2016. Tillgänglig på c-hm.com/wp-content/uploads/2019/07/TS_Final-Report.pdf (hämtad 2023-11-06).

United Nations Commission on Human Rights (UNCHR). 'Note verbale dated 5 December 1986 from the Permanent Mission of the Netherlands to the United Nations Office at Geneva addressed to the Centre for human Rights ("Limburg Principles")'. E/CN.4/1987/17. Genève: FN, 1987. Tillgänglig på digitallibrary.un.org/record/124945/files/E_CN.4_1987_17-EN.pdf (hämtad 2023-12-11).

United Nations Human Rights Council. *UN Human Rights Council: Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*. A/HRC/4/28. Genève: FN, 2007. Tillgänglig på <www.refworld.org/docid/461e295a2.html> (hämtad 2023-12-11).

Wahlberg, Anna, Carina Källestål, Anna-Carin Lundgren och Birgitta Essén. 'Causes of death among undocumented migrants in Sweden, 1997–2010'. *Global Health Action*. Vol. 7, nr. 1, 2014. doi: 10.3402/gha.v7.24464.

WHO European Region. *Health of refugees and migrants: Regional situation analysis, practices, experiences, lessons learned and ways forward*. World Health Organization, 2018. Tillgänglig på <cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugees-migrants-euro-20183634ea84-ab36-48ff-8502-ba50d5f7d437.pdf?sfvrsn=162e3f07_1&download=true> (hämtad 2023-12-11).

Woodward, Aniek, Natasha Howard och Ivan Wolffers. 'Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review'. *Health policy and planning*. Vol. 29, nr. 7, 2014: 818-30. doi: 10.1093/heapol/czt061.

Zillén, Kavot. *Barn i välfärdsstatens utkant – om rätten till sjukvård för barn som är unionsmedborgare och som lever i ekonomisk utsatthet i Sverige*. Uppsala: Iustus förlag, 2019.

Bilaga A – Svar på fråga 1 och 2

Från: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se
Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 28 september 2023 18:09

JO

Hej,

Mitt namn är Julia Odd och jag studerar juristprogrammet på Lunds universitet.
För närvarande skriver jag mitt examensarbete med inriktning på hälso- och sjukvård för papperslösa personer i Sverige.

Med anledning av detta vill jag gärna få svar på två frågor från samtliga regioner i Sverige:


1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"?
- Om ja, bifoga gärna dessa.
2. Erbjuder regionen vård utöver "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?
- Om ja, vilken vård erbjuds?

Jag hade varit mycket tacksam om ni skulle vilja hjälpa mig med att skicka vidare detta mejl till en person inom regionen som kan besvara frågorna.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar,
Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se
Telefon: 076-770 65 73

Från: [REDACTED] 
Ämne: VB: Frågar försiktigt igen om detta?
Datum: 10 oktober 2023 11:28
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Mellqvist, Annika [REDACTED]



Hej Julia:

Svaren hittar du i texten nedan

Med vänlig hälsning



Hej,

För ungefär 1,5 vecka sedan skickade jag e-postmeddelandet nedan till er och vill bara påminna om att jag är mycket tacksam för svar. Har ni några frågor kring mitt mejl får ni gärna höra av er.

Med vänliga hälsningar, Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se

Telefon: 076-770 65 73

Vidarebefordrat mejl: Från: Julia Odd Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa

Datum: 28 september 2023 18:03:10 CEST Till: region@regionblekinge.se

Hej,

Mitt namn är Julia Odd och jag studerar juristprogrammet på Lunds universitet.

För närvarande skriver jag mitt examensarbete med inriktning på hälso- och sjukvård för papperslösa personer i Sverige.

Med anledning av detta vill jag gärna få svar på två frågor från samtliga regioner i Sverige:

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"? - Om ja, bifoga gärna dessa.

Svar: Nej

2. Erbjuder regionen vård utöver "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa? - Om ja, vilken vård erbjuds? Jag hade varit mycket tacksam om ni skulle vilja hjälpa mig med att skicka vidare detta mejl till en person inom regionen som kan besvara frågorna.

Svar: Ja – Dina exempel ovan, gäller både papperslösa och asylsökande

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar, Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se

Telefon: 076-770 65 73

Mvh Annika



Annika Mellquist

Hälso- och sjukvårdschef – Område Nära vård

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Region Blekinge

Postadress: 371 85 Karlskrona

Från: [REDACTED] ✉
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 16 oktober 2023 14:27
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: [REDACTED]



Hej Julia!

Ursäkta sent svar.

Region Dalarna följer lagstiftningen från 1/7 2013 gällande vård för tillståndslösa vuxna enligt nedanstående. Den kursiverade texten hittas av Regionens medarbetare på vår (Asyl- och Migranthälsa Dalarna) hemsida på regionens Intranät och vid sökning på intranätet. Alla frågor kring "vård för papperslösa/gömda" besvaras av vår enhet. Vi har dessutom bedrivit informationsutbildning på diverse enheter och utbildningsdagar, via 20 minuters föreläsning kring denna fråga, vid förekommande anledning eller efter önskemål eller på vårt initiativ. Även för frivilligorganisationer och kommunal verksamhet ex. skolhälsovård och kommunala integrationsenheter. För denna grupp erbjuder inte Region Dalarna vård utöver vad Lagen från 2013 anger.

*För papperslösa/gömda
Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd ges samma rätt till sjukvård som asylsökande personer.*

Riksdagen har beslutat om en ny lag gällande från 1 juli 2013 innebärande skyldighet för landstingen att erbjuda personer som vistas i Sverige utan tillstånd hälso- och sjukvård inklusive tandvård. Lagen innebär att landstingen är skyldiga att erbjuda vuxna personer som vistas i landet utan tillstånd samma subventionerade hälso- och sjukvård som vuxna asylsökande, d.v.s. vård som inte kan anstå inklusive tandvård, mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning, vård vid abort och en hälsoundersökning. Landstingen ges därutöver möjlighet att erbjuda vård, upp till samma nivå som för bosatta.

Barn som vistas i landet utan tillstånd ska erbjudas samma vård som bosatta och asylsökande barn, d.v.s. subventionerad fullständig hälso- och sjukvård inklusive regelbunden tandvård. Regeringen får meddela föreskrifter om vårdavgifter och avgifter för läkemedel enligt den nya lagen. Hälsoundersökningen och vård som sker med stöd av smittskyddslagen ska vara avgiftsfri.

Har du ytterligare frågor kan du höra av dej till mej.

Vänligen,
Lars Arvidsson



Lars Arvidsson – Läkare Spec allmän medicin
Region Dalarna – Asyl- och migranthälsa Dalarna



www.regiondalarna.se

Från: Andersson Ulrika M /Asyl- och migranthälsa Dalarna /Hedemora

Från: Mats Englund [redacted] 
Ämne: Enkät svar
Datum: 10 oktober 2023 14:43
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Region Gotland regiongotland@gotland.se, Maria Amér [redacted]



Hej Julia

Svar på dina frågor här nedanför-

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"?
- Om ja, bifoga gärna dessa.

Nej

2. Erbjuder regionen vård utöver "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?
- Om ja, vilken vård erbjuds?

Regionen undviker att använda begreppet "papperslösa", utan använder genomgående begreppet "utan tillstånd att befinna sig i landet", vilket är något annat än att sakna identitetshandlingar.

För denna grupp erbjuder vi den vård som du nämner, men inget mer.

Med vänlig hälsning

Mats Englund
Funktionsekonom



Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen, Region Gotland
Visborgsallén 19, 621 81 Visby
www.gotland.se
facebook.com/regiongotland



-Observera: När du har kontakt med oss på Region Gotland via e-post innebär det att vi behandlar dina personuppgifter. För att få veta mer om hur vi gör det kan du läsa här: <https://gotland.se/personuppgifter>

Från: [REDACTED]
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 3 oktober 2023 22:54
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: rg@regiongavleborg.se



Hej Julia,

Aktuella och intressanta frågor! Hoppas mina svar kan hjälpa dig.

1. Nej. Vi brukar visa till [Socialstyrelsens](#) definition, och då är det tydligt att det inte är mycket som kan anstå! Jag anser, som många med mig, att det är ett oerhört svårt begrepp som inte används inom hälso- och sjukvården. Bifogar "Vård för papperslösa" från Socialstyrelsen där jag särskilt noterar mig vårdprofessionernas konsensusutlåtande i bilaga 1.

VÅRD SOM KAN ANSTÅ – FINNS DEN?

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

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

2. Ja, Se länken ovanför. Här klippt in vad som ska erbjudas.

Vilken vård ska erbjudas?

Det framgår av lagen och propositionen Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd (2012/13:109) att regioner vid behov ska erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård till papperslösa. Erbjudande om vård till papperslösa kan sammanfattas enligt följande:

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling som är mer än omedelbar vård, det vill säga lagen omfattar inte bara akut vård
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd
- vård för att undvika mer omfattande vård och behandling
- vård för att minska användningen av mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder
- vård som är följdinsatser av vård som getts (inklusive psykiatrisk vård)
- mödrahälsovård
- preventivmedelsrådgivning
- vård vid abort
- läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner
- smittskyddsinsatser
- en hälsoundersökning (om den enskilde inte redan har fått det)
- hjälpmedel vid funktionshinder (om inte patienten kan få tillgång till sådana)

- på annat sätt)
- sjukresor eller transport i samband med vårdtillfället
 - tolk i samband med vårdtillfället.

Med vänlig hälsning
Tommy Stokka

Stabschef Hälsa- och sjukvård



www.regiongavleborg.se

Region Gävleborg

Hälsa- och sjukvårdsgemensamma resurser
Hälsa- och sjukvårdsgemensamma resurser stab
Hälsa- och sjukvårdsledning

Tillsammans skapar vi plats för din framtid

Från: Falk Camilla RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD [REDACTED]
Ämne: VB: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 3 oktober 2023 13:53
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej,

Intressant examensarbete, jag tar tacksamt emot resultatet om det finns möjlighet.

Jag svarar nedan i rött.

Med vänlig hälsning
Camilla Falk
Hälsa o sjukvårdsstrateg
Kvalitet inom hälso- och sjukvård



Besöksadress: Södra vägen 9, 30238 Halmstad
www.regionhalland.se



Från: Julia Odd <ju8515od-s@student.lu.se>
Skickat: den 28 september 2023 18:04
Till: REGION HALLAND officiell e-post <regionen@regionhalland.se>
Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa

Hej,

Mitt namn är Julia Odd och jag studerar juristprogrammet på Lunds universitet.
För närvarande skriver jag mitt examensarbete med inriktning på hälso- och sjukvård för papperslösa personer i Sverige.

Med anledning av detta vill jag gärna få svar på två frågor från samtliga regioner i Sverige:

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"?
- Om ja, bifoga gärna dessa.

Region Halland följer o använder sig av Socialstyrelsens riktlinjer för vård som inte kan anstå. Informationen finns sammanfattad på [vårdguiderwebben](#) via länk:

kan anstå. Informationen finns sammanfattad på vår hemsida på regionhalland.se under
[Asylsökande, nyanlända och kvotflyktingar - Vårdgivare \(regionhalland.se\)](http://regionhalland.se)

2. Erbjuder regionen vård utöver ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?

- Om ja, vilken vård erbjuds? **Region Halland erbjuder papperslösa vård på samma villkor som för asylsökande**

Jag hade varit mycket tacksam om ni skulle vilja hjälpa mig med att skicka vidare detta mejl till en person inom regionen som kan besvara frågorna.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar,
Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se
Telefon: 076-770 65 73

3 okt. 2023 kl. 10:24 skrev Carl Persson [REDACTED]

Hej Julia!

När det kommer till vård som inte kan anstå så följer vi Socialstyrelsens riktlinjer. För att hjälpa behandlande sjukvårdspersonal att göra bedömningen har vi på vår hemsida skrivit några exempel på vad som kan ingå under begreppet "vård som inte kan anstå". Jag bifogar en länk till det. Jag bifogar också ett dokument kopplat till vård av tillståndslösa som beskriver hur vi arbetar och vilken vård vi erbjuder.

Har du ytterligare funderingar är det bara att du kontaktar mig.

<https://www.regionjh.se/forpersonalovrigavardgivarepartners/halsoochsjukvard/migrationochhalsa/asylochflyktingsamordning.4.5f5c9bfc175c13feba3dd45.html>

Med vänlig hälsning, Calle

Carl Hugo Persson
Utvecklingsstrateg
[REDACTED]
Region Jämtland Härjedalen
Box 654, 83127 Östersund

Från: Stolt Yvonne [redacted] 
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 29 september 2023 08:54
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej

Vi rekommenderar att så många som möjligt anammar definitionen **tillståndslösa** istället då det faktiskt avser *personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd*. Den äldre benämningen *papperslösa* är **än mer** otydlig än definitionen *tillståndslösa*.

**

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"?
- Om ja, bifoga gärna dessa.

Ex på personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd:

- en tidigare asylsökande som fått avslag på asylansökan och som håller sig undan avvisning
- en tidigare avvisad som rest in i Sverige igen
- en person som arbetar här utan att ha sökt nödvändiga tillstånd
- en person som stannat kvar när visumet gått ut
- en anhörig som fått avslag på ansökan om uppehållstillstånd och som stannar kvar här

2. Erbjuder regionen vård utöver "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?
- Om ja, vilken vård erbjuds?

Vi erbjuder tillståndslösa personer vård enligt lag..... alltså: "vård som inte kan anstå"
- på samma sätt som vi gör till asylsökande.

Mvh

Yvonne Stolt
Utredare



Regionens Hus
Folkhälsa och sjukvård
Box 1024
551 11 Jönköping

Region Jönköpings län
(orgnr: 232100-0057)
www.rjl.se



Från: Andreas Delphin [redacted]
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 9 oktober 2023 08:04
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej Julia,

Är det något mer du undrar är du välkommen att återkomma så ska jag försöka bistå.

Se svar i rött i ditt mail nedan.

Med vänlig hälsning,

Andreas Delphin
Samordnare
Regionstab Samordning hälso- och sjukvård

Regionstabens utredningsverksamhet
Regionstabens coronasamordning
Region Kalmar läns vårdlotsorganisation

Region Kalmar län
Box 601, 391 26 Kalmar

[redacted]
regionkalmar.se



Region Kalmar län

Från: Julia Odd <ju8515od-s@student.lu.se>

Skickat: den 28 september 2023 18:02

Till: Region Kalmar län <region@regionkalmar.se>; Registrator Region Kalmar län <registrator@regionkalmar.se>

Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa

Observera att det här mejlet kommer från en avsändare utanför Region Kalmar län. Om du inte känner till avsändaren eller väntar dig detta mejl, klicka inte på länkar och öppna inte bifogade filer.

Hej,

Mitt namn är Julia Odd och jag studerar juristprogrammet på Lunds universitet. För närvarande skriver jag mitt examensarbete med inriktning på hälso- och sjukvård för papperslösa personer i Sverige.

Med anledning av detta vill jag gärna få svar på två frågor från samtliga regioner i Sverige:

1. Har regionen några riktlinjer, vägledning eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma ”vård som inte kan anstå”?

- Om ja, bifoga gärna dessa.

Regionen har inga riktlinjer specifikt gällande vård som inte kan anstå. Vad som är vård som inte kan anstå är en komplex fråga och ofta också

en fråga om perspektiv. Historiskt har olika myndigheter tolkat vård som inte kan anstå på olika sätt. Vården har dock typiskt sätt haft en generösare tolkning än statliga myndigheter kring denna fråga. Detta utgår troligtvis från att *vård som inte kan anstå* är svårt att generalisera.

Våra medarbetare har att förhålla sig till Socialstyrelsens skrivelse kring frågan [Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa? - Socialstyrelsen](#). I Region Kalmar län är det den enskilde läkaren som måste göra bedömningen *om vården kan anstå*. Detta måste koka ned till en bedömning om vilka konsekvenser respektive patient skulle ha fått/får om vården uteblir där praxis är att utebliven vård inte ska ge komplikationer. Min uppfattning är att det är sällan förekommande att bedömningen landar på att vård faktiskt kan anstå.

Ett tips kan vara att höra med SKR kring vård som inte kan anstå. Frågan diskuteras rätt frekvent i Asyl- och flyktingnätverket.

2. Erbjuder regionen vård utöver ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?
- Om ja, vilken vård erbjuds?

Vad gäller *vård som inte kan anstå*, inbegripet; mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning har vi inga beslut kopplat till att erbjuda vård utöver den som ska erbjudas enligt lag.


Jag hade varit mycket tacksam om ni skulle vilja hjälpa mig med att skicka vidare detta mejl till en person inom regionen som kan besvara frågorna.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar,
Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se
Telefon: 076-770 65 73

När du skickar e-post till Region Kalmar län innebär det att Region Kalmar län behandlar dina personuppgifter och hanterar dem enligt dataskyddsförordningen (GDPR). På vår webbplats kan du läsa mer om hur Region Kalmar län hanterar dina personuppgifter.
<https://regionkalmar.se/personuppgifter>

Från: region@kronoberg.se 
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 29 september 2023 13:14
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej Julia

Vi länken nedan kommer du kunna finna svar på dina frågor.

[Vårdgivarwebben - Asyllhandboken \(regionkronoberg.se\)](https://www.regionkronoberg.se/vardgivarwebben-asyllhandboken)

Om du inte gör det är du välkommen åter!

Med vänlig hälsning

Magda Karlsson

Registrator | Teamledare diariet | Kansliavdelningen



www.regionkronoberg.se



Från: Marie Edberg
Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 3 oktober 2023 13:16
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej och tack för dina frågor!

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"?

- Om ja, bifoga gärna dessa.

2. Erbjuder regionen vård utöver "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?

- Om ja, vilken vård erbjuds?

Nedan kommer svar på hur Region Norrbotten hanterar "vård som inte kan anstå", i Avgiftshandboken som är ett hjälpmedel för personal inom Region Norrbotten och vårdgivare som arbetar på uppdrag av Region Norrbotten vid tillämpning av regelverket står följande;

Utländska personer utan tillstånd-papperslösa

Regionerna har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård till utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Det kan vara personer som inte har ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas i landet och personer som håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning (gömda f.d. asylsökande). En regions skyldigheter gäller endast för utlänningar som vistas inom regionen.

| | |
|------------------------------|---|
| Barn (under 20 år) | Utländska barn ska erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning som bosatta och asylsökande barn. De skall även erbjudas fullständig och regelbunden tandvård. Vården är subventionerad. Regionen tar ut samma patientavgifter som de avgifter som gäller för asylsökande personer |
| Vuxna (20 år eller äldre) | Vuxna utländska personer skall erbjudas hälso- och sjukvård i samma omfattning som vuxna asylsökande. De skall erbjudas akut vård (hälso- och sjukvård/tandvård), vård som inte kan anstå (hälso- och sjukvård/tandvård), mödrahälsovård och vård vid abort, preventivmedelsrådgivning samt läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner. Vidare skall de erbjudas en hälsoundersökning. Vården är subventionerad. Regionen tar ut samma patientavgifter som de avgifter som gäller för asylsökande personer |

Gällande vad som innefattar vård som ej kan anstå görs alltid en individuell medicinskt bedömning av vårdpersonal, utifrån personens sjukdomstillstånd samt bedömda omständigheter.

Fortsatt lycka till med ditt examensarbete!

MVH
Marie Edberg

Från: Region Skåne <Region@skane.se>
Ämne: VB: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 2 oktober 2023 12:30
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej,

Har fått nedan svar från hälso- och sjukvårdsstyrning:
Se svar i rött under inkomna frågeställningar.

Med vänlig hälsning,
Camilla

Enheten för diarium och handlingsoffentlighet
Koncernkontoret
Informationsstyrning och informationsförvaltning

Region Skåne

Postadress: 291 89 Kristianstad
Besöksadress: Dockplatsen 26, Malmö

Region@skane.se
<http://www.Skane.se>

Region Skåne ansvarar för vården i Skåne och har dessutom ett ansvar för utvecklingen av näringsliv, kommunikationer, kultur och samarbete med andra regioner i och utanför Sverige. Region Skånes högsta beslutande organ är regionfullmäktige, som väljs direkt av invånarna i Skåne.

Från: Julia Odd <ju8515od-s@student.lu.se>

Skickat: den 28 september 2023 18:04

Till: Region Skåne <Region@skane.se>

Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa

Hej,

Mitt namn är Julia Odd och jag studerar juristprogrammet på Lunds universitet.
För närvarande skriver jag mitt examensarbete med inriktning på hälso- och sjukvård för papperslösa personer i Sverige.

Med anledning av detta vill jag gärna få svar på två frågor från samtliga regioner i Sverige:

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma ”vård som inte kan anstå”?
- Om ja, bifoga gärna dessa.

Regionen följer Socialstyrelsens riktlinjer. Samlad information finns här: [Vård som inte kan anstå - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#) [Migration och asyl - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

2. Erbjuder regionen vård utöver ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?
- Om ja, vilken vård erbjuds?

Det finns inget beslut i Region Skåne att erbjuda utökad vård.

Från: HSF Funk Flyktingfrågor flyktingfragor.hsf@regionstockholm.se
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 3 oktober 2023 10:00
Till: HSF Funk Registrator registrator.hsf@regionstockholm.se, ju8515od-s@student.lu.se



Hej Julia,
Jag svara direkt under dina frågor nedan i mejlet. Du får gärna höra av dig om något är oklart.

Vänliga hälsningar

Sandra Dolietis

Handläggare/leg. sjuksköterska
Sjukvårdsfrågor asylsökande/personer utan tillstånd
Avdelning Närsjukvård
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Epost flyktingfragor.hsf@regionstockholm.se

Region Stockholm
Box 30017, 104 25 Stockholm
Lindhagensgatan 98
Växel: 08-123 132 00



Från: Ylva Eriksson [redacted] För HSF Funk Registrator
Skickat: den 29 september 2023 09:19
Till: HSF Funk Flyktingfrågor <flyktingfragor.hsf@regionstockholm.se>
Ämne: VB: Examensarbete - vård för papperslösa

Hej,
Är detta något ni kan svara på?

Med vänlig hälsning
Ylva Eriksson
Registrator
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Styrning och stöd, kansli
e-ost: registrator.hsf@regionstockholm.se
[redacted]
Tfn grupp: 08-123 130 20
Box 30017, 104 25 Stockholm

Från: Julia Odd <ju8515od-s@student.lu.se>
Skickat: den 29 september 2023 17:50

SKICKAT: den 28 september 2023 17:59

Till: Region Funk Stockholm <kontakt@regionstockholm.se>; RLK Funk Registrator <registrator.rlk@regionstockholm.se>; HSF Funk Registrator <registrator.hsf@regionstockholm.se>

Ämne: Examensarbete - vård för papperslösa

Hej,

Mitt namn är Julia Odd och jag studerar juristprogrammet på Lunds universitet. För närvarande skriver jag mitt examensarbete med inriktning på hälso- och sjukvård för papperslösa personer i Sverige.

Med anledning av detta vill jag gärna få svar på två frågor från samtliga regioner i Sverige:

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma ”vård som inte kan anstå”?
- Om ja, bifoga gärna dessa.

Svar: I Region Stockholm finns ett öppet intranät med ett antal sidor som berör vård till bland annat asylsökande och personer utan tillstånd, se följande länk [Asylsökande och personer utan tillstånd - samlad... I Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#) . Under följande sida finns information riktad till vårdpersonal kring begreppet vård som inte kan anstå [Vård som inte kan anstå I Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#) . Den informationen bygger i sin tur Socialstyrelsens utredning av/information om begreppet.

2. Erbjuder regionen vård utöver ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?
- Om ja, vilken vård erbjuds?

Svar: Region Stockholm erbjuder vård enligt lag 2013:407 till personer utan tillstånd, samt använder de riktlinjer angående vård som inte kan anstå som finns hos instanser som t.ex. Socialstyrelsen och SMER.

Jag hade varit mycket tacksam om ni skulle vilja hjälpa mig med att skicka vidare detta mejl till en person inom regionen som kan besvara frågorna.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar,
Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se
Telefon: 076-770 65 73

Från: Asyl- och migranthälsan Asylmigranthalsan@regionsormland.se
Ämne: Sv: Ärende att besvara I-230928-0390 - Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 2 oktober 2023 17:07
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se



[RS-LED20-3320-10 Riktlinjer för tillgång till vård för nyanlända 655753_1_1.PDF](#)
[RS-LED20-3320-10 Bilaga 2 - Förordning om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl 655755_1_1.PDF](#)
[RS-LED20-3320-10 Bilaga 4 - Förordning \(2013_407\) om hälso- och sjukvård till personer utan gi 655757_1_1.PDF](#)
[RS-LED20-3320-10 Bilaga 5 - Förordning \(2013_412\) om vårdavgifter m.m 655758_1_1.PDF](#)

Med vänlig hälsning

Anne Talvén
Administratör
Asyl- och migranthälsan/Hälsoval
Postadress: Region Sörmland, 631 88 Eskilstuna
Besöksadress: Rademachergatan 17, Eskilstuna



www.regionsormland.se
www.1177.se

Från: Region Uppsala <region.uppsala@regionupsala.se>
Ämne: VB: #lupatientadm:1600236# Avslutat ärende: VB: Examensarbete - vård för papperslösa (påminnelse)
Datum: 10 oktober 2023 15:26
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej,
Nu kan du hitta svar på dina frågor, se nedan.
Om du har några andra frågor tveka inte att fråga.

Vänliga hälsningar

Registrator
Region Uppsala
www.regionupsala.se

Från: Asyl <asyl@regionupsala.se>
Skickat: den 10 oktober 2023 13:56
Till: Region Uppsala <region.uppsala@regionupsala.se>
Ämne: #lupatientadm:1600236# Avslutat ärende: VB: Examensarbete - vård för papperslösa (påminnelse)

Hej!

Svar

Enligt lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökanden med flera ska regioner erbjuda utlännningar som inte har fyllt 18 år vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom regionen.

De som har fyllt 18 år ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrhålsvård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Beslutet gäller tills vidare eller fram till att riksdagen, regeringen, Migrationsverket eller annan myndighet kommer med andra anvisningar.

Personer som omfattas av massflyktsdirektivet registreras som asylpatienter.

Rätt till vård

När du ansöker om asyl i Sverige har du rätt till akut sjukvård och tandvård och vård som inte kan vänta. Det är regionen som beslutar om vilken vård du kan få. Du har också rätt till förlossningsvård, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, mödrhålsvård samt vård enligt smittskyddslagen (en lag som ska förhindra att smittsamma sjukdomar sprids).

Asylsökande barn och ungdomar under 18 år har rätt till samma sjukvård och tandvård som andra barn som bor i Sverige. Vården är till stor del gratis för barn, men det kan variera beroende på var man bor. Medicin för barn är gratis om man har recept från en läkare.

Du har rätt till tolk när du träffar sjukvårdspersonal. Berätta att du behöver tolk när du bokar tid.

Svara endast på detta mail om problemet / behovet kvarstår.

Med vänliga hälsningar

Jonas
Asyl
Patientadministration
Region Uppsala

Från: Asyl <asyl@regionuppsala.se>

Skickat: den 11 oktober 2023 08:10

Till: Region Uppsala <region.uppsala@regionuppsala.se>

Ämne: #lulpatientadm:1600236# Avslutat ärende: VB: Examensarbete - vård för papperslösa (påminnelse)

Hej!

Svar.....

Tillståndslösa. Klassning. Vårdnivåer.

Kundregistrering

Syfte och omfattning

Informationen/riktlinjen handlar om vilka som kan klassas som Tillståndslösa, vilka vårdnivåer som gäller, samt hur registrering sker i Cosmic.

Bakgrund

Genom lagstiftning har vissa utlänningar som vistas i landet utan tillstånd under vissa förutsättningar rätt till subventionerad vård. Förutsättningarna är:

- Personen skall vistas illegalt i landet.
- o Ej inneha en giltig visering.
- o Ej inneha ett giltigt uppehållstillstånd.
- Personen skall ej kunna eller vilja legalisera sin vistelse i landet.
- o Välja att ej söka uppehållstillstånd eller visum.
- o Hålla sig undan ett lagkraftvunnet utvisningsbeslut.
- Vistelsen skall vara av en längre karaktär.
- o Ej turistresa.
- o Ej affärsresa.
- Personen ska ej ha rätt till subventionerad vård på annan grund.

Statusutredning

Det kan vara problematiskt att avgöra vem som skall kunna klassas som tillståndslös. Av naturliga skäl har inte de tillståndslösa något dokument att visa upp, som skulle bekräfta status. Det är därför av stor vikt att patienten tillfrågas om med vilken rätt denne vistas i landet. Det måste ske och klarläggas innan själva vårdkontakten, det går ej att göra när patienten har lämnat vårdgivaren.

Vid statusutredning bör vårdgivaren anlita tolk om behov föreligger.

Frågeformulär på ett antal språk, att ha som hjälpmedel, finns publicerade på

<http://navet.lul.se/Kunskapsbanken1/Sjukvard1/Halso--och-sjukvard-for-asylsokande-med-flera/>

Roller och ansvar

Vårdgivarens ansvar är att:

- Utredda kundstatus som tillståndslös innan själva vårdkontakten.
- Registrera kund Tillståndslösa i Cosmic, om patienten bedömts kunna klassas som tillståndslös.

Tillståndslösa. Klassning. Vårdnivåer. Kundregistrering

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-17102

Version: 2.0

Handlingstyp: Instruktion/Rutin

Sidan 2 av 2

Patientadministration/Asylsamordningens ansvar är att:

- Handha och sköta det centrala kostnadsansvaret för kund Tillståndslösa.
- Ge information och vid behov utbilda vårdgivare rörande patientgruppen Tillståndslösa.
- Vara en rådgivande funktion i ärenden som är mer komplicerade än normalt.

vårdnivåer

varuhuset

Barn under 18 år som klassas som Tillståndslösa och som vistas i Uppsala län har rätt till:

- En kostnadsfri hälsoundersökning.
- Hälso- och sjukvård i samma omfattning som erbjuds folkbokförda barn.
- Tandvård i samma omfattning som erbjuds folkbokförda barn.
- Kostnadsfri mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning.
- Vård vid smitta/allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen.
- Tolk.

Vuxna från 18 år och uppåt som klassas som Tillståndslösa och som vistas i Uppsala län har rätt till:

- En kostnadsfri hälsoundersökning.
- Akut hälso- och sjukvård.
- Hälso- och sjukvård som inte kan anstå (Medicinsk bedömning).
- Akut tandvård.
- Tandvård som inte kan anstå (Medicinsk bedömning).
- Kostnadsfri mödrahälsovård, förlossningsvård, preventivmedelsrådgivning och abortrådgivning.
- Vård vid smitta/allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen.
- Tolk.

Registrering av kund Tillståndslösa i Cosmic

För att få fram rätt kundavtal för en patient som bedömts vara tillståndslös, skall registrering ske i Medlemskapsfliken i Patientkortet i Cosmic. Denna registrering måste ske manuellt.

Kundnamnet = Tillståndslösa. Efter registrering smittar det vidare i Cosmic från Medlemskapsregistreringen och rätt kundavtal används automatiskt.

Patientavgifter/vårdavgifter

Patientavgifter eller vårdavgifter för tillståndslösa vuxna återfinns i Handboken för patientavgifter.

Patientavgift/avgift för tillståndslösa barn är samma som för tillståndslösa vuxna och tas ut när patientavgift också tas ut för barn som är folkbokförda i Uppsala län.

Vid andra typer av besök tas ordinarie patientavgift ut, enligt gällande taxa.

Externa styrande dokument

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Svara endast på detta mail om problemet / behovet kvarstår.

Med vänliga hälsningar

Jonas
Asyl
Patientadministration
Region Uppsala

Från: Anders Nordmark [REDACTED]
Ämne: HSN-238130 Svar från Region Värmland
Datum: 2 oktober 2023 16:54
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Diariet Region Värmland diariet@regionvarmland.se

AN

Hej Julia,

För Region Värmlands räkning kan jag hänvisa till vad vi beskriver i frågan på vårdgivarwebben. Se länk:

https://regionvarmland.se/vardgivarwebben/administration/asyl--och-flyktingfragor/fragor-och-svar-om-asylsokandes-ratt-till-vard?c=svid10_2dba85da17ba873fda14f65d&c=svid10_2dba85da17ba873fda14f661#svid10_2dba85da17ba873fda14f661

Hälsningar
Anders

Anders Nordmark
Administrativ chef
Hälsa- och sjukvårdens nämndadministration
[REDACTED]

Region Värmland
Regionens hus, Rosenborgsgatan 50, 651 82 Karlstad
www.regionvarmland.se, www.1177.se

Från: Regionen regionen@regionvasterbotten.se
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 29 september 2023 10:16
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se

R

Hej

På länken nedan hittar du information kring papperslösa.

<https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/samverkan/vard-till-asylsokande-papperslosa-och-migranter>

Med vänlig hälsning

Region Västerbotten
090-785 00 00
regionen@regionvasterbotten.se
www.regionvasterbotten.se
www.1177.se/vasterbotten

Postadress: 901 89 Umeå
Besöksadress: Köksvägen 11, Umeå

Så hanterar vi dina personuppgifter:
www.regionvasterbotten.se/gdpr

Vår vision: Från fjäll till kust skapar vi gemensamt en attraktiv region med goda livsvillkor för alla.



Från: Helena Broman [redacted] 
Ämne: Svar på frågor om vård för papperslösa, 23RS9620
Datum: 29 september 2023 15:55
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej!

Region Västernorrland har en riktlinje för detta som jag hoppas svarar på dina frågor.

Med vänlig hälsning

Helena Broman

REGION VÄSTERNORRLAND
Regionledningsförvaltningens kansli
Enheten för administrativt stöd



Handläggare
Anna-Karin Öberg (aog005)**Fastställare**
Åsa Bellander (abr013)**Gäller för**
Regiongemensamt**Dokumenttyp**
Riktlinje
Giltigt till och med
2024-06-09**Fastställt**
2018-05-09
Reviderat
2021-12-09**Granskare**
Lena Wiberg (lwg001)**Dokumentnr / Version**
323161 / Version 5
Processägare**Ytterligare information**
Ersätter dokument 96885 version
4 för ny logga

Hälso-och sjukvård till gömda/papperslösa

Enligt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd har papperslösa/gömda samma rätt till hälso- och sjukvård och tandvård som asylsökande.

Personer som inte fyllt 18 år ska erbjudas:

- Hälso- och sjukvård samt tandvård på samma villkor som andra barn bosatta i Sverige
- Hälsoundersökning (om det inte är uppenbart obehövligt) erbjuds först när en person själv uppsöker vården.

Personer som fyllt 18 år ska erbjudas:

- Akut hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvård som inte kan anstå (**nytt från 2022-01-01**)
- hälsoundersökning (om det inte är uppenbart obehövligt) erbjuds först när en person själv uppsöker vården
- Akut tandvård samt tandvård som inte kan anstå

Utöver dessa skyldigheter ska regionen erbjuda alla papperslösa:

- mödravård
- vård vid abort
- preventivmedelsrådgivning
- läkemedel som förskrivs i samband med ovanstående vård. Gäller enbart läkemedel som ingår i Läkemedelsförmånen.

Vad som ska räknas som "vård som inte kan anstå" måste alltid avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren.

Exempel på "vård som inte kan anstå" är:

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling som är mer än omedelbar vård, det vill säga lagen omfattar inte bara akut vård
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd

Utskrivet av
Helena Broman**Utskriftsdatum**
2023-09-29

Observera att ett utskrivet dokument kan vara inaktuell, det gällande finns alltid på Intranätet

| | | | | |
|--------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
| Riktlinje | 2018-05-09 | 2021-12-09 | 2024-06-09 | 323161 / Version 5 |

Denna vård omfattar alla typer av vård: somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård samt tandvård.

Vård för personer med särskilda behov (som utsatts för tortyr, allvarliga övergrepp eller trauma) bör bedömas särskilt omsorgsfullt.

Ytterligare exempel och vägledning om vilken vård som ska erbjudas asylsökande och tillståndslösa/papperslösa finns på Socialstyrelsen. Se relaterad information - Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa?

Vilka är papperslösa?

Till gruppen papperslösa räknas dels personer som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen, dels personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas i landet. Det innebär inte att en person som lever som papperslös nödvändigtvis saknar identitetshandlingar som pass, id-kort eller motsvarande. Papperslösheten avser avsaknaden av tillstånd att vistas i landet.

Även EU/EES-medborgare kan i enstaka fall (prop. 2012/13:109, s. 41) omfattas av lagen. Det gäller de unionsmedborgare som vistats i landet mer än tre månader och saknar uppehållsrätt eller uppehållstillstånd och därmed vistas i landet utan stöd av myndighetsbeslut eller författning.

Vilka omfattas inte av lagen

- * EU-medborgare (kan i enstaka fall omfattas, se ovan)
- * Personer som tillfälligt vistas i landet, t.ex. turister, säsongsarbetare eller affärsresenär.
- * Utlänningar med visum.
- * Personer som har sökt och väntar på tillstånd och befinner sig i landet
- * Studerande från land utanför EU.

Se relaterad information, Socialstyrelsen - "Vilka är papperslösa"

Sekretess vid vård av papperslösa

- * Kontakta inte Migrationsverket när en papperslös söker vård.
- * Regler för sekretess och integritet gäller på samma sätt för papperslösa som för asylsökande, personer med uppehållstillstånd och personer med svenskt medborgarskap.
- * Hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att på fråga från bl.a. polismyndighet lämna uppgifter om att viss namngiven person vistas på sjukvårdsinrättningen.
(6 kap.15§ PSL).

| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje | 2018-05-09 | 2021-12-09 | 2024-06-09 | 323161 / Version 5 |

- * Möjlighet - ingen skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att på eget initiativ polisanmäla misstanke om begånget brott för vilken det inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år.
- * Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att avslöja vissa icke fullbordade brott. 23 kap 6§ Brottsbalken.
- * Hälso- och sjukvårdspersonalen får anmäla brott som riktas mot den egna verksamheten t.ex. skadegörelse och stöld.

Rutin när en papperslös/gömd söker vård

Den vårdinrättning som den papperslösa besöker ansvarar för att det upprättas en kontaktväg till och från patienten så att den papperslöse vid behov kan få kontakt med vårdgivaren för provsvar etc. Kontaktvägen innebär inte att den papperslöses vistelseadress röjs.

Papperslösa har alltid rätt till professionell tolk; anhöriga eller goda vänner ska inte anlitas som tolkar.

Journalföring och identifiering

Alla som söker vård inom Region Västernorrland ska journalföras. Detta gäller även papperslösa. När en papperslös söker vård är det viktigt att tydliggöra för patienten vikten av att vården erhåller korrekt information om status = patienten är papperslös. Fråga därför alltid efter ID-handling.

Om den papperslöse saknar reservnummer måste ett sådant upprättas. Reservnummer hämtas från RUNE (finns på intranätet i FOLKE-applikationen. Länskod 46.

Det är mycket viktigt att det bara finns ett reservnummer för en och samma person.

Förklara därför för patienten att reservnumret är till för patientens medicinska säkerhet och att numret ska uppges vid alla besök på vårdinrättningar inom Region Västernorrland. Reservnumret innebär inte att patientens identitet röjs. **Skriv ut uppgifterna från personinformationsbilden och lämna till patienten att använda vid nästa vårdkontakt. Patienten måste själv ta ansvar för sitt medicinska id-nummer.**

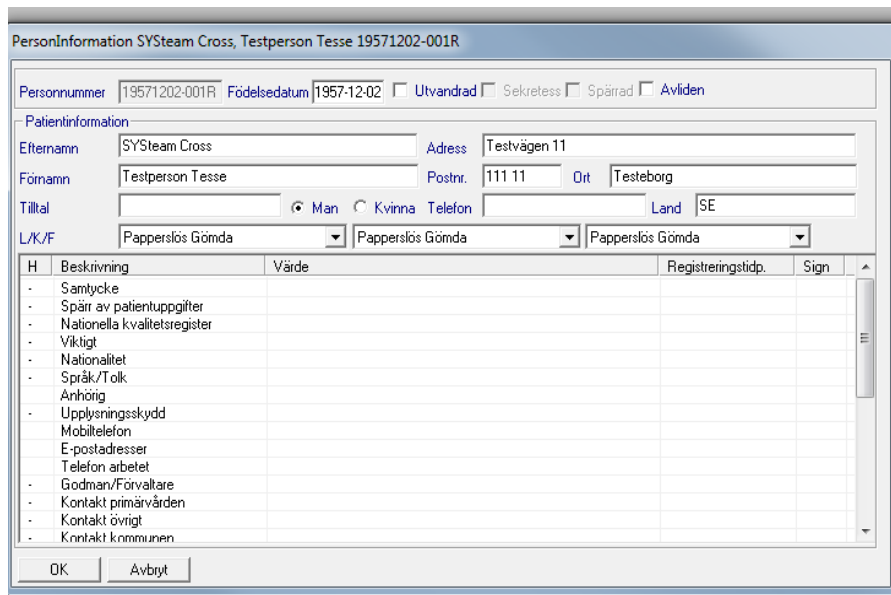
| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Dokumenttyp Riktlinje | Fastställt 2018-05-09 | Reviderat 2021-12-09 | Giltigt till och med 2024-06-09 | Dokumentnr / Version 323161 / Version 5 |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|---|

Registrering

I personinformationen NCS Cross skall patienten registreras som papperslös/gömd under Län/Kommun/församling.

Viktigt att fylla i rätt L/K/F så att det blir rätt avtal till patienten. Och detta gör man i personinfo bilden.

Personinformation bilden.



Personnummer 19571202-001R Födelsedatum 1957-12-02 Utvandrad Sekretess Spärrad Avliden

Patientinformation

Efternamn SYSteam Cross Adress Testvägen 11
 Förnamn Testperson Tesse Postnr. 111 11 Ort Testeborg
 Tilltal Man Kvinna Telefon Land SE
 L/K/F Papperslös Gömda Papperslös Gömda Papperslös Gömda

| H | Beskrivning | Värde | Registreringstidp. | Sign |
|---|------------------------------|-------|--------------------|------|
| - | Samtycke | | | |
| - | Spår av patientuppgifter | | | |
| - | Nationella kvalitetsregister | | | |
| - | Viktigt | | | |
| - | Nationalitet | | | |
| - | Språk/Tolk | | | |
| - | Anhörig | | | |
| - | Upplysningsskydd | | | |
| - | Mobiletelefon | | | |
| - | E-postadresser | | | |
| - | Telefon arbetet | | | |
| - | Godman/Förvaltare | | | |
| - | Kontakt primärvården | | | |
| - | Kontakt övrigt | | | |
| - | Kontakt kommunen | | | |

OK Avbryt

Läkemedel

Regionen ska erbjuda de läkemedel som förskrivs i samband med vård. Lagen gäller enbart läkemedel som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

E-recept med reservnummer kan skickas elektroniskt, adresseras med fördel till specifikt apotek.

E-recept eller receptblankett märks i fältet doseringsanvisning med: "Papperslös, betalas av Region Västernorrland". Gäller receptet smittskyddsläkemedel markeras i stället " kryssrutan" för Smittskyddsläkemedel vid förskrivning av e-recept alt. skrivs "Enligt smittskyddslagen" i doseringsanvisningen.

I och med detta har förskrivaren verifierat att patienten tillhör denna kategori och ytterligare dokument behövs inte.

Skriv ut läkemedelslistan och lämna den till patienten. Läkemedelslistan innehåller reservnumret vilket underlättar för apotekspersonalen att hitta receptet.

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Utskrivet av Helena Broman | Utskriftsdatum 2023-09-29 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

Observera att ett utskrivet dokument kan vara inaktuell, det gällande finns alltid på Intranätet

| Dokumenttyp | Fastställt | Reviderat | Giltigt till och med | Dokumentnr / Version |
|-------------|------------|------------|----------------------|----------------------|
| Riktlinje | 2018-05-09 | 2021-12-09 | 2024-06-09 | 323161 / Version 5 |

Egenavgiften är högst 50 kr för läkemedel som är utskrivna vid samma tillfälle av samma förskrivare för högst 3 månader, resterande belopp faktureras Region Västernorrland av apoteket.

Smittskyddsläkemedel ska lämnas ut utan egenavgift.

Särskilda läkemedel förskrivs med endast ett uttag.

Hälsoundersökning

En region skall erbjuda utlänningar som omfattas av denna lag en hälsoundersökning, om de inte är uppenbart obehövt. Erbjudande sker en gång i samband med uppsökning av vården.

Smittskyddslagen

Gömda och papperslösa är kostnadsbefriade för åtgärder enligt smittskyddslagen (2004:168)

Relaterad information

[Asylsökande och flyktingar](#)

[Förskrivning samt expediering av läkemedel och liknande produkter med särskild landstingssubvention](#)

[Lag \(2013:407\) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd](#)

[Socialstyrelsen - Vilka är papperslösa](#)

[Socialstyrelsen - Vilken vård ska en region erbjuda asylsökande och papperslösa](#)

Från: Matilda Thorén [redacted]
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 11:33
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Region Västmanland Myndighetsbrevlåda region@regionvastmanland.se



Hej Julia, ledsen för sent svar jag har vart sjukskriven.

På våran externa webb för vårdgivare och samarbetspartners finns denna text, bifogar även 2 andra dokument.

Vård som inte kan anstå

Vård som inte kan anstå är vård som ges för att patientens hälsotillstånd inte ska försämrans.

Begreppet är en utvidgning av den vård som definieras som omedelbar. Begreppet omfattar behandling av sjukdomar och skador i de fall där även måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Även psykiatrisk vård och följdinsatser till vården omfattas. Det är upp till behandlande läkare eller annan ansvarig vårdperson att i varje enskilt fall avgöra vilken vård som kan anstå eller inte. Det ska markeras i information till kassan.

Vid bedömning av vård som inte kan anstå ska hänsyn tas till:

- Patientens möjlighet att få vård inom en nära framtid och att patienten inte kan hänvisas till hemlandet eller hemlandstinget för vård inom några dagar.
- Om en fördröjning av vården kan leda till allvarliga följder för patienten.
- Om en senare behandling ger avsevärt sämre prognos eller ökade risker för komplikationer.
- Om ett dröjsmål innebär negativa följder för patienten, som svår värk, svår ångest eller svår depression.
- Vård som inte kan anstå omfattar alla typer av vård; somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård samt tandvård. Den vård som ska erbjudas kan enligt

Socialstyrelsen sammanfattas enligt följande:

- akut vård och behandling (omedelbar vård)
- vård och behandling av sjukdomar och skador där även en måttlig fördröjning
- kan innebära allvarliga följder för patienten
- vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd
- vård för att undvika mer omfattande vård och behandling
- vård för att minska användningen av mer resurskrävande akuta
- behandlingsåtgärder
- vård som är följdinsatser av vård som getts (inklusive psykiatrisk vård)
- mödrhälsovård

- preventivmedelsrådgivning
- vård vid abort
- läkemedel som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner
- smittskyddsinsatser
- hjälpmedel vid funktionshinder
- sjukresor eller transport i samband med vårdtillfället
- tolk i samband med vårdtillfället

2. Erbjuder regionen vård utöver ”vård som inte kan anstå”, mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa?

- Om ja, vilken vård erbjuds?

Regionen erbjuder samtlig vård du nämner till papperslösa, mödrahälsovård är avgiftsfri, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning ser regionen som vård som inte kan anstå.

Vänlig hälsning

Matilda Thorén
integrationsstrateg



Centrum för Hållbarhet, Regionkontoret

Post Region Västmanland, 721 89 Västerås

Besök Regionhuset (ingång 4), Västmanlands sjukhus, Västerås

Följ oss på: [Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#)

Läs mer om oss på: <https://regionvastmanland.se/om-regionen/hallbar-utveckling/>

Från: Sofia Nilsson [redacted]
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 4 oktober 2023 15:32
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Sara Melkersson [redacted]



Hej Julia,

Här kommer svar från Kunskapscentrum för jämlik vård, vi arbetar bland annat med asyl/migrationsfrågor mot hälso- och sjukvården och vi informerar utförarverksamheter på olika sätt om vård som inte kan anstå.

1. Har regionen några riktlinjer, vägledningar eller andra typer av dokument för hur vårdpersonal ska bedöma "vård som inte kan anstå"? Om ja, bifoga gärna dessa.

VGR har inga specifika riktlinjer för att vägleda i hur man bedömer vad vård som inte kan anstå är, däremot har det tagits fram olika typer av material för att informera om lagen.

- Jag bifogar ett exempel på en lathund som togs fram för några år sedan.
- I vårt verktyg [Riva Hinder](#) har vi ett kapitel (sid. 27 "Vad gäller?") ägnat åt regelverk med betoning på vård som inte kan anstå.
- Vi arbetar även just nu på att ta fram en nyckelknippa med information om migration och hälsa med [dena](#) som förlaga från Transkulturellt centrum i Region Stockholm.
- Vi kommer i januari nästa år att hålla ett webinarium för vårdgivare i VGR om specifikt vård som inte kan anstå.

Det är några typer av informationsinsatser vi på KJV arbetar med, sen har det funnits och finns fler aktörer i regionen (t.ex. Etiskt forum på Sahlgrenska Sjukhuset) som delvis arbetat med frågan, så du kanske får fler svar från de funktionsbrevlådor du mailade.

2. Erbjuder regionen vård utöver "vård som inte kan anstå", mödrahälsovård, vård vid abort, och preventivmedelsrådgivning till papperslösa? Om ja, vilken vård erbjuds?

VGR ska erbjuda det som [Socialstyrelsen beskriver](#) i vård som inte kan anstå, dvs den typen av vård du nämner samt en hälsoundersökning.

Hoppas det var svar på dina frågor, förtydligar eller utvecklar gärna vid behov!

Regionutvecklare
Kunskapscentrum för jämlik vård
Regionhälsan
Västra Götalandsregionen



www.vgregion.se/jamlikvard
www.facebook.com/jamlikvard

Från: support.patientavgifter@regionorebrolan.se
Ämne: VB: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 2 oktober 2023 08:29
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej Julia,

här hittar du vår riktlinje kring vård som inte kan anstå för både asylsökande och tillståndslösa: [xcv \(regionorebrolan.se\)](https://www.regionorebrolan.se)
I den finns all vård m m listat som vi ger till papperslösa.

Hör gärna av dig om du har fler frågor.

/Jessica

Jessica Kromm
Handläggare patientavgifter
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Region Örebro län
019-60 25796
www.regionorebrolan.se



Från: Avgifter och regler Avgifterochregler@regionostergotland.se
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 11 oktober 2023 16:53
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej Julia!

Region Östergötlands övergripande vägledningsdokument är våra Avgiftsbestämmelser, det övergripande styrdokument som årligen tas upp till dialog i Hälsa- och sjukvårdsnämnden, regionstyrelsen och som slutligen beslutas av Regionfullmäktige. Därtill så gäller Asylreglementet för denna grupp av patienter.

Vi har en webbaserad grundutbildning för Avgiftsbestämmelserna där bland annat begreppsdefinition vid olika typer av vård beskrivs.
Nödvändig vård kräver alltid ett medicinskt ställningstagande: Det innebär till exempel att en person ska kunna vistas inom en annan region, alternativt en utländsk medborgare ska kunna vistas i Sverige under trygga medicinska omständigheter, vid exempelvis kronisk sjukdom, utan att behöva avbryta resan /vistelsen p g a medicinska skäl. Inom asylsjukvården benämnd detta "vård som inte kan anstå".

Regionernas skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård regleras i lagen 2008:344 om hälso- och sjukvård för asylsökande. För *akut vård* och *vård som inte kan anstå* gäller särskilda regler vid debitering av patientavgifter enligt förordningen 1994:362. Region Östergötland erbjuder även *vård som kan anstå* sedan några år tillbaka, för denna typ av vård gäller samma avgifter och regler som för en östgötsk patient.

Våra Avgiftsbestämmelser håller på att justeras och revideras inför år 2024 efter dialoger och politiska beslut som sker i slutet av november månad 2023.

Ha en fortsatt trevlig dag!
Med vänliga hälsningar

Ewa Eklundh
Avgifter och Regler
Regionledningskontoret
Region Östergötland
E-post: avgifterochregler@regionostergotland.se

Bilaga B – Svar på fråga 3

Från: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se
Ämne: Re: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 08:47

JO

Hej,

Tack för ett bra svar på mina frågor.

Med anledning av de svar jag fått från olika regioner har jag därför också en följdfråga till de som har möjlighet att svara.

I tidigare studier och rapporter har det visat sig att en stor del av vårdpersonalen själva anser sig sakna tillräcklig kunskap om vilken vård som ska erbjudas personer utan tillstånd och i vilka situationer sådan vård ska erbjudas (se t.ex. Lönnermark, Elisabet (2018). [Kunskap om rätten till vård för tillståndslösa och asylsökande personer: En enkätstudie bland sjuksköterskestudenter, läkarstudenter och läkare i Västra Götaland](#); och [Rätt till vård-initiativet](#) från 2014).

Min fråga lyder därför som följande:

- Arbetar regionen på något sätt aktivt med att söka säkerställa och stärka vårdpersonalens kunskap om vård för papperslösa/tillståndslösa? I sådana fall; på vilket sätt?

-Det kan till exempel handla om tillgängliga nätutbildningar, anordnande av seminarium/diskussioner om ämnet, affischer med information på arbetsplatsen eller liknande.

Jag är självklart mycket tacksam om ni har tid att svara även på denna fråga.

Med vänliga hälsningar,
Julia Odd

E-post: ju8515od-s@student.lu.se
Telefon: 076-770 65 73

Från: Falk Camilla RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD [REDACTED]
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 09:06
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se




Hej,

Administrativt anordnas informationstillfällen för anställda att förstå avgifter och regelverk som finns för utländska personer som söker vård.

Regionen får till sig nätutbildningar som anordnas nationellt om vård för asylsökande och papperslösa, dessa sprids löpande till aktuella verksamheter.
Ex från SKR, Transnationellt centrum, Röda korset.

Med vänlig hälsning
Camilla

(Region Halland)

Från: Carl Persson [redacted] 
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 13 oktober 2023 09:55
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se



Hej!

I dagsläget genomför vi inga utbildningar. Det finns dock information att tillgå på det interna intranätet, det finns rutiner/ riktlinjer och vårdpersonalen kontaktar vid behov asyl- och flyktingsamordningen för att få stöd.

Du har säkert sett Socialstyrelsen rapport om vård till tillståndslösa men jag bifogar den ändå. Tycker rapporten belyser många frågor och framförallt svårigheterna för vårdpersonal att förhålla sig till begreppet "vård som inte kan anstå"

/Calle

(Region Jämtland Härjedalen)

Från: Stolt Yvonne [redacted]
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 10:04
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se

SY

Hej

Anledningen till att en del regioner/vårdpersonal har svårt att tolka rätten till vård beror nog till stor del på hur lagen är skriven, texten är "luddig". Det finns som jag ser det två svårigheter: 1. är denna person tillståndslös, respektive 2. vad är nödvändig vård.

Vi hänvisar vår personal till det regelverk som finns på vår web, och där finns nedan punktlista (i tidigare mail) om vilka som kan anses vara tillståndslösa, samt punkter för vad som är nödvändig vård (enl nedan). Denna bedömning görs alltid av medicinsk personal.

Vad är akut, omedelbar vård och vård som inte kan anstå?

Ansvarig vårdpersonal bedömer vårdbehovets art utifrån att patienten inte ska komma till skada. Avgörande vid bedömningen är om en fördröjning av vårdinsatserna kan leda till:

- allvarliga följder med fara för patientens liv
- ökade risker för samhället vid risk för smitta
- avsevärt sämre prognos eller ökad risk för komplikationer
- svår värk, svår ångest eller svår depression

Mvh

Yvonne Stolt
Utredare



Regionens Hus
Folkhälsa och sjukvård
Box 1024
551 11 Jönköping

Region Jönköpings län
(orgnr: 232100-0057)
www.rjl.se

 Region
Jönköpings län

Från: Andreas Delphin [REDACTED]
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 13 oktober 2023 09:23
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se

AD

Hej Julia,

Jag fick efterhöra med några kollegor först för att vara säker på denna frågan.

Vi kan inte säga att vi aktivt jobbar med att sprida kunskap om *vård som inte kan anstå* specifikt. Frågan diskuteras och kommer upp i andra sammanhang men det finns ina utbildningar eller utbildningsmaterial kopplat till detta vad jag kan hitta. Det kan också komma in någon fråga hit till oss på centraladministrationen kopplat till avgifter för målgruppen.

Med vänlig hälsning

Andreas Delphin

(Region Kalmar)

Från: [REDACTED]
Ämne: SV: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 16 oktober 2023 07:53
Till: ju8515od-s@student.lu.se



Hej Julia

Jag är rätt så ny på detta jobbet, började som asylsambordnare för knappt en månad. Hälsosamtal har jag jobbat med sedan i somras. Så vi får se vad jag kan ge dig för svar.

Bodil Edvardsson som tidigare arbetade som asylsambordnare i region Kronoberg har haft en grupp på intranätet där hon har informerat fortlöpande om nyheter. I den gruppen ingår det både de som jobbar inom primärvården, de som jobbar med ekonomi, tandvård etc.

Bodil har också samlat gruppen vid något tillfälle då och då och haft inbjudna föreläsare. När det gäller just kunskap ut till primärvården om papperslösa/tillståndslösa och deras rättigheter till vård så har hon inte vad jag vet anordnat någon utbildning om just det. Bodil har däremot alltid funnits tillgänglig för frågor.

Vad jag känner till så tror jag inte att det är jättevanligt här i denna regionen. Jag har själv jobbat i primärvården i 20 år, de sista tio åren som chef men inte stött på denna grupp.

Du får gärna höra av dig igen Julia om du tycker att det var ett luddigt svar.

Med vänlig hälsning

Asa Sandberg

Distriktssköterska, Samordningsenheten



www.regionkronoberg.se



Från: Marie Edberg [REDACTED]
Ämne: Papperslösa/Tillståndslösa
Datum: 12 oktober 2023 14:37
Till: ju8515od-s@student.lu.se

ME

- Arbetar regionen på något sätt aktivt med att söka säkerställa och stärka vårdpersonalens kunskap om vård för papperslösa/tillståndslösa? I sådana fall; på vilket sätt?

-Det kan till exempel handla om tillgängliga nätutbildningar, anordnande av seminarium/diskussioner om ämnet, affischer med information på arbetsplatsen eller liknande.

I Region Norrbotten har vi både arbetsdokument samt arbetsrutiner som vi följer, det finns även ett asylnätverk där frågor diskuteras samt tillgång till digitala föreläsningar

MVH

Marie Edberg
Controller
Ekonomi- och uppföljningsavdelningen
Controllerenheten
Region Norrbotten
Robertsviksgatan 7
971 89 Luleå
[REDACTED]

Från: HSF Funk Flyktingfrågor flyktingfragor.hsf@regionstockholm.se
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 16:35
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se

HF

Hej Julia,

Vi svarar gärna på dina frågor.

I Region Stockholm finns [Transkulturellt Centrum](#) som är regionens kunskapscentrum för vårdpersonal som möter människor med migrationsbakgrund. De har ett utbud av föreläsningar, nätverk (t.ex. asylnätverk och nätverk för skolsköterskor där vårdpersonal som möter asylsökande och personer utan tillstånd träffas) samt utbildningar inom migrationsområdet, inklusive vård till personer utan tillstånd. Till exempel erbjuder de en utbildning den 7/11 som heter "Tillgång till vård för alla – eller?", en interaktiv utbildning som ska ge ökad kunskap om tillgång till vård för asylsökande, papperslösa och flyktingar som sökt skydd via massflyktsdirektivet, se [Tillgång till vård för alla – eller? \(transkulturelltcentrum.se\)](#).

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tidigare tagit fram informationsmaterial, som hittas under denna länk [Informationsmaterial - personer utan tillstånd och... | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](#).

Vänliga hälsningar

Sandra Dolietis

Handläggare/leg. sjuksköterska
Sjukvårdsfrågor asylsökande/personer utan tillstånd
Avdelning Närsjukvård
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Epost flyktingfragor.hsf@regionstockholm.se

Region Stockholm
Box 30017, 104 25 Stockholm
Lindhagensgatan 98
Växel: 08-123 132 00

Från: Asyl- och migranthälsan Asylmigranthalsan@regionsormland.se
Ämne: Sv: Ärende att besvara I-230928-0390 - Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 11:04
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se

AM

Hej Julia,

Nej det gör vi inte, utan när frågor uppstår för just denna grupp brukar man i vanlig ordning mejla vår enhet

Med vänlig hälsning

Anne Talvén
Administratör
Asyl- och migranthälsan/Hälsoval
Postadress: Region Sörmland, 631 88 Eskilstuna
Besöksadress: Rademachergatan 17, Eskilstuna



www.regionsormland.se
www.1177.se

Från: Region Uppsala region.upsala@regionupsala.se
Ämne: VB: VB: #lupatientadm:1600236# Avslutat ärende: VB: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 09:53
Till: ju8515od-s@student.lu.se

RU

Hej Julia, se nedan.

Vänliga hälsningar

Registrator
Region Uppsala
www.regionupsala.se

Från: Asyl <asyl@regionupsala.se>
Skickat: den 12 oktober 2023 09:25
Till: Region Uppsala <region.upsala@regionupsala.se>
Ämne: SV: VB: #lupatientadm:1600236# Avslutat ärende: VB: Examensarbete - vård för papperslösa

Information finns via samverkanswebben Region Uppsala

Finns planer på att lägga ut en FAQ

Informationsträffar för verksamhet

Frågor kommer in kontinuerligt och information sker fortlöpande, behovet av information kvarstår då personal slutar och ny kommer in

Från: Anders Nordmark [REDACTED]
Ämne: Sv: HSN-238130 Svar från Region Värmland
Datum: 17 oktober 2023 16:04
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Diariet Region Värmland diariet@regionvarmland.se

AN

Hej igen Julia,

Regionen arbetar i dagsläget inte aktivt med utbildning av personalen mer än att vi tillgängliggör den information som finns att ta del av på intranätet och vårdgivarwebben. Dock har verksamheten startat upp ett arbete och gjort ett underlag för att se om det går att ta fram någon typ av utbildningsfilm eller liknande för personalen. Nästa steg är att ta kontakt med kommunikationsandelningen för att se hur man kan gå vidare.

Hoppas att det var svar på din fråga, annars får du återkomma.

Vänlig hälsning
Anders

Från: Maria Stefansson [REDACTED]
Ämne: Sv: Examensarbete - vård för papperslösa
Datum: 12 oktober 2023 09:34
Till: ju8515od-s@student.lu.se
Kopia: Regionen regionen@regionvasterbotten.se



Hej Julia!

Jag heter Maria Stefansson och arbetar på Region Västerbottens folkhälsoenhet, jag var med i arbetet senaste vi uppdaterade våra styrande dokument rörande vård till migranter och kan hjälpa dig en bit på traven ytterligare 😊 Rörande våra styrande dokument så hittar du dem på följande sida under rubrik Vård till migranter:
<https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/halsoval-vasterbotten/styrande-dokument-och-lankar>

Där hittar du mer kring hur vi ställer oss till "vård som inte kan anstå", vår region har just ett beslut som gör att vi inte ska göra skillnad på vem det är som söker vård utan att alla har rätt till vård i Västerbotten.

När det kommer till att säkerställa och stärka vårdpersonals kunskap så har vi tagit fram en egen webbutbildning om detta, du kan komma åt den om du skapar en användare på vår webbutbildningsplattform <https://www.laranderegion.se/> (plattformen är öppen för alla utifrån att vi har samverkan med tex kommuner och att deras anställda kan behöva komma åt vårt material, eller studenter eller andra myndigheter m.fl). Utbildningen heter "Jämlik sjukvård – en webbutbildning om juridisk status och rätten till vård".

Ditt examensarbete låter både intressant och viktigt, du får gärna skicka det till mig när du är klar.

Allt gott!
/Maria

Maria Stefansson
Hälsoutvecklare Vård i nära relation

Region Västerbotten
Folkhälsoenheten, Ledningsstaben

[REDACTED]
www.regionvasterbotten.se
1177.se/vasterbotten

Postadress: Region Västerbotten, 901 89 Umeå
Besöksadress: Köksvägen 11, Umeå

Så hanterar vi dina personuppgifter:
www.vll.se/gdpr

Från: Helena Broman [REDACTED]
Ämne: Sv: Svar på frågor om vård för papperslösa, 23RS9620
Datum: 23 oktober 2023 12:55
Till: Julia Odd ju8515od-s@student.lu.se

HB

Hej!

Jag har fått denna information från Madeleine Kempe som är samordnare för asyl- och flyktingfrågor: "Det finns inte någon specifik kompetenshöjande insats för just asyljuksköterskorna. Om man då inte kan räkna in de möten jag håller med asyljuksköterskorna ca två gånger per termin. Denna termin har vi tema smittskydd och har fått en genomgång av blodsmittor av tf smittskyddsläkare. Nästa träff ska vi få information om TBC och det är även där tf smittskyddsläkare som föreläser för oss om det. Det är det svar som jag kan ge på detta."

Man kan väl då säga att Region Västernorrland har en arena där såna frågeställningar skulle kunna lyftas men inget systematiskt arbete.

Hälsningar
Helena